

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

SANDRA BONILLA

LA PERCEPTION DES ADOLESCENTES AU REGARD DE LEUR EXPÉRIENCE
DE LA PÉRINATALITÉ ET DES INTERVENTIONS EN SANTÉ REÇUES DURANT
CETTE PÉRIODE

MARS 2022

Sommaire

Pour les adolescentes enceintes et les mères adolescentes, la disponibilité et l'accès aux programmes de soutien et à des interventions éducatives en santé (IES) durant la période périnatale axées sur leur propre réalité s'avèrent essentiels. Les approches éducatives utilisées lors des IES influencent la façon dont ces adolescentes affronteront simultanément les défis posés par le développement psychosocial de l'adolescence et de la transition vers la parentalité. Malheureusement, les études recensées semblent indiquer que l'offre actuelle des IES périnatales ne comble pas de façon pertinente les besoins de cette clientèle vulnérable. En effet, il est difficile d'évaluer si les IES auprès de cette clientèle sont efficaces puisque la perception des adolescentes concernant lesdites interventions est rarement prise en compte dans leur élaboration, leur évaluation ou leur amélioration. Cette problématique est particulièrement troublante dans un contexte où les conséquences et les risques médicaux, socio-économiques et éducatifs qu'entraîne une grossesse à l'adolescence sont bien documentés. Le but de cette étude phénoménologique était donc de décrire l'expérience des adolescentes québécoises au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période. Les résultats mettent en évidence la réalité complexe que vivent ces adolescentes durant toute la période périnatale. Premièrement, le sens que les adolescentes donnent à leur expérience périnatale est décrit comme la transition entre deux étapes : celle d'être une adolescente enceinte à celle d'être une mère adolescente. Chacune des étapes de cette transition comporte plusieurs contraintes, difficultés et craintes. Il s'agit de devenir adulte rapidement et de faire face aux différences entre les attentes de la parentalité pendant la

grossesse et la réalité vécue après avoir donné naissance. Cependant, le soutien social, émotionnel, instrumental et financier reçu est décrit comme le principal facteur contributif à une expérience positive de la périnatalité. Concernant la perception des adolescentes sur les IES reçues, celles-ci ont été définies en termes de l'utilisation d'une intervention éducative à distance non adaptée à la réalité des adolescents et qui ne permet pas l'expression des besoins d'apprentissage, ni l'établissement d'une relation de confiance avec les soignat.e.s. Les résultats de cette étude offrent une description approfondie du vécu des adolescentes, laquelle permet d'améliorer les connaissances des soignant.e.s en santé périnatale et de les sensibiliser davantage sur le ressenti des adolescentes, ce qui contribue à humaniser et à améliorer la qualité des soins périnataux actuels offerts à cette clientèle. De même, les résultats renforcent l'importance de reconnaître et de valoriser la contribution infirmière en santé périnatale auprès des adolescentes.

Mots-clés :

Recherche phénoménologique, grossesse adolescente, période périnatale, empowerment, appropriation, intervention éducative en santé.

Keywords:

Phenomenological research, teenage pregnancy, perinatal period, empowerment, appropriation, educational intervention in health.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste de tableaux	ii
Liste de figures	ii
Remerciements	ii
Introduction.....	1
Problématique	5
Facteurs influençant la grossesse à l'adolescence	7
Les conséquences de la grossesse à l'adolescence	9
La participation des adolescentes enceintes aux soins périnataux.....	16
La pertinence du projet de recherche.....	19
But de l'étude et les questions de recherche	23
Recension des écrits.....	24
L'adolescence	25
L'expérience de la périnatalité chez l'adolescente	27
La période périnatale	27
La transition à la parentalité durant la période de l'adolescence.....	27
Facteurs qui influencent l'expérience de la périnatalité à l'adolescence	29
La relation avec le père de l'enfant.....	30

Les attitudes des parents	32
L'attitude des professionnels de santé	36
Le soutien des pairs.	39
La place des IES dans les soins et services périnataux.....	42
Cadre de référence	55
Le modèle d'empowerment éducationnel individuel	56
Postulats et composantes du modèle	57
L'interaction des composantes.	60
Processus d'appropriation de la grossesse et de la parentalité à l'adolescence	62
Pertinence du cadre de référence	65
Méthodologie.....	68
La philosophie phénoménologique.....	69
Le processus de réduction phénoménologique transcendantale	70
La description.	71
La recherche de l'essence du phénomène.....	72
La pertinence de l'approche phénoménologique à l'étude	72
Le milieu	74
La population cible	76

Les critères d'inclusion et d'exclusion	76
L'échantillonnage	77
Déroulement de l'étude.....	78
Le contact avec les milieux.	78
Le recrutement des participants.....	78
La collecte de données.....	79
Analyse des données.....	82
La collecte de données verbales.	82
La lecture de données.	83
La division des données en unités significatives.	83
L'organisation des données brutes en langage disciplinaire.....	84
La synthèse des résultats obtenus.	84
Critères de rigueur scientifique.....	85
Les considérations éthiques	87
Résultats.....	90
Les caractéristiques sociodémographiques des participantes	91
Description de la réduction eidétique	93
La prise de conscience	96
Grossesse non planifiée.	96

Être prête pour moi et le nouveau-né.....	97
La décision de poursuivre la grossesse.....	99
Les réactions de l'entourage	101
Réaction du père de l'enfant.....	101
Réaction de la famille.....	103
Réaction des amis.....	104
Réaction de la communauté.....	104
Dimension 2. Être une mère adolescente.....	106
Transition à la nouvelle réalité	106
Devenir adulte trop vite.....	106
Entre Le prévu et Le réel.....	108
Perception d'être autonome	111
Le sentiment d'autoefficacité parental.....	111
Engagement.....	112
Dimension 3 : Appréciation du soutien reçu	113
Le soutien familial	113
Soutien affectif.....	114
Soutien instrumental.....	115
Le soutien par les paires.....	117

Partage des inquiétudes.	117
Conseils pratiques.	118
Briser l'isolement.	118
Attitudes des soignant.e.s et intervenant.e.s	119
Valeur de non-jugement.	120
Confidentialité.	122
Accompagnement dans les choix.	123
Orientation vers les services.	124
Dimension 4. Appréciation des IES reçues	125
Interventions éducatives à distance.	125
Évaluation des besoins d'apprentissage.	125
Partenariat de confiance lors des IES.	126
Nature des interventions éducatives	126
Mode prescriptif.	127
Aspect médical de la grossesse.	127
Aspects de soins du nouveau-né.	128
Les obstacles à l'apprentissage.	129
Surcharge de l'information verbale.	130
Information écrite inadaptée.	130

Rareté de soutien à la continuité d'apprentissage.....	132
L'essence du phénomène.....	133
Discussion.....	136
L'expérience de la périnatalité chez les adolescentes.....	137
Expérience d'être une adolescente enceinte.	137
Expérience d'être une mère adolescente.	142
La perception des IES reçues durant la période périnatale.....	147
Perceptions du manque de partenariat	147
Perceptions en lien avec le choix du contenu.....	149
Perception du manque de suivi dans la continuité des apprentissages.	151
Retombées sur les cinq axes de la discipline infirmière et recommandations	152
La pratique infirmière.....	152
La gestion infirmière	153
La formation infirmière.....	154
La recherche infirmière.....	154
Le politique.....	155
Les forces et limites de l'étude	156

Conclusion.....	159
Références.....	163
Appendice A Lettre de recrutement.....	185
Appendice B Formulaires de consentement	187
Appendice C Guide d’entretien	198
Appendice D Génogramme et écocarte	203
Appendice F Approbations comités éthique.....	206
Appendice E Approbation du projet et des directrices de recherche.....	211

Liste de tableaux

Tableau1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	92
Tableau 2. Thèmes, sous-thèmes et dimensions.....	95

Liste de figures

Figure 1. Relation entre les concepts et le cadre de référence.....	67
---	----

Dediscit animus sero quod didicit.
(*Séneca, Troades, 663*)

À mes trois chéris,
mes deux enfants, Valentina et Juan-Camilo, et mon conjoint, Marco,
vous êtes le moteur de ma vie.

Un merci particulier à ma mère Hilda, et à mon frère Ernesto Camilo.
Merci de votre amour et de votre soutien inconditionnel

Remerciements

Ce travail de mémoire, bien qu'il ait demandé des efforts et beaucoup de dévouement, sa réalisation n'aurait pas été possible sans la coopération désintéressée de toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans le voyage laborieux de ce travail et dont beaucoup ont été un soutien très fort dans les moments d'angoisse et de désespoir. D'abord et avant tout, je rends grâce à Dieu d'être avec moi à chaque pas que je fais, d'avoir fortifié mon cœur, d'avoir éclairé mon esprit et d'avoir mis sur mon chemin ces merveilleuses personnes qui ont été mon soutien tout au long de la période d'étude. Il est nécessaire de souligner l'incroyable contribution de ma directrice de recherche, Mme Assumpta Ndenginyoma : par sa grande rigueur, ses connaissances et habiletés, son dévouement, sa disponibilité, ses encouragements, son ouverture et ses conseils, elle m'a soutenue et m'a guidée tout au long de ce processus. Chère Assumpta, merci énormément pour tout. Je désire également remercier ma co-directrice de recherche, Mme Roseline Galipeau, qui avec sa vaste expérience, ses connaissances et son soutien inconditionnel m'a accompagné à travers toutes les étapes de ce projet. Les mots me manquent pour vous remercier et pour vous dire à quel point votre présence a été déterminante pour la réussite de ce travail. Vous m'avez aidée à persévérer et à me dépasser. Je vous exprime toute ma reconnaissance. Finalement, merci à toutes les mères adolescentes qui ont généreusement participé de façon à rendre cette étude possible.

Introduction

Les adolescentes enceintes ou déjà mères représentent une clientèle vulnérable devant composer avec d'importants défis médicaux, socio-économiques et éducatifs (Kumar, Raker, Ware, & Phipps, 2017; Kawakita et al., 2016; Torvie, Callegari, Schiff, & Debiec, 2015). Les études mettent l'accent sur les lacunes des services sociaux et de santé offerts à cette clientèle durant la période périnatale, qui contribuent à la continuité des risques comme des taux accrus d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance et de mortalité maternelle et néonatale (Kumar et al., 2017; Kawakita et al., 2016; Torvie et al., 2015). Il est important de noter que la période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an (MSSS, 2008a). Or, dans le cas des adolescentes enceintes, la disponibilité et l'accès aux programmes de soutien et à des interventions éducatives en santé (IES) axées sur leur propre réalité durant cette période s'avèrent essentiels.

Les IES doivent encourager les adolescentes à prendre en charge leur santé et promouvoir leur autonomie dans la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né. Les approches utilisées lors des IES influencent la façon dont ces adolescentes affronteront simultanément les défis posés par le développement psychosocial de l'adolescence et de la transition vers la parentalité. Malheureusement, la littérature semble indiquer que les vulnérabilités psychosociales de cette clientèle ne sont pas prises en compte par les IES

(Fleming, et al., 2015; Harrison, Clarkin, Rohde, Worth, & Fleming, 2017; Honorato, Fulone, Silva, & Lopes, 2021). Il a été démontré que la participation aux soins périnataux est moindre chez les adolescentes que chez les femmes adultes (Fleming, 2013; Fleming et al., 2015). Ce phénomène est relié à plusieurs facteurs tels le manque de connaissances concernant l'importance des soins prénataux, le souhait de dissimuler la grossesse, la peur de perdre la garde de l'enfant ou encore la crainte d'attitudes moralisatrices, stigmatisantes, peu autonomisantes et infantilisantes de la part des soignants (Fleming et al., 2015; Rexhepi et al., 2019). Selon, Barimani, M., Vikström, Rosander, Forslund Frykedal et Berlin (2017), il existe un manque d'informations sur la réalité de la parentalité ainsi qu'un manque de soutien professionnel et de ressources de santé dans la période postnatale. De plus, bien que plusieurs études aient décrit les réalités vécues par les adolescentes durant la grossesse ou après l'accouchement, aucune ne s'est intéressée à explorer leur expérience durant toute la période périnatale ainsi que leur perception des IES reçues au cours de cette période.

L'auteure de ce mémoire, ayant travaillé auprès de jeunes mères, a constaté que les adolescentes éprouvent de grandes difficultés lorsqu'il s'agit de prendre en charge leur grossesse et de s'occuper de leur nouveau-né de manière autonome, et cela, malgré les IES reçues lors des suivis de la grossesse. Notamment, il est difficile d'évaluer si les interventions éducatives auprès de cette clientèle sont pertinentes ou efficaces puisque la perception des adolescentes concernant lesdites interventions est rarement prise en compte dans leur élaboration, leur évaluation ou leur amélioration. En ce sens, explorer

l'appréciation des adolescentes à l'égard du soutien reçu pendant la grossesse et dans la période postpartum afin de favoriser leur autonomie est un autre aspect qui mérite d'être exploré afin de mieux comprendre leur vécu ainsi que d'augmenter la compréhension et la sensibilisation des professionnels de la santé en périnatalité à ce sujet. L'auteure propose donc une étude permettant de comprendre la perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période.

Ce mémoire de maîtrise est divisé en six chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de la grossesse à l'adolescence ainsi que de la participation des adolescentes aux IES dans la période périnatale. Le deuxième chapitre expose l'état des connaissances empiriques sur la problématique. Le troisième chapitre décrit le cadre de référence, soit le modèle d'*empowerment* éducationnel individuel et du concept d'appropriation de la grossesse et de la parentalité. Le quatrième chapitre présente la méthodologie utilisée pour recueillir et analyser les données qualitatives qui, dans ce cas, provient de la phénoménologie descriptive de Giorgi (1997). Le cinquième chapitre présente les résultats. Le sixième, et dernier, chapitre expose la discussion des résultats, les recommandations, les retombées pour la discipline infirmière et la conclusion de ce mémoire.

Problématique

La grossesse à l'adolescence est un phénomène de préoccupation mondiale en raison des conséquences médicales et psychosociales qu'elle entraîne. D'ailleurs, dans certains pays, cette situation est considérée comme un problème de santé publique (Kiani, Ghazanfarpour, & Saeidi, 2019). En effet, chaque année, à l'échelle mondiale, environ 21 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de filles de moins de 15 ans deviennent enceintes (Kiani et al., 2019; Fonds des Nations Unies pour la population, 2015). Le taux de grossesses chez les adolescentes varie d'un pays à l'autre, et les niveaux les plus élevés se retrouvent en Afrique. En effet, en une année, le taux moyen de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 115 sur ce continent tandis qu'il est de 75 en Amérique latine et dans les Caraïbes, et de 39 en Asie. Dans les pays développés, le taux moyen de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 25 naissances. (Kiani et al., 2019; UNFPA, 2015). Concernant les États-Unis, une particularité est observée : les adolescentes noires et hispaniques ont plus de deux fois le taux de grossesse des adolescentes blanches (Kumar et al., 2017). À propos du Canada, Wong, Twynstra, Gilliland, Cook et Seabrook (2020) mentionnent que plus de 70 % des grossesses chez les adolescentes sont non désirées et que 51 % se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans ce pays, 5 722 femmes âgées de 19 ans ou moins ont donné naissance à un enfant, dont 40 étaient âgées de moins de 15 ans en 2020. Ces 5 722 femmes représentaient 2 % des naissances au pays pour cette année (Statistiques Canada, 2021a). Pour le Québec, c'est la naissance de 1 090 enfants de mères adolescentes âgées de 19 ans

et moins qui a été rapporté en 2020 (Statistiques Canada, 2021b). Enfin, en 2020, dans la région de l'Outaouais, le taux de fécondité à l'adolescence chez les filles âgées entre 14 à 19 ans est de 6,6%, ce qui est plus élevé que celui que l'on observe dans le reste du Québec avec un 5% (CISSSO, 2016; Institut de la statistique du Québec, 2022). Ainsi, ces données démontrent bien que la grossesse à l'adolescence est un phénomène répandu tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés comme le Canada. Ceci demeure une préoccupation si l'on considère les conséquences qui y sont associées pour l'adolescente devenant mère ainsi que pour l'enfant.

Facteurs influençant la grossesse à l'adolescence

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est influencée par des facteurs socioculturels, économiques et politiques. Les attitudes sociétales envers la grossesse influencent le comportement sexuel des jeunes femmes et la façon dont elles vivent ou s'approprient leur grossesse (Bamishigbin, Schetter & Stanton, 2019; Maravilla, Betts, Cruz, & Alati, 2017; Zanchi et al., 2017). Il a été démontré que la majorité des grossesses chez les adolescentes se retrouvent dans les pays où le mariage précoce fait partie des normes sociales ainsi que dans des sociétés où l'on considère les femmes ne pouvant atteindre la plénitude de leurs rôles sociaux avant d'être mères (Bamishigbin et al. 2019; Maravilla et al., 2017). Une diminution des grossesses à l'adolescence est constatée dans les sociétés qui font de la prévention des grossesses précoces et celles où l'accès à l'interruption volontaire de la grossesse est facile (Bamishigbin et al. 2019; Maravilla et al., 2017). En effet, dans les pays où les adolescentes ont le libre choix de poursuivre leur

grossesse ou de l'interrompre, jusqu'à 81 % des conceptions se terminent par un interruption volontaire de grossesse (IVG) avortement (UNFPA, 2015). Cependant, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, le taux de grossesses à l'adolescence demeure plus élevé dans les milieux socioéconomiques moins favorisés où les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur les plans scolaire et professionnel (Bamishigbin et al., 2019; Maravilla et al., 2017; Rodríguez, 2021; Wong et al., 2020). En effet, la présence de quartiers surpeuplés ou insalubres et sans espaces récréatifs (Bamishigbin et al., 2019; Maravilla et al., 2017; Rodríguez, 2021) et la présence d'environnements sociaux encourageant la consommation d'alcool ou prônant un comportement sexuel actif ont été rapportées comme des facteurs d'influence de la prévalence de la grossesse à l'adolescence, pouvant ainsi perpétuer le cycle de pauvreté (Bamishigbin et al., 2019; Maravilla et al., 2017; Zanchi et al., 2017). Le contexte familial dans lequel l'adolescente grandit influence également la survenue de la grossesse. Selon Maness, Buhi, Daley, Baldwin et Kromrey (2016) et Rodríguez (2021), un faible niveau de soutien émotionnel parental, un bas niveau de supervision et/ou de contrôle parental, ainsi que la présence d'antécédents maternels de grossesses précoces sont des facteurs familiaux pouvant influencer la survenue de la grossesse à l'adolescence. Finalement, au-delà des relations familiales, les pairs exercent une influence non négligeable quant aux comportements sexuels des adolescentes (Aklamanu, 2018; A Therriault, 2020). Pour ces auteurs, lorsqu'une jeune fille perçoit que son groupe de pairs approuve et s'engage dans une activité sexuelle, elle est plus susceptible d'adopter un

comportement sexuel actif. De plus, lorsqu'une perception positive de la grossesse est perçue parmi les pairs, elle est ainsi davantage susceptible de devenir enceinte.

Les conséquences de la grossesse à l'adolescence

La grossesse à l'adolescence a des conséquences chez la mère, le nouveau-né et la société en général. Les conséquences chez la mère sont d'ordre médical, psychologique et social.

Sur le plan médical, les études démontrent que les adolescentes présentent des risques accrus d'accouchement prématuré (Kawakita et al., 2016). La structure immature du bassin chez les adolescentes âgées de treize ans ou moins comporte un risque plus élevé d'échec de progression ou de disproportion céphalopelvienne ainsi qu'un risque élevé d'avoir recours à l'accouchement par césarienne (Kawakita et al., 2016). Selon Kirbas, Gulerman et Daglar (2016) et Corsi et al. (2020), il existe un risque plus élevé (RO=2,14) de prééclampsie chez les adolescentes enceintes que chez les femmes adultes. Selon ces auteurs, Il s'agit en effet d'un facteur à considérer lors des interventions éducatives auprès des adolescentes, car la prééclampsie est la deuxième cause de mortalité périnatale au Canada (Corsi et al., 2020). L'étude de Torvie et al. (2015) faite auprès de 26 091 jeunes femmes âgées entre 11 à 24 ans avait pour but de comparer les risques de grossesse entre les adolescentes âgées de 11 à 19 ans et les jeunes adultes âgées de 20 à 24 ans. Par rapport aux jeunes adultes, les adolescentes présentent un risque accru d'accouchement prématuré, de séjours hospitaliers prolongés pour les accouchements par voie basse et par

césarienne et d'anémie maternelle. Une autre étude démontre que les adolescentes enceintes ont plus de risque de se priver de manger ou de suivre un régime pendant la grossesse à cause d'une image corporelle négative, et ce, par rapport aux femmes adultes (Del Ciampo & Del Ciampo, 2020). Ces comportements peuvent entraîner des conséquences négatives chez l'adolescente enceinte, telles qu'un risque accru d'anémie ferriprive (Demirci et al., 2016), un accouchement prématuré et, chez le fœtus, un faible poids à la naissance ou un retard de la croissance intra-utérine (Del Ciampo & Del Ciampo, 2020; Zaltzman, Falcon, & Harrison, 2015).

Sur le plan psychologique, les études rapportent des problématiques de santé mentale durant la grossesse et durant la période postnatale. Selon les études de Bader, Hadden, Hester et Gan (2020) et Bledsoe et al. (2017), les adolescentes enceintes souffrent d'un stress supplémentaire. Pour ces auteurs, les conflits avec les parents et le partenaire amoureux à la suite de la grossesse exacerbent le stress déjà ressenti par les jeunes en raison des changements pubertaires. Une étude menée par Soares et coll. (2021) auprès de 645 femmes enceintes âgées de 12 à 19 ans rapporte la présence d'un trouble anxieux chez 9,1 % et d'un trouble de l'humeur chez 28,5 % des adolescentes de l'étude. Durant la période postnatale, les mères adolescentes sont plus à risque de suicide par rapport aux mères adultes (Soares et al. 2021). La prévalence du risque de suicide était de 12,6 % pour les mères adolescentes avec un nouveau-né né à terme et de 15,3 % pour les mères adolescentes ayant un nouveau-né né prématurément (Soares et al., 2021). Par ailleurs, Dinwiddie, Schillerstrom et Schillerstrom (2018) rapportent que la fréquence des

symptômes dépressifs chez les adolescentes à la période postnatale sont supérieurs à ceux des mères adultes. D'autres études ont mentionné des difficultés psychoaffectives chez les jeunes mères, telles que des problématiques d'attachement mère-enfant et de l'ambivalence quant au choix du mode d'alimentation de l'enfant. L'étude transversale de Fatmawati, Rachmawati et Budiati (2018) menée auprès de 103 mères adolescentes a déterminé que 67 % d'entre elles avaient de la difficulté à établir un lien d'attachement mère-enfant. Selon ces auteurs, il y a une corrélation statistiquement significative entre l'état psychosocial des adolescentes en postpartum et le lien mère-enfant. Ces jeunes mères avaient de la difficulté à accepter le nouveau-né, étaient peu disposées à donner des soins au nouveau-né et à le réconforter lorsqu'il pleure (Fatmawati et al., 2018). Les difficultés rencontrées concernant l'attachement mère-enfant chez les adolescentes s'expliquent en partie par les conflits entre leurs propres besoins d'autonomie d'une part, et les besoins physiques et affectifs très exigeants du nourrisson d'autre part. Ces difficultés peuvent entraîner des symptômes dépressifs, un stress parental et une faible estime de soi qui affectent à leur tour le lien avec le nourrisson (Riva Crugnola, Ierardi, Albizzati, & Downing, 2016). Un autre facteur de risque important renvoie au fait que les mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir des modèles d'attachement précaires liés à leur passage précoce vers l'âge adulte, aux expériences de maltraitance pendant l'enfance et aux modèles de relations non sécurisantes concernant les figures parentales (Crugnola, Ierardi, Bottini, Verganti, & Albizzati, 2019). Il a également été démontré que les mères adolescentes utilisent un comportement plus instrumental, intrusif ou détaché avec leurs nourrissons. En d'autres termes, les jeunes mères se concentrent davantage sur

les soins tels que l'alimentation, la toilette, l'habillement et la sécurité physique. Par contre, elles sont nettement moins compétentes dans l'expression et la régulation des émotions (Riva Crugnola, Ierardi, & Canevini, 2018). De leur côté, les études de Conde, Guimarães, Gomes-Sponholz, Oriá, et Monteiro (2017) et Dhami et al. (2021) affirment que les adolescentes sont moins susceptibles d'initier l'allaitement et plus susceptibles d'interrompre prématurément l'allaitement exclusif. Elles ont aussi tendance à allaiter pendant une durée plus courte par rapport aux mères adultes. Pour Hunter, Magill-Cuerden et McCourt (2015), les difficultés liées aux décisions sur l'allaitement chez les mères adolescentes sont causées en partie par le fait que les mères adolescentes se sentent souvent impuissantes et vulnérables immédiatement après la naissance. Également, certaines se sentent jugées et hésitent ainsi à demander de l'aide. Ces auteurs soulèvent le fait que les pratiques de soins, en particulier celles où l'infirmière contrôle et décide quand et comment le nouveau-né devrait être nourri découragent l'initiation à l'allaitement de la mère adolescente. Cette situation aggrave donc le sentiment de dépendance et encourage par conséquent un rôle passif quant à l'alimentation de l'enfant (Hunter et al., 2015).

Sur le plan social, les adolescentes enceintes et les mères adolescentes sont plus à risque de vivre de l'isolement social, de l'inadaptation sociale et des liens familiaux dysfonctionnels. Elles sont aussi plus à risque de vivre dans des conditions de vie défavorables telles que des problèmes de logement ou de ressources financières (Amjad et al., 2019; Del Ciampo & Del Ciampo, 2020; Malabarey Malabarey, Balayla, Klam, & Abenheim, 2012). Un autre fait tout aussi alarmant qui décrit le devenir psychosocial des

mères adolescentes est le défi de la scolarisation de l'école. Selon la Politique de périnatalité de Québec (2008-2018), 95 % des mères adolescentes âgées de moins de 20 ans ont abandonné l'école avant d'avoir complété leur 5^e secondaire pendant la grossesse, elles sont sans emploi ou elles ont un faible revenu (MSSS, 2008a). Cela va dans le même sens que les études de Berg et Nelson (2016), Boulet (2018) et Châtelain (2019), qui ont conclu que la grossesse et la parentalité chez les adolescentes étaient associées à l'abandon des études secondaires et à l'acquisition d'un niveau d'études moins élevé que chez les mères adultes. Ainsi, il est possible que les difficultés à concilier les responsabilités de la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né après l'accouchement et les exigences de la vie scolaire augmentent les probabilités que les adolescentes enceintes abandonnent l'école durant la grossesse et diminuent les probabilités de retour après la naissance de l'enfant.

La grossesse à l'adolescence comporte aussi des risques et des conséquences chez l'enfant. Les études ont démontré que les enfants nés de mères adolescentes ont un risque plus élevé de naître prématurément et d'avoir un poids néonatal plus faible à la naissance (DeMarco, Twynstra, Ospina, Darrington, & Whippey, 2021; Torvie et al., 2015). De ce fait, plusieurs complications peuvent survenir. Par exemple, les enfants prématurés sont plus à risque de présenter des complications neurologiques telles qu'une hémorragie intraventriculaire et/ou intraparenchymateuse, des complications respiratoires telles que la maladie des membranes hyalines ou la dysplasie broncho-pulmonaire, des complications digestives telles que la perforation digestive précoce ou l'entérocolite

nécrosante ou encore des complications ophtalmologiques telle que la rétinopathie chez le prématuré (Torchin, Ancel, Jarreau, & Goffinet, 2015). De plus, ces enfants ont un plus grand risque de contracter des infections (Torchin, et al., 2015). Des séquelles neurologiques telles que des troubles moteurs, neurovisuels, cognitifs et des troubles de l'attention sont assez fréquemment observées chez les enfants prématurés, qui ont par ailleurs un faible poids à la naissance (Marret et al., 2015). Des séquelles comportementales tels que l'hyperactivité, des troubles des conduites émotionnelles et de spectre de l'autisme ont été aussi constatés (Marret et al., 2015). Les enfants nés de mères adolescentes sont aussi plus à risque de souffrir du syndrome de mort subite (Caraballo et al., 2016; Pease, Ingram, Blair et Fleming, 2017). Parmi les facteurs qui expliquent ce risque figurent les croyances des mères adolescentes sur la qualité du sommeil du nourrisson, les difficultés à suivre les recommandations pour un sommeil sécuritaire du nourrisson et les comportements à risque tels que partager le lit avec leurs enfants (Caraballo et al., 2016; Pease et al., 2017). Par ailleurs, ces enfants sont plus à risque d'infections respiratoires ou gastro-intestinales (Caballero et al., 2019; Srivastava, Mishra, Sinha, & Kumar, 2020; Kumar, Mishra, Srivastava, & Sinha, 2021). Cela s'explique en partie par un taux plus faible de démarrage précoce et exclusif de l'allaitement maternel chez les mères adolescentes, ce qui signifie que les enfants sont majoritairement nourris avec des préparations commerciales pour nouveau-nés et perdent la protection du lait maternel contre ce type d'infection. De plus, les risques augmentent si les conditions d'hygiène des biberons ne sont pas adéquates (Caballero et al., 2019; Srivastava et al., 2020; Kumar et al., 2021).

Sur le plan psychosocial, il est rapporté par plusieurs auteurs que les enfants nés de mères adolescentes ont un risque élevé de négligence et d'abandon, mais également de problèmes de développement, de comportement et/ou d'apprentissage (Thompson, 2016; Yussif, Lasse, Ganyaglo, Kantelhardt, & Kielstein, 2017; Wong et al., 2020). En effet, Firk, Konrad, Herpertz-Dahlmann, Scharke et Dahmen (2018) soutiennent que le développement cognitif des enfants de 18 à 24 mois nés de mères adolescentes était retardé par rapport aux enfants de mères adultes. Pour ces auteurs, cela peut s'expliquer par une faible stimulation cognitive à la maison, notamment le manque de jouets, de livres et d'autres opportunités d'apprentissage qui façonnent le développement du cerveau durant les deux premières années de la vie (Firk et al., 2018).

Finalement, la grossesse et la naissance chez les adolescentes ont des conséquences non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan sociétal. Comme décrit ci-dessus, les enfants nés de mères adolescentes courent un plus grand risque d'être abandonnés et négligés, ce qui signifie qu'ils courent également un plus grand risque d'être placés dans des familles d'accueil (Kumar et al., 2017; Potin, Henaff, Trelu, & Sorin, 2018). Cette situation génère une lourde charge économique et sociale en raison des coûts directs liés à l'hébergement de l'enfant, mais aussi des coûts indirects liés aux séquelles causées par les déplacements fréquents et aux impacts financiers occasionnés par les situations d'épuisement vécues par des familles d'accueil (Kumar et al., 2017; Potin et al., 2018 ; Yussif et al., 2017; Wong et al., 2020).

La participation des adolescentes enceintes aux soins périnataux

Selon plusieurs études, une offre de soins prénataux pertinents à la réalité des adolescentes peut mener à une certaine protection contre la mortalité fœtale et infantile au sein de cette population (Honorato et al., 2021; Maravilla et al., 2017). La participation aux soins prénataux est considérablement moins fréquente chez les adolescentes que chez les femmes adultes, notamment en début de grossesse (Honorato et al., 2021 ; Fleming et al., 2015). Plusieurs études se sont attardées sur la participation des adolescentes au suivi de la grossesse ou aux soins de contrôle prénatal. En termes généraux, toutes les études recensées soulèvent une faible participation des adolescentes aux services ou aux programmes de santé durant la période prénatale (Baş, et al., 2020; Lee et al., 2016; Luhete, Mukuku, Tambwe, & Kayamba, 2017; Maleya et al., 2019; Oumar et al., 2020; Rexhepi et al., 2019). Dans l'étude de Maleya et al. (2019), les déterminants de la non-participation au suivi prénatal étaient le fait d'être une femme âgée de moins 20 ans, d'être célibataire et d'avoir un bas niveau de scolarité. L'étude de Luhete et al. (2017) rapporte une relation significative entre l'âge et le manque de suivi prénatal. Particulièrement, les deux études suggèrent que les adolescentes, pour la plupart célibataires, ont tendance à cacher leur grossesse à leurs parents afin d'éviter les conflits familiaux, ce qui explique en partie leur non-participation aux soins prénataux.

De leur côté, Oumar et al. (2020) soulèvent le fait que les adolescentes enceintes au Mali en Afrique, n'ayant pas de suivi prénatal, donnent naissance dans des structures de soins parfois peu équipées et ayant peu de compétences en soins obstétricaux et néonataux

d'urgence. Les parturientes adolescentes sont souvent alors référées dans les hôpitaux de niveau secondaire ou tertiaire en cas de complications. Les auteurs remarquent également que la plupart des parturientes adolescentes qui arrivent aux urgences avec une disproportion fœto-pelvienne n'ont pas bénéficié de l'appréciation du bassin en fin de grossesse faisant partie du suivi de la grossesse, ce qui aurait pu permettre d'évaluer la probabilité d'accouchement par voie basse ou d'indiquer une césarienne électorale beaucoup plus sécurisante. En conclusion, les résultats des études de Baş et al. (2020), Lee et al. (2016) et Rexhepi et al. (2019) rapportent un risque accru de complications maternelles et néonatales chez les mères adolescentes qui ont peu ou pas participé aux soins prénatals. Cependant, tous les facteurs qui déterminent une faible participation aux IES périnatales ou aux soins durant la grossesse n'appartiennent pas entièrement aux adolescentes. Les études de Fleming et al. (2015), Hunter et al. (2015) et Rexhepi et al. (2019) mentionnent que des préoccupations à l'égard d'un bris de la confidentialité ou d'attitudes moralisatrices, stigmatisantes et infantilisantes de la part des soignant.e.s sont des éléments qui entravent une participation active et précoce des adolescentes aux soins de leur grossesse et de leur enfant à naître.

Les attitudes de jugement des soignant.e.s perçues par les adolescentes contribuent à un sentiment général de méfiance à l'égard du système de santé chez les jeunes filles (Harrison et al., 2017). Les adolescentes qui se sentent jugées par les soignant.e.s auront plus de difficulté à demander de l'aide et du soutien dont elles ont pourtant besoin (Hunter et al., 2015). De plus, il est possible qu'elles jouent un rôle passif lors de l'apprentissage

des soins de la grossesse et des nouveau-nés. Certaines peuvent ainsi se sentir incapables de mettre en application les enseignements reçus. Par conséquent, les adolescentes ont besoin d'une validation supplémentaire de leurs acquis par les soignant.e.s pour construire une identité parentale plus sécurisante (Harrison et al., 2017; Hunter et al., 2020; Rexhepi et al., 2019). Actuellement, les adolescentes en contexte périnatal sont une population délaissée et souvent marginalisée dans les services sanitaires et sociaux si l'on prend en compte le fait que les approches utilisées lors des IES sont moins propices à l'autonomisation des adolescentes : elles permettant davantage aux soignant.e.s de garder le contrôle sur les sujets et les priorités d'apprentissage, ce qui aggrave l'impuissance vécue par les adolescentes (Wilkie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Moore Simas, 2016). Les thèmes entourant l'appropriation de la grossesse, le retour aux études ou encore le projet de vie des mères adolescentes ne sont souvent pas abordés (Kirbas et al., 2016; Siegel & Brandon, 2014). De surcroît, les programmes de soins, notamment les IES, ne tiennent pas compte des perceptions des adolescentes lors de leur élaboration (Harrison et al., 2017; Wilkie et al., 2016). À l'heure actuelle, les IES se concentrent souvent sur la partie médicale de la grossesse (Hunter et al., 2015; Rexhepi et al., 2019) en oubliant ainsi les besoins d'apprentissages des adolescentes enceintes, particulièrement l'inclusion de stratégies autonomisantes, ce qui pourrait s'avérer essentiel et pertinent pour répondre à leurs exigences spécifiques et contribuer à un meilleur bien-être maternel et fœtal.

La pertinence du projet de recherche

Les adolescentes enceintes et les mères adolescentes requièrent des soins spécialisés et adaptés à leur réalité (Honorato et al., 2021; Hunter et al., 2015; Maravilla et al., 2017). Cependant, la stigmatisation ressentie par les adolescentes de la part des infirmières ou soignant.e.s affecte la manière dont elles demandent de l'information ou de l'aide à ceux-ci (Ruthven, Buchanan, & Jardine, 2018). Le problème est que cette stigmatisation, perçue par les adolescentes, est peu reconnue par les infirmières. Donc, ces pratiques stigmatisantes nuisent à l'efficacité des IES, contribuent à intensifier les défis des adolescentes et violent l'éthique des soins infirmiers, selon laquelle les adolescentes doivent être traitées avec respect et dignité et méritent des soins de qualité adaptés à leur besoins particuliers (Lucas, Olander, Ayers, & Salmon, 2019; Ruthven et al., 2018). Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans sa déclaration d'Alma Ata, en (1978), mentionne que « tout être humain détient le droit et le devoir de participer [...] à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». En ce sens, les IES basées sur une approche d'empowerment favorisent la prise de décision chez les adolescentes et le sentiment de responsabilité dans leur façon de vivre, et leur permettent ainsi de s'épanouir avec leurs grossesses et dans leur rôle de mère. Pour y arriver, les infirmières doivent connaître et prendre en considération les croyances et les besoins d'apprentissage des adolescentes par rapport à leur expérience de la périnatalité. En plus, il faut éviter de les voir uniquement comme des réceptrices des connaissances, mais plutôt comme les mères qu'elles sont ou les mères en devenir, compétentes et pleines de potentiel. Pourtant, à l'heure actuelle, les IES interventions éducatives en santé offertes

aux adolescentes enceintes ou aux mères adolescentes sont insuffisantes, et les politiques de santé périnatale ne sont pas uniformes ou sont peu connues des infirmières. (Quosdorf, Peterson, Rashotte, & Davies, 2020; OIIQ, 2015). En effet, dans les standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité, élaborés et adoptés par l'OIIQ en 2015, il est mentionné qu'au Québec, les soins offerts dans la période prénatale sont encadrés par de nombreuses normes professionnelles tels que le code de professions du Québec, notamment le règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier et le code de déontologie des infirmières et infirmiers. Il est également mentionné qu'il n'existe pas de guides de pratique basés sur des données probantes, ou même d'aide-mémoire cliniques qui puissent faciliter un suivi de grossesse personnalisé aux besoins de la clientèle adolescente. De plus, le suivi médical de l'évolution de la grossesse occupe généralement la majeure partie des visites, laissant peu de place à l'éducation à la santé, au counseling et à la promotion de la santé (OIIQ, 2015).

De surcroît, les perceptions des adolescentes enceintes ou des mères adolescentes à l'égard des IES reçues durant la période de périnatalité ne sont pas bien connues (Hunter et al., 2015; Wilkie et al., 2016). Une des rares études recensées, celle de Quosdorf et al. (2020), a exploré les perceptions des infirmières dans leur relation thérapeutique auprès des mères adolescentes. Dans cette étude, seul le point de vue des infirmières a été pris en compte. Cependant, les participantes ont fait part d'un manque d'information concernant les ressources et le soutien communautaire, et elles avaient des connaissances limitées

quant aux programmes disponibles pour les mères adolescentes. Les infirmières ont aussi recommandé que les unités périnatales mettent en œuvre un modèle de soins infirmiers primaires adaptés à la jeune mère (Quosdorf et al., 2020). Cela pourrait expliquer, en partie, pourquoi les adolescentes sont moins susceptibles d'utiliser des services tels que les suivis de grossesse ou les cours prénataux. Actuellement, les études portant sur la perception des adolescentes enceintes ou des mères adolescentes vis-à-vis des IES reçues durant la période périnatale sont rares. Ces IES doivent tenir compte de la globalité de ces adolescentes (leurs potentiels, leur contexte, etc.), car même si les professionnels ont tendance à prioriser la forme objective de la santé, la réalité, c'est que la prise en charge de la santé va de pair avec la définition que ces adolescentes donneraient à leur santé. Les IES doivent soutenir ces adolescentes lorsqu'elles s'approprient des connaissances, des attitudes et des habiletés par le biais d'activités éducatives afin d'avoir l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle quant aux choix responsables des actions à poser pour se maintenir en santé. Ainsi, la perception de la part des adolescentes sur les éléments d'IES qui contribuent à accroître leur autonomie mérite d'être explorée. D'ailleurs, l'étude de Soltani, Marvin-Dowle et Burley (2019), qui visait à explorer les perceptions des soignant.e.s travaillant auprès des adolescentes enceintes, notamment des sages-femmes et des travailleurs sociaux, sur la façon dont les adolescentes enceintes peuvent être encouragées à améliorer leur alimentation pendant la grossesse, mentionne l'importance de faire des recherches supplémentaires. Ces recherches permettront, selon les auteurs, de mieux comprendre l'expérience de la grossesse chez les adolescentes afin de bien déterminer quel type d'intervention aurait le plus grand impact chez les adolescentes. Les

infirmières sont également invitées à intervenir en faveur de services et de politiques qui réduisent la stigmatisation et qui augmente l'autonomie des adolescentes (Honorato et al. (2021). Les infirmières jouent en effet un rôle important puisqu'elles sont dans une position privilégiée lors du suivi de la grossesse et de soins du développement du nouveau-né, ce qui leur permet de soutenir les adolescentes à mieux prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants, et ce, de façon autonome pendant le période périnatale. D'ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015) recommande de favoriser la participation des infirmières dans l'accompagnement de la clientèle de périnatalité en première ligne. Selon l'Ordre, l'infirmière pourrait agir en tant que point d'entrée ou de pivot afin d'accompagner les adolescentes à mieux se retrouver dans les services de périnatalité qui leur sont consacrés (OIIQ, 2015).

Une meilleure compréhension du vécu des adolescentes enceintes ou des mères adolescentes durant cette période et des éléments qui influencent leur perception par rapport aux expériences des IES permettra sans conteste d'élaborer des recommandations pour renforcer, améliorer ou adapter les pratiques éducatives existantes et en développer de nouvelles. En somme, la pertinence de cette étude réside dans ses retombées. Les résultats de cette étude cherchent à contribuer à l'amélioration des connaissances des infirmières œuvrant dans les services de périnatalité afin d'adopter une approche plus autonomiste lors d'IES durant la période périnatale auprès des adolescentes.

But de l'étude et les questions de recherche

La présente étude a pour but de comprendre la perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des IES reçues durant cette période. Pour y arriver, cette étude vise à répondre à deux questions de recherche.

La première question se formule comme suit : quelle est l'expérience de la périnatalité chez les adolescentes? De cette question découlent les objectifs de recherche suivants : 1) décrire les éléments qu'intègre l'expérience de la grossesse durant l'adolescence telle que vécue par les adolescentes, 2) décrire les composantes du vécu des adolescentes en tant que mère durant l'adolescence.

La deuxième question est celle-ci : quelle est la perception des adolescentes à l'égard des IES reçues durant la période périnatale? Les objectifs poursuivis pour cette question sont 1) de spécifier les éléments perçus comme facilitants lors des IES et 2) de déterminer les obstacles à l'apprentissage lors des IES tels que perçus par les adolescentes.

Recension des écrits

Ce deuxième chapitre dresse l'état des connaissances en ce qui a trait à l'expérience de la périnatalité chez les adolescentes ainsi qu'aux interventions éducatives en santé périnatale existantes. Il est d'abord question de décrire la période développementale qu'est l'adolescence et des enjeux reliés à la parentalité dans le contexte de cette étape. Ensuite, l'expérience de la périnatalité chez les adolescentes et les facteurs qui l'influencent seront présentés. Finalement, l'état des connaissances au regard des IES et du rôle de l'infirmière dans les différents services ou programmes en périnatalité offerts aux adolescentes sera exposé.

L'adolescence

Le mot *adolescence* vient du latin *adolescere* qui signifie « croissance ou développement » (Lopez, 2011). En effet, cette étape est non seulement une phase d'adaptation aux changements du corps, mais également celle d'une grande détermination vers une plus grande indépendance psychologique et sociale (Ricaud-Droisy, Oubrayrie-Roussel, & Safont-Mottay, 2014). L'OMS a défini l'adolescence comme la période comprise entre 11 et 19 ans (OMS, 2004). Cependant, l'adolescence peut varier considérablement en âge et durée, car elle est liée non seulement à la maturation cognitive de l'individu, mais dépend aussi de facteurs psychosociaux plus larges et complexes d'origine principalement socioculturelle (Brahmbhatt et al., 2014).

Les changements psychosociaux au cours de l'adolescence sont décrits à partir du concept de « crise développementale » de la théorie psychodynamique d'Erik Erikson (1972). En règle générale, Erickson accorde une grande importance au développement de la connaissance de soi et à la prise de conscience graduelle de l'être, considérés comme fondements de l'identité et comme concept central de la psychologie de l'adolescent. Dans la théorie psychodynamique, le développement d'une personne est constitué de huit stades de crise, dont trois se rattachent à l'adolescence, soit la préadolescence, l'adolescence et le stade du jeune adulte (Colin, 2016; Côté, 2015). Pour Erikson, le mot *crise* est utilisé dans un contexte évolutif et non pour désigner une menace, mais une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialité accentuée. En situation de crise, l'adolescente est confrontée à la redéfinition de ses rôles, à sa quête d'autonomie, puis à sa volonté de s'actualiser. C'est la crise qui permet au processus d'évolution de s'entamer. En résolvant la crise, l'adolescente réaffirme son identité en ajoutant une nouvelle facette à son être en devenir. Si elle ne parvient pas à surmonter l'obstacle, l'identité de soi chez l'adolescente se stagne (Colin, 2016; Côté, 2015). La construction de l'identité est un processus évolutif et constant qui permettra à l'adolescente de se créer et de s'actualiser en tant qu'adulte indépendante, forte, constante, capable d'empathie et de sympathie et de favoriser l'émancipation face à l'autre (Sallis, Owen, & Fisher, 2015; Colin, 2016; Coté, 2015). En fin de compte, le développement de l'adolescente se fait non seulement à l'intérieur d'elle-même, mais résulte aussi des interactions continues et réciproques entre l'adolescente et son environnement (Hage & Reynaud, 2014).

L'expérience de la périnatalité chez l'adolescente

Afin de mieux décrire le vécu des adolescentes pendant la période périnatale, il est nécessaire de définir d'abord cette période. Par la suite, l'expérience de la transition vers la parentalité sera brièvement décrite. Enfin, les facteurs liés au soutien social qui influencent les expériences des adolescentes dans cette période seront présentés.

La période périnatale. La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, particulièrement pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Il s'agit de la période située entre la 28^e semaine de grossesse, environ six mois, et le 7^e jour de vie après la naissance (OMS, 2018). Aujourd'hui, le terme de périnatalité couvre la période avant, pendant et après la naissance dans une signification plus large que la définition épidémiologique. La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an (MSSS, 2008a).

La transition à la parentalité durant la période de l'adolescence. Cette transition implique pour l'adolescente des ajustements cognitifs, affectifs et comportementaux afin de s'adapter à cette nouvelle réalité, ce qui peut rendre l'adolescente plus vulnérable ou à risque de vivre de différentes problématiques (Laney, Hall, Anderson, & Willingham, 2015; Shea, Bryant, & Wendt, 2016). Selon la théorie de la transition proposée par Meleis, Sawyer, Messias et Schumacher (2010), il existe quatre types de transitions : la transition

développementale, la transition de situation de vie, la transition d'expérience de santé et de maladie, ainsi que la transition organisationnelle (Meleis et al., 2010). Donc, si l'on tient compte du fait que les adolescentes sont déjà en transition développementale, il est alors possible de dire que l'adolescente qui devient mère vit une double transition : celle de la transition développementale vers l'âge adulte et celle de la situation de vie de devenir mère. Cette double transition est amorcée au moment où la jeune femme prend conscience qu'elle devient mère. À partir de ce moment, l'adolescente est confrontée à un grand défi, car elle doit redéfinir son identité de soi, qui est en train de se développer, et l'ajuster afin d'assumer et d'inclure le rôle de mère (Laney et al., 2015; Shea et al., 2016). Selon l'étude de Dumas-Potvin (2018), le rôle de mère est lié, entre autres, aux tâches suivantes : fournir des soins physiques adéquats, veiller au bien-être et à la protection, et favoriser les expériences visant le développement moteur, socio-affectif et intellectuel de l'enfant. De leur côté, Main et al. (1985) (cité dans Dumas-Potvin, 2018), décrivent le processus vers la parentalité comme un processus complexe de naissance psychologique des parents qui conduit à un sens *de soi comme parent*, soit à la formation d'une identité parentale. Cependant, pour Dumas-Potvin (2018), l'adoption du rôle de mère chez les adolescentes demande davantage de ressources adaptatives puisque les jeunes passent directement au statut de mère sans devenir d'abord adultes. Dans ce sens, il est ainsi possible de dire que la transition vers la parentalité se déroule sainement et avec succès dans le contexte où l'adolescente éprouve un bien-être général, où elle se sent à l'aise et confiante dans son nouveau rôle et donc où elle s'implique de manière autonome dans les soins et responsabilités concernant sa grossesse et son enfant.

Facteurs qui influencent l'expérience de la périnatalité à l'adolescence

Durant la grossesse, alors que la plupart des femmes enceintes expriment leur bonheur face à leur grossesse ou face à leur nouveau rôle de mère, il est plus probable que les adolescentes, elles, ressentent de l'impuissance, de la culpabilité, de l'ambivalence, de la colère et de l'épuisement (Erfina, Widyawati, McKenna, Reisenhofer, & Ismail, 2019; Ruthven et al., 2018). Pour Ntinda, Thwala et Dlamini (2016) et Oppliger, Pomyers et Busto Rodriguez (2019), certaines adolescentes expriment des sentiments tels que la déception, le regret, la peur et la stigmatisation en apprenant qu'elles sont enceintes, et cela, surtout lorsque la grossesse n'était pas planifiée ou désirée. En effet, la grossesse non planifiée observée fréquemment chez les adolescentes augmente le risque que celles-ci ne soient préparées ni émotionnellement ni financièrement pour prendre en charge leur grossesse ou pour remplir leur rôle de mère (Engelbert et al., 2019; Sekharan, Kim, Oulman, & Tamim, 2015). Après la naissance, les sentiments décrits ci-dessus sont le résultat de la fatigue physique, de l'anxiété générée par le sentiment qu'elles ne répondent pas aux attentes face à leurs performances en tant que mères et enfin du manque d'un soutien social approprié (Erfina et al., 2019; Ruthven et al., 2018). Alors, il est évident que le soutien social est un élément crucial dans l'expérience de la périnatalité chez les adolescentes.

Dans l'étude de Hoffmann, Olson, Perales et Baxter (2019), le soutien social est défini comme le degré auquel les besoins des individus sont satisfaits par les interactions avec les autres, ce qui comprend l'aide émotionnelle, instrumentale et informationnelle.

Ce soutien a des effets positifs directs sur la santé et sur le bien-être de la mère adolescente et il agit comme un facteur de protection pendant les périodes de stress aigu (Hoffmann et al., 2019). Le soutien émotionnel se définit par l'expression d'amour et d'encouragements positifs de la part de l'entourage. Le soutien instrumental comprend le transport, le don d'argent ou la garde d'enfants, et le soutien informationnel, quant à lui, consiste à fournir des conseils et de l'orientation sur la parentalité (Copeland, 2017; Hoffmann et al., 2019). Ainsi, la revue de la littérature permet de déterminer que les principales sources de soutien social qui agissent sur l'expérience de la périnatalité des adolescentes sont la relation avec le père du nouveau-né, les attitudes des parents, les attitudes des soignant.e.s et le soutien des pairs.

La relation avec le père de l'enfant. La relation qu'une adolescente enceinte entretient avec le père de l'enfant affecte considérablement son expérience de la grossesse, notamment sa transition vers la parentalité (Thomas, 2020). Pendant la grossesse, plusieurs études démontrent que le manque de soutien du partenaire ou de mauvaises relations avec lui pendant la grossesse sont associés à des comportements de santé maternelle négatifs avec un risque plus élevé de souffrir de dépression et de stress, et d'avoir ainsi un nouveau-né avec un faible poids à la naissance (Bledsoe et al., 2017; Hoffmann et al., 2019; Kalb & Vu, 2021). Selon les études de Kashanian et al. (2020) et Sigalla et al. (2017), les adolescentes enceintes qui ont déclaré être satisfaites du soutien du père de l'enfant pendant la grossesse ont eu des nouveau-nés avec un poids de naissance plus élevé. De leur côté, Sigalla et al. (2017) mentionnent que les adolescentes qui

reçoivent un soutien de leurs partenaires sont moins susceptibles de signaler des symptômes dépressifs pendant la grossesse, même si la grossesse n'était pas planifiée. À l'inverse, les adolescentes qui manquaient un soutien adéquat avaient un risque plus élevé de complications de la grossesse, telles que les fausses couches, la prééclampsie et les naissances prématurées. Dans l'étude de Bledsoe et al. (2017), les adolescentes ont signalé un stress extrême en raison des conflits avec leurs partenaires, provenant particulièrement des difficultés financières et du manque de soutien envers la grossesse. D'autres études soulignent que les jeunes hommes ne veulent pas s'investir et reconnaître leur rôle de géniteur ou de parent puisque tout ceci leur semble bien trop lourd (Engelbert et al., 2019; Moreau, 2013) ou qu'ils vivent des conflits avec la jeune mère (Clayton, 2016). Ainsi, il est souvent amené à s'éloigner de la mère et à s'impliquer de manière inconstante dans la prise en charge de la grossesse ou des soins de l'enfant à naître (Engelbert et al., 2019; Moreau, 2013; Sekharan et al., 2015). Dans certains cas, c'est l'adolescente enceinte qui ne veut pas de la présence du père auprès de l'enfant, préférant combler elle-même le rôle du père. Ceci est observé spécialement dans les cas de grossesses non planifiées, lorsque le couple n'est pas marié et où le père n'est même pas informé de la grossesse (Clayton, 2016; Moreau, 2013).

Quant à l'influence que peuvent avoir les pères après la naissance de l'enfant, les études recensées ont évoqué des expériences traumatisantes de la part des mères adolescentes, notamment la maltraitance de l'enfant, l'abandon et la violence interpersonnelle subis par le père de l'enfant (Moreau, 2013; Smith, Buzi, Kozinetz,

Peskin, & Wiemann, 2016). Ces observations ont, à leur tour, certains effets : la présence de stress, de dépression postpartum et d'un sentiment d'abandon chez les mères adolescentes. D'ailleurs, selon Clayton (2016), les partenaires quittent souvent la mère de l'enfant dans les deux premières années qui suivent la naissance. Ceci a pour conséquence le fait que les mères adolescentes doivent aller chercher un soutien financier, émotionnel et instrumental de la part des adultes qui s'occupent d'elles (Moreau, 2013; Smith et al., 2016). De leur côté, les résultats de l'étude de Hoffmann et al. (2019), qui explorait les perceptions des mères adolescentes à l'égard du soutien du partenaire, évoquent que les jeunes mères à l'étude avaient la perception d'un soutien insatisfaisant de la part de leurs partenaires notamment dans les tâches liées aux soins du nouveau-né. Cependant, en dépit de la rareté des données et des études sur les implications des jeunes pères dans la parentalité, pour Mikucka et Rizzi (2016) et Clayton (2016), il semble plausible que lorsque les jeunes hommes prennent leur rôle de père très sérieusement et qu'ils s'investissent pleinement dans leurs nouvelles responsabilités, leurs implications ont alors des effets positifs. Ces effets positifs se traduisent par l'engagement de la mère envers son nouveau rôle, par la réduction du stress maternelle et aussi par des conditions financières davantage favorables.

Les attitudes des parents. La littérature empirique indique que l'expérience des adolescences durant la grossesse est grandement influencée par l'attitude des parents de celles-ci envers la grossesse précoce. Les études de Copeland (2017), Faudzi, Nor et Sumari (2019) et Sriyasak et al. (2018) montrent que lors de la confirmation de la

grossesse de l'adolescente, certaines d'entre elles ont des sentiments de déception envers leur grossesse en raison des réactions de leurs parents, surtout lorsque les parents ont des croyances telles que la grossesse de leurs filles apporterait de la honte et de l'humiliation à la famille. L'étude menée par Sriyasak et al. (2018) auprès de 24 parents d'adolescentes enceintes, afin d'explorer le soutien apporté à leurs adolescentes, évoque que les parents avaient des émotions et des réactions mitigées face à la grossesse de leurs enfants. Certains parents avaient par exemple des normes et des valeurs fortement influencées par leurs croyances religieuses. Cependant, ils ont été perçus comme la principale source de soutien pour les adolescentes durant la grossesse dans leur transition vers la parentalité. À l'inverse, les études de Brahmhatt et al. (2014), Gbogbo (2021) et Maness et al. (2016) mentionnent que les attitudes, les valeurs parentales positives et l'approbation parentale à l'égard de la grossesse durant l'adolescence étaient des facteurs favorisant une perception plus positive de l'expérience de la grossesse chez les adolescentes. Ces facteurs contribuent grandement à réduire l'anxiété des adolescentes et à augmenter leur estime de soi, leur confiance en soi et leur satisfaction de vivre en tant que adolescentes enceintes.

Le soutien à l'autonomie des adolescentes enceintes par leurs parents est rapporté dans plusieurs études. L'étude de Hanna, Weaver, Stump, Guthrie et Oruche (2014) mentionne que les adolescentes sont dans une période où le contrôle et la surveillance parentale sont souvent présents et que dans certains cas, cela peut agir comme des obstacles à l'atteinte de leur autonomisation. De leur côté, Hafetz et Miller (2010) estiment que face aux comportements de contrôle parental, les réactions des adolescentes peuvent

varier en allant de l'irritation à l'ambivalence et même à l'appréciation. En règle générale, de cela, il ressort que les adolescentes ne sont pas dérangées par le suivi des parents tant et aussi longtemps qu'elles le perçoivent comme étant justifié. Ce suivi parental devrait toutefois diminuer à mesure que la grossesse avance et que l'adolescente est en mesure de prendre en charge sa situation (Hafetz & Miller, 2010).

Durant la période postnatale, les attitudes et le soutien parental ont un effet protecteur sur les problèmes de santé mentale ou psychosociale. En effet, les études de Huang, Costeines, Kaufman et Ayala (2014), SmithBattle et Freed (2016) et Recto et Champion (2020) ont remarqué une relation entre le soutien familial perçu et la présence d'un sentiment d'isolement, de dépression postpartum et de solitude chez les mères adolescentes. Selon ces études, plus la mère adolescente se sent soutenue par sa famille, moins il y aura de possibilités pour elle de souffrir d'une problématique de santé mentale durant la période postnatale. L'étude de Campbell et Hart (2019) mentionne plus précisément que le soutien familial perçu favorise une perception plus positive de l'image de mère et de l'estime de soi chez les mères adolescentes à l'étude.

Un autre aspect identifié dans les études recensées comme important pour l'expérience de la parentalité chez les adolescentes était lié à l'allaitement. Selon Mannion, Hobbs, McDonald et Tough (2013), les mères adolescentes vivent plus de défis dans leur choix d'allaiter ou encore dans la poursuite de l'allaitement maternel à long terme. Entre autres, elles peuvent avoir plus de réticences à allaiter vis-à-vis des attitudes

négligentes de la part de leurs familles (Leclair, Robert, Sprague, & Fleming, 2015). Les études de Conde et al. (2017) et Mannion et al. (2013) mentionnent le manque d'accompagnement comme principal facteur d'abandon de l'allaitement maternel chez les mères adolescentes. Pour ces auteurs, les mères adolescentes qui se percevaient comme moins soutenues par leur famille démontraient un faible sentiment d'auto-efficacité en matière d'allaitement maternel (Conde et al., 2017; Mannion et al., 2013).

Concernant la personne qui apporte le plus de soutien, les mères adolescentes perçoivent le soutien reçu de la part de leurs mères comme étant le plus important par rapport aux autres membres de leur famille (Campbell & Hart, 2019; Copeland, 2017). La relation entre l'adolescente et sa mère est en effet particulièrement importante non seulement pour renforcer le lien d'attachement envers l'enfant, mais aussi pour faciliter l'adaptation de l'adolescente à la parentalité (Campbell & Hart, 2019; Copeland, 2017). De plus, le fait d'habiter chez leurs parents a également été lié au meilleur niveau d'instruction et à un emploi stable chez les mères adolescentes à l'étude (Copeland, 2017). Finalement, les études de Campbell et Hart (2019) et Sriyasak, Almqvist, Sridawruang et Häggström-Nordin (2018) ont mis en évidence que le soutien émotionnel, instrumental et informationnel apportés par les parents des mères adolescentes permettent d'être en mesure de combler les nécessités de leurs nourrissons, qu'elles ne pourraient pas se permettre autrement, et de renforcer leurs perceptions d'être une bonne mère. En effet, Loudon, Buchanan et Ruthven (2016) montrent que la source privilégiée des mères

adolescentes pour répondre aux besoins d'information sur la parentalité est la famille proche.

L'attitude des professionnels de santé. L'étude de Ruthven et al. (2018) mentionne que les environnements de soins non adaptés à la réalité des adolescentes enceintes pouvaient amener celles-ci à ne pas vouloir prendre le risque de demander des services de santé. La stigmatisation ressentie par les adolescentes provenant des soignant.e.s, en particulier par celles qui deviennent enceintes pour la première fois, peut affecter la façon dont elles leur demandent de l'information ou de l'aide (Ruthven et al., 2018). Certainement, la stigmatisation a été mentionnée dans la littérature comme un des principaux défis vécus par les adolescentes. En partie, cette stigmatisation est due au fait que la grossesse durant l'adolescence peut être associée dans certains contextes à un comportement peu moral par les adolescentes. Dans ce cas, elles sont souvent confrontées à la stigmatisation dans leur choix de poursuivre avec la grossesse, ce qui peut entraver leur capacité à se sentir autonomes dans leur prise en charge et à demander de l'aide, si nécessaire (Ellis-Sloan, 2014; SmithBattle, 2013). Par ailleurs, le manque d'information sur les soins pendant la grossesse et la peur de ce qui pourrait arriver lorsqu'un manque de connaissances est connu par les soignant.e.s sont des facteurs qui poussent les adolescentes à rechercher des informations en ligne, notamment en raison de l'anonymat qu'accorde les interactions en ligne. La recherche en ligne réduit en effet le stress de se sentir jugées comme incompetentes par le personnel soignant (Ruthven et al., 2018). Donc, il est nécessaire que les soignant.e.s comprennent l'utilisation des réseaux en ligne par les adolescentes et développent des stratégies d'intervention innovantes afin de mieux

accompagner l'adolescente dans l'utilisation autonome et sécuritaire des réseaux ou de l'information en ligne (Nolan, Hendricks, Williamson, & Ferguson, 2020). Par contre, ces auteurs soulignent qu'il existe encore des lacunes et de la démotivation chez les soignant.e.s dans l'utilisation des technologies de l'information ainsi que dans la manière dont ces technologies pourraient majorer les interventions de soutien durant la grossesse et dans la transition vers la parentalité (Nolan et al., 2020; Ruthven et al., 2018).

Une autre observation courante chez les mères adolescentes pendant la période postnatale est qu'elles sont réticentes à parler des défis de la parentalité, notamment sur la dépression postpartum, de peur d'être jugées par les soignant.e.s ou même de peur de perdre la garde de leurs enfants (Loudon et al., 2016). En partie, cette perception des jeunes mères tient son origine dans les stigmas associés aux mères adolescentes. Effectivement, SmithBattle (2013) souligne que les mères adolescentes sont souvent stigmatisées par des stéréotypes selon lesquelles elles sont des mères démotivées, irresponsables et incompetentes. L'étude longitudinale de Bradshaw, Schofield et Maynard (2014), faite auprès de 11 000 mères âgées de moins de 20 ans, cherchait à comparer l'expérience de mères adolescentes par rapport aux mères plus âgées. L'expérience de la mère s'étend de la naissance de son enfant à l'âge de six ans. Les résultats de leur étude ont révélé que la méfiance à l'égard des soignant.e.s est l'un des facteurs qui décourage le plus les adolescentes à demander de l'aide. Dans cette étude, 42 % des mères de moins de 20 ans pensaient qu'il était difficile de demander de l'aide et des conseils aux soignant.e.s à moins de bien connaître la personne, et 30 % avaient la

perception que ceux-ci pourraient penser qu'elles sont de mauvaises mères si elles demandent de l'aide ou du soutien dans la parentalité. Ainsi, les mères adolescentes peuvent avoir tendance à chercher des informations et du soutien auprès de la famille ou des amis afin de ne pas se sentir jugées et stigmatisées par certains professionnels (Young Scot, 2015). De leur côté, Nesbitt et al. (2012) et Nuampa, Tilokskulchai, Sinsuksai, Patil et Phahuwatanakorn (2018) mentionnent que les mères adolescentes ne reconnaissent pas souvent la nécessité de faire appel au soutien professionnel, même si elles vivent des défis et des complications sur l'allaitement. Selon eux, elles préfèrent chercher de l'aide dans le soutien informel auprès de leur famille ou auprès d'autres mères qui ont déjà allaité

Il est ainsi évident que l'attitude des soignant.e.s influence grandement l'expérience des adolescentes de la périnatalité; et dans certains cas, cela pourrait être la cause de résultats négatifs en matière de santé maternelle, foétale et infantile. L'étude de Lucas et al. (2019) est du même avis : pour ces auteurs, les attitudes de non-jugement de la part des soignant.e.s contribuent à une meilleure compréhension de la santé holistique des adolescentes pendant et après la grossesse. Entre autres, ils recommandent aux professionnels de la santé et des services sociaux de réfléchir au fonctionnement de la relation de pouvoir, à la stigmatisation dans l'expérience de la grossesse des adolescentes lors des interventions et à son impact sur le bien-être maternel et foetal. Nesbitt et al. (2012) et Nuampa et al. (2018) mentionnent que les mères adolescentes ne reconnaissent pas souvent la nécessité de faire appel au soutien professionnel

Le soutien des pairs. La littérature a démontré que le réseau social d'amis des adolescentes enceintes a des impacts sur le bien-être maternel et influence la façon dont les adolescentes vont vivre leur étape de grossesse. Notamment, les amis ont une influence dans le choix de garder ou non la grossesse (Cox et al., 2015; Ellis-Sloan & Tamplin, 2019). L'étude de Cox, Shreffler, Merten, Schwerdtfeger Gallus et Dowdy (2015), faite auprès de 1 736 adolescentes, a démontré que le fait d'avoir une meilleure amie ayant été déjà tombée enceinte a influencé les décisions des adolescentes à propos de la poursuite de la grossesse. Dans ce sens, avoir une amie qui est une mère adolescente augmente la probabilité qu'une adolescente qui devient enceinte de manière non planifiée ou non désirée décide de poursuivre sa grossesse. De même, l'étude d'Ellis-Sloan et Tamplin (2019) mentionne le soutien des pairs comme l'une des stratégies les plus efficaces dont disposent les adolescentes pour faire face à la stigmatisation et à l'isolement vécus pendant la grossesse. Pour les auteurs, ce type d'accompagnement informel est particulièrement pertinent dans un contexte où le soutien formel est absent, car il favorise plutôt la stigmatisation des adolescentes enceintes (Ellis-Sloan & Tamplin 2018). Cependant, il est possible que les pairs aient un impact négatif sur l'expérience de la grossesse, en particulier, ils peuvent continuer à renforcer la stigmatisation attachée à la grossesse précoce. Par exemple, l'étude de Jones, Whitfield, Seymour et Hayter, (2019), qui explorait les attitudes de 14 mères adolescentes envers leurs pairs, a mis en évidence l'impact de la représentation de la grossesse chez les adolescentes sur la continuité de stigmatisation attachée à cette grossesse précoce. Les mères adolescentes à l'étude avaient construit des jugements moraux par rapport à la grossesse chez leurs contemporaines.

Plusieurs d'entre elles ont jugé leurs contemporaines par rapport à leurs choix de vie. Particulièrement, les participantes ont soutenu et perpétué des discours négatifs associés à la grossesse durant l'adolescence, dont ceux qui suivent : les adolescentes deviennent enceintes à cause d'une dépendance à l'aide sociale, elles le font pour suivre une tendance ou une mode, ou encore elles s'y prêtent à cause de leur immaturité. De même, l'étude longitudinale de Wenham (2016) mentionne que les adolescentes prennent leurs pairs comme référence afin de ne pas imiter des comportements qu'elles jugent inappropriés en tant que mères et ainsi de s'éloigner de la stigmatisation selon laquelle les adolescentes sont des mères incompetentes.

Un autre aspect qui a attiré l'attention lors de la revue des écrits concernant le soutien par les pairs est le fait que les adolescentes enceintes et celles qui sont déjà mères ont tendance à chercher le soutien de leurs pairs par le biais des réseaux sociaux. Plusieurs études ont ainsi exploré l'utilisation du soutien en ligne chez les mères adolescentes. Les études de Nolan, Hendricks, Williamson et Ferguson (2018) et (2020) démontrent que le soutien social issu du réseautage en ligne profite aux mères adolescentes en termes de capital social, un concept lié à l'amélioration du bien-être mère-enfant. Les mères adolescentes cherchent activement des informations sur leur santé et sur celle de leurs enfants, ainsi que du soutien émotionnel de pairs en utilisant Internet (Nolan, Hendricks, Ferguson, & Towell, 2017; Nolan et al., 2020). Il a déjà été mentionné qu'elles ressentaient de nombreux aspects positifs de l'interaction en ligne, y compris l'apport d'un soutien émotionnel. En particulier, les forums sur Internet peuvent être utiles pour les aider

en situation difficile puisque ces sites Web offrent un endroit pour admettre des sentiments inconfortables liés à la parentalité et permettent ainsi une discussion ouverte sur les sentiments et les expériences (Kantrowitz-Gordon, 2013; Ruthven et al., 2018). Les sujets les plus abordés lors des interactions en ligne étaient la honte, l'isolement et la dépression (Kantrowitz-Gordon, 2013; Ruthven et al., 2018).

Au-delà de l'expression de sentiments et d'expériences, le sujet le plus abordé par les adolescentes déjà mères lors de leurs interactions en ligne fait référence à la recherche d'informations et de soutien sur l'allaitement et l'alimentation des enfants. L'étude de Supthanasup, Banwell, Kelly, Yiengprugsawan, et Davis (2021) a déterminé que les pratiques des jeunes parents en matière d'alimentation des enfants étaient largement influencées par les réseaux sociaux, en particulier les plateformes *peer-to-peer* telles que les groupes Facebook. Leurs résultats ont révélé que ces groupes sont devenus une plateforme permettant aux jeunes parents de chercher un soutien à la fois informationnel et émotionnel. Les postes initiaux les mieux classés étaient liés à la demande de connaissances et de compétences sur l'allaitement, à la préparation d'aliments et de repas adaptés à l'âge. De plus, les parents ont également exprimé leur anxiété à propos de l'alimentation, ce qui a créé le besoin d'un soutien émotionnel (Supthanasup et al., 2021). Enfin, les études d'Ellis-Sloan et Tamplin (2019) et Jones et al. (2019) suggèrent qu'il est inapproprié pour les adolescentes enceintes ou déjà mères de se fier simplement aux réseaux informels. Bien que les pairs puissent offrir un soutien précieux, il est toujours nécessaire d'évaluer la qualité et non la quantité du réseau de soutien. En effet, dans

certain cas, cela peut nuire plutôt qu'aider les adolescentes dans leur expérience de la grossesse et de la parentalité. Autrement dit, lorsque le soutien par les pairs est mis à la disposition des adolescentes, ces rencontres doivent être gérées par un soutien formel qualifié capable de les accompagner de manière critique.

La place des IES dans les soins et services périnataux

Comme mentionné précédemment, les IES font partie intégrante des soins et des services offerts aux adolescentes enceintes et mères adolescentes. Il est donc nécessaire de définir le concept d'IES et d'explorer l'état actuel des soins et des services périnataux au niveau mondial, au Canada et puis plus précisément au Québec, ainsi que de décrire la place des IES et le rôle de l'infirmière dans ces services.

Les IES se définissent comme l'ensemble des stratégies mises en place pour faciliter l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements afin que la personne puisse faire des choix responsables d'un comportement de santé et puisse par la suite poser des actions éclairées en regard de sa santé et de son bien-être (Ndengeyingoma, Gauvin-Lepage, & Ledoux, 2017).

Au niveau mondial, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2017), «la grossesse doit être une expérience positive pour toutes les femmes, qui doivent bénéficier de soins dans la dignité». Dans leurs nouvelles lignes directrices, L'OMS recommande d'augmenter le nombre de consultations prénatales de quatre à huit, car les données

récentes indiquent que l'augmentation de la fréquence des consultations prénatales pour les adolescentes est associée à une probabilité plus faible de survenue de mortinaissances (OMS, 2017). Les recommandations laissent à chaque pays une certaine latitude quant au choix des options concernant la mise en œuvre des soins prénataux, selon leurs besoins, mais elles établissent les thèmes prioritaires à élaborer dans lesdits services (OMS, 2017). Les nouvelles lignes directrices, comportant 49 recommandations, définissent les sujets prioritaires à tenir compte sur le plan de la santé physique et des IES lors de suivis de la grossesse ou des cours prénataux. Notamment, en matière d'IES, les lignes directrices recommandent qu'à chaque consultation, les femmes enceintes devraient bénéficier des IES en ce qui concerne l'alimentation saine, l'exercice physique, la consommation de tabac et l'abus de substances psychoactives, la prévention des ITS/VIH, la violence intrafamiliale, la prise en charge des symptômes physiologiques courants durant la grossesse et tous les conseils ou sujets éducatifs considérés pertinents. Ces recommandations ont pour but de promouvoir des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés (OMS, 2017).

Au Canada, des lignes directrices spécifiques aux soins de la grossesse à l'adolescence ont été conçues afin d'offrir aux adolescentes concernées les meilleurs soins possibles, à la fois adaptés à leur âge, à leurs antécédents culturels et à leurs profils (Fleming et al., 2015). De plus, ces lignes directrices recommandent aux soignant.e.s d'être sensibles aux besoins de développement particuliers des adolescentes, et cela, à tous les stades de la grossesse et de la période postpartum. L'offre de soins et des services

périnataux doivent tenir compte du fait que les adolescentes ont des grossesses à haut risque médical et psychosocial, et qu'elles devraient être accompagnées dans les programmes qui ont la capacité de les gérer (Fleming et al., 2015). Ainsi, la création de programmes en postnatal est recommandée pour le soutien des parents adolescents et leurs enfants afin d'améliorer les connaissances des mères sur la parentalité, d'augmenter les taux d'allaitement, de dépister et de gérer la dépression postpartum et de diminuer les taux de grossesses non désirées répétées (Fleming et al., 2015; Wong et al., 2020). Quant à Rexhepi et al. (2019), ils recommandent l'amélioration de l'accès aux soins prénataux pour les adolescentes au début de la grossesse, car il est connu qu'elles se présentent souvent aux soins plus tard en comparaison aux femmes adultes.

Une des incitatives canadiennes pour répondre aux besoins spécifiques des adolescentes durant la période périnatale a été le projet de la clinique périnatale de la Maison Sainte-Marie en Ontario. Cette clinique a été créée en tant que clinique satellite communautaire du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. La clinique était située au Centre de sensibilisation des jeunes parents de la maison Sainte-Marie à Ottawa. Elle offre des services sociaux et des services de santé aux jeunes femmes enceintes et aux parents de moins de 24 ans et à leurs enfants. Harrison, Weinstangel, Dalziel et Moreau (2014) ont évalué ce projet pilote. Leurs résultats rapportent que l'offre des soins de santé aux adolescentes enceintes et aux jeunes parents dans un centre communautaire complet présente de nombreux avantages. Le modèle de guichet unique de la prestation de services utilisés dans ce projet pilote permet une approche multidisciplinaire accessible

et holistique. Par exemple, une adolescente enceinte peut avoir accès à un soutien par les pairs. Elle peut avoir une accessibilité aux suivis et aux cours prénataux, aux suivis médicaux et aux suivis de santé mentale dans un même endroit. Ce qui rend ce modèle attirant, c'est qu'il favorise l'autonomisation des adolescentes et l'appropriation de leur projet de vie. Pour ce faire, les adolescentes ont accès aux classes du secondaire et à la garderie gratuite au sein du même bâtiment (Harrison et al., 2014).

Au Québec, comme dans le reste du Canada, les adolescentes ont accès aux soins de santé avec un grand nombre de professionnels pour les guider dans les choix concernant leur santé et celle de leur nouveau-né. Parmi les professionnels de la santé qui peuvent assurer un suivi de grossesse, on trouve certains médecins de famille, des médecins obstétriciens-gynécologues, des sages-femmes et des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (OIIQ, 2015). Les adolescentes concernées ont également accès aux soins infirmiers tout au long de la période périnatale. Que ce soit au cours des rencontres prénatales, au centre local de services communautaires (CLSC), dans les cliniques médicales ou dans les cliniques de grossesses à risque élevé des hôpitaux, ainsi que pendant le travail et l'accouchement, les infirmières sont au cœur du soutien et de l'accompagnement des adolescentes (OIIQ, 2015). Le suivi médical de la grossesse comprend des consultations régulières avec le professionnel de la santé afin de s'assurer du bien-être maternel et fœtal et de dépister certains problèmes qui pourraient survenir. Parmi les soins les plus courants, on trouve les prises de sang, les analyses d'urine, les

prélèvements vaginaux, les échographies et des tests de dépistage génétique dans certains cas (CISSSO, 2021; OIIQ, 2015).

Ainsi, au Québec, l'infirmière clinicienne, par son champ d'exercice, sa formation et son expertise, a un rôle de plus en plus présent dans les soins de proximité en périnatalité (OIIQ, 2015). Des 17 activités réservées à la pratique infirmière, 4 sont en lien avec les standards de pratique en soins de proximité en périnatalité : 1) évaluer la condition physique et mentale d'une personne; 2) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique; 3) contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal et 4) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (OIIQ, 2015). Durant la grossesse, la contribution de l'infirmière au suivi médical de la grossesse vise à évaluer et à surveiller l'état physique et mental de la femme enceinte et de son fœtus et à déceler les écarts avec ce qui est normal. Nonobstant, elle peut exercer de façon autonome des interventions éducatives liées à la prévention, à l'information, au counseling et à la promotion de la santé (OIIQ, 2015). Dans la période intrapartum, l'infirmière peut procéder à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la parturiente. Cette activité comprend la formulation de constats permettant d'établir les priorités en matière de soins, de surveillance clinique et de suivi pour la parturiente et le fœtus. Quant à la surveillance clinique, elle s'applique principalement aux situations dont l'état de santé materno-fœtal présente des risques (OIIQ, 2015). La surveillance clinique est également capitale pour

déceler rapidement toute complication ou situation requérant l'intervention urgente de l'infirmière, du médecin ou d'un autre professionnel (OIIQ, 2015). Dans la période postnatale, l'infirmière procède à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la nouvelle accouchée et du nouveau-né, permettant ainsi d'établir les priorités en matière de soins, de surveillance et de suivi pour la mère et son nouveau-né (OIIQ, 2015). La surveillance clinique est également capitale pour déterminer les problèmes et les besoins de la mère et du nouveau-né qui requièrent un suivi clinique à court et à long terme. Elle permet également de juger de l'efficacité des interventions ainsi que de les adapter afin qu'elles soient appropriées à la situation de santé de la mère et de l'enfant (OIIQ, 2015). En plus de son rôle d'évaluation et de surveillance clinique, l'infirmière joue un rôle crucial de coordination au sein des équipes multidisciplinaires puisqu'elle oriente au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment selon les besoins, et contribue ainsi à hiérarchiser les services (OIIQ, 2015).

Concernant les IES, bien qu'il soit possible que certaines questions éducatives spécifiques de nature médicale soient abordées lors du suivi médical de grossesse, la plupart des IES sont réalisées lors des rencontres prénatales. Au Québec, les rencontres prénatales, aussi appelées cours prénataux, sont offertes par les infirmiers dans tous les CLSC des régions du Québec et ont pour but de répondre aux différents besoins d'apprentissage liés à la période périnatale (Tu & Poissant, 2015). Les rencontres prénatales sont offertes en groupe ou de manière individuelle, mais elles sont indépendantes du suivi médical et s'adressent aux femmes enceintes sans considération

de l'âge de la mère, et cela, malgré les recommandations des lignes directrices par rapport aux besoins spécifiques de mères adolescentes (Fleming et al., 2015). Les rencontres prénatales au Québec visent à informer les femmes enceintes et leurs partenaires, à les préparer à l'accouchement et à leur nouveau rôle de parent. Le nombre de rencontres prénatales offertes varie, selon les régions, de deux à huit rencontres d'environ deux heures chacune (Tu & Poissant, 2015). Cependant, selon l'institut de santé publique de Québec, la pandémie de COVID-19 a entraîné la suspension des rencontres prénatales de groupe en présentiel dans le réseau de la santé de toutes les régions du Québec (Jalbert, 2021). Il est désormais recommandé d'offrir du soutien par téléphone ou vidéo aux futurs parents et de les diriger vers des ressources en ligne (Jalbert, 2021). Pour Palmquist et al. (2020) et Wright, Elcombe et Burns (2021), l'utilisation d'Internet est établie comme un outil efficace de promotion de la santé et est déjà fréquemment utilisée par les femmes et leurs partenaires pour rechercher des informations sur la santé périnatale. Pour ces auteurs, il semble logique de miser sur ce média pour offrir une éducation prénatale aux futurs parents dans un contexte d'urgence. De même, Jalbert (2021) considère la diffusion de l'information périnatale en ligne comme un élément essentiel de la réponse à l'urgence COVID-19, notamment pour sa capacité à rejoindre rapidement un large public. Cependant, il n'a pas été possible d'identifier les conditions précises d'efficacité de l'éducation prénatale en ligne dans les écrits recensés. À l'heure actuelle, dans la région de l'Outaouais, deux rencontres prénatales virtuelles via *Zoom* sont offertes sur inscription (CISSSO, 2021). La première rencontre aborde les thèmes sur la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux. La deuxième rencontre aborde le sujet de *Parent,*

ça s'apprend et celui de l'allaitement maternel (CISSSO, 2021). Pour ce qui est du suivi postnatal, un appel téléphonique de la part d'une infirmière, dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance, ou une visite systématique dans les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance sont offerts selon la situation de santé ou les besoins de mères et/ou de nouveau-nés (CISSSO, 2021).

Depuis 2004, au Québec, une nouvelle initiative a été développée afin de répondre aux besoins des jeunes mères en contexte de vulnérabilité. Cette initiative, appelée Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), a fusionné deux programmes : celui du soutien aux jeunes parents, *Naître égaux - grandir en santé*, et celui du soutien éducatif précoce aux enfants (Therrien, 2011). Les services dudit programme s'adressent aux femmes enceintes ou aux mères âgées de moins de 20 ans, mais également celles qui sont plus âgées et qui vivent sous le seuil de faible revenu ou qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Ces services sont offerts aux familles, dans toutes les régions du Québec, dès la période prénatale jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école à l'âge de cinq ans. Ces services se traduisent par un accompagnement des familles, principalement par des visites à domicile et des interventions de l'équipe multidisciplinaire. On vise ainsi, de par ces services, à favoriser le développement optimal des enfants de zéro à cinq ans et à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental. Le suivi individualisé est principalement offert par une infirmière qualifiée de « pivot » appuyée par une équipe interdisciplinaire disponible. Le rôle des infirmières au sein du programme SIPPE est de répondre aux besoins immédiats des familles, d'encourager les

parents à utiliser les ressources communautaires ainsi que de soutenir leur insertion sociale, l'apprentissage de leur nouveau rôle parental et l'adoption de saines habitudes de vie (Therrien, 2011). Ce programme a été l'objet de certaines révisions, et des critiques ont été rapportées. Parmi les critiques, on pourrait mentionner la suivante : l'instabilité du personnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui a entraîné une perte de compétences parmi les ressources formées et a rendu très difficile le suivi des familles par le même intervenant sur une période de cinq ans (Therrien, 2011). Quant aux parents recevant ou ayant reçu les services du programme SIPPE, ils ont fait allusion au sentiment de contrôle et d'intrusion lors de l'accompagnement offert sous forme de visites à domicile. Certains parents ont avoué se sentir jugés et culpabilisés par les intervenants, ou encore ayant eu l'impression que leurs capacités parentales n'étaient pas reconnues (Laurin et al., 2008). Malgré cela, le MSSS de Québec, dans sa politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008a) et le programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2008b), considère le programme SIPPE comme la mesure à privilégier pour soutenir les parents québécois vivant en contexte de vulnérabilité.

Une revue de la littérature a permis de détailler les bénéfices sur la santé maternelle et infantile des rencontres en groupe par rapport aux rencontres individuelles, ainsi que sur l'influence des technologies de l'information et de la communication sur les IES offertes aux adolescentes. Pour Mazzoni et Carter (2017) et Jittitaworn (2019), il y a une relation entre la réduction du risque d'accouchement prématuré spécialement dans le sous-groupe afro-américain et les rencontres groupales. De plus, les soins prénataux de groupe

semblent entraîner une meilleure satisfaction et une connaissance accrue des parents, notamment dans l'utilisation de la contraception postpartum (Mazzoni & Carter, 2017). De leur côté, les études de Crockett et ses collègues (2017) et Jittitaworn (2019) affirment qu'il existe une relation entre la participation des mères adolescentes aux rencontres en groupes et la réduction des admissions aux unités des soins intensifs néonataux, ce qui a entraîné aussi une réduction des coûts de soins. Pour leur part, Marković et al. (2020) soulignent une relation entre la participation des mères adolescentes aux rencontres prénatales en groupe et un meilleur poids maternel et fœtal, en comparaison d'avec les mères adolescentes qui n'y participent pas. Ces résultats sont en concordance avec Byerley et Haas (2017), qui ont réalisé une revue systématique afin de déterminer l'impact des rencontres en groupe sur la santé maternelle et fœtale. Leurs résultats rapportent des grossesses plus longues et des poids de naissance plus élevés chez les nourrissons nés de mères prenant part aux cours prénataux groupaux. Pour eux, les cours prénataux en groupe ont le potentiel de réduire le paternalisme des rencontres individuelles et de renforcer une relation de partenariat entre le patient et le soignant.e.s. En plus de ce qui précède, les études de Gennaro et Melnyk (2016), Liu, Wang, Wu, Chen et Bai (2021) et Laurenzi et al. (2020) ont également démontré les impacts de la participation à des cours prénataux sur la santé mentale des mères adolescentes. Ces auteurs soulignent une diminution dans l'apparition des symptômes dépressifs en postnatal, une meilleure perception de la santé mentale chez les mères adolescentes, une meilleure satisfaction des patientes des soins et du soutien reçus, ainsi que des connaissances accrues sur les soins de grossesse (Laurenzi et al., 2020; Liu et al., 2021).

Un autre élément à souligner est l'influence des technologies de l'information et de la communication (TIC) sur les IES. En effet, pour Byerley et Haas (2017), la technologie a changé le panorama de l'éducation périnatale. Internet et les médias ont influé sur l'information, le comportement et les attitudes liés à la grossesse des adolescentes. L'étude de Cunningham, Lewis, Thomas, Grilo et Ickovics (2017) a évalué le modèle *Expect With Me*, qui incorpore le modèle existant de soins de groupe avec une nouvelle plateforme informatique intégrée. Selon cette étude, le regroupement des services dans un modèle de soins prénataux de haute technologie est susceptible d'entraîner une meilleure qualité des soins et une réduction des coûts. Pour Moreau et al. (2015), ce type d'éducation présente plusieurs avantages : il est plus facilement accessible; il permet la combinaison simultanée de matériel écrit, audio et vidéo; il s'avère moins coûteux et sa mise à jour est plus facile. Toutefois, plusieurs difficultés sont associées aux cours prénataux offerts en ligne, notamment le manque d'occasions d'interactions sociales avec les autres mères et la perte du lien entre les éducatrices et les participantes. Il est possible aussi que l'offre des cours prénataux en ligne privés ne soit basée sur des données probantes ou ne comporte des informations non pertinentes ou non adaptées aux différentes réalités des adolescentes (Moreau et al., 2015).

Enfin, compte tenu du fait que le but de cette recherche est d'explorer la perception des adolescentes à l'égard des IES reçues durant la période périnatale, en particulier comment ces interventions ont favorisé des comportements d'autonomie chez les

adolescentes, une revue des écrits a été faite afin d'explorer l'utilisation du modèle de l'empowerment auprès des adolescentes dans un contexte de périnatalité. Aucune étude faisant appel à l'utilisation du modèle de l'empowerment lors des IE en santé périnatale n'a pu être recensée. Cependant, deux études démontrant l'impact d'une approche basée sur l'empowerment afin de lutter contre la stigmatisation à l'égard des mères adolescentes ont été repérées. La première, celle d'Odrowąż-Coates et Kostrzewska (2021), décrivait l'impact d'un soutien axé sur l'autonomisation comme un élément facilitateur d'une maternité positive chez les adolescentes. Selon les auteurs, ce type d'accompagnement favorise chez les adolescentes une perception positive de leur grossesse et de leur parentalité, ce qui contribue à créer un sentiment d'autonomie et d'indépendance que les jeunes mères peuvent utiliser pour lutter contre les stigmates associés à la parentalité précoce. La seconde, l'étude de Levy et Weber (2011), souligne l'impact d'un projet d'empowerment communautaire auprès de mères adolescentes à Montréal. Le projet *TEEN M.o.M* avait comme objectif de fournir un espace pour que les jeunes mères s'expriment par le biais de l'art. La pratique transformatrice et émancipatrice de produire des médias significatifs, avec l'intention d'examiner les expériences et perceptions des jeunes mères, a inspiré la connaissance de soi des adolescentes participantes. Pour les auteures, la connaissance de soi est un pouvoir, et le fait de partager cette connaissance de soi est valorisant. Lorsque l'auto-apprentissage des adolescentes enceintes révèle les liens entre l'expérience personnelle et l'action sociale, ceci encourage les autres à porter un regard critique sur la parentalité à l'adolescence et devient une forme de pédagogie critique et d'activisme pour lutter contre la stigmatisation de la grossesse durant

l'adolescence (Levy & Weber, 2011). Cependant, bien que les adolescentes enceintes ou déjà mères au Québec bénéficient des services du programme SIPPE et des rencontres prénatales virtuelles, les IES ne sont pas adaptées à la réalité des adolescentes. En particulier, il existe des lacunes dans la promotion de l'appropriation de la grossesse de la part des adolescentes utilisatrices, dans la promotion de la gestion autonome de leur grossesse ainsi que dans la prise en charge des soins de leurs enfants.

Cadre de référence

Cette recherche, portant sur la perception des adolescentes à l'égard des IES reçues durant la période périnatale, en particulier la façon dont ces interventions ont favorisé l'appropriation de la grossesse et l'autonomie dans la prise en charge de leur santé et de celle de leurs nouveau-nés, est arrimée au modèle éducationnel de l'empowerment individuel de Ninacs (1995, 2008).

Le modèle d'empowerment éducationnel individuel

Le modèle d'empowerment éducationnel de Ninacs (1995) est une adaptation de la théorie de l'éducation « pédagogie des opprimés » de Freire (1972), qui est devenue une perspective théorique clé dans les programmes d'autonomisation en santé (Downey, Anyaegbunam, & Scutchfield, 2009). Freire propose l'éducation à l'autonomisation comme un modèle efficace d'éducation à la santé, car elle promeut la participation des personnes aux actions et aux décisions liées à la santé, et elle améliore le contrôle et les croyances sur leur capacité à changer (Freire (1972) cité dans Wallerstein et Bernstein, (1988). Les principes directeurs de l'éducation à la santé sont enracinés dans les notions d'autonomisation de Freire, selon lesquelles à partir des problématiques en santé, il est nécessaire d'élaborer des méthodes d'apprentissage actives qui impliquent les participants dans la détermination de leurs propres besoins et priorités, en tant que sujets actifs de leur apprentissage (Downey et al., 2009). Le modèle éducationnel d'empowerment définit trois

types d'empowerment : individuel, communautaire et organisationnel. Cependant, en raison du but de cette étude, seul l'empowerment individuel sera décrit.

Selon Ninacs (1995, 2003, 2008), le concept d'empowerment correspond à un point de convergence des philosophies axées sur l'idée que les individus ont le droit de participer aux décisions qui les concernent. Le terme *empowerment* détermine le processus par lequel un individu s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer de façon autonome. Au Québec, le concept d'empowerment renvoie à un courant d'intervention connu sous différents termes français tel que autonomisation, appropriation du pouvoir et émancipation (Ninacs, 1995, 2008).

Postulats et composantes du modèle. Ninacs présente ainsi quatre principaux éléments qui constituent les fondements ou postulats du modèle : 1) l'empowerment conjugue un sentiment de pouvoir personnel à une capacité d'influencer le comportement d'autres personnes; 2) l'empowerment conjugue une orientation axée sur l'accroissement des forces existantes des individus à un cadre d'analyse écologique; 3) l'empowerment a une adhésion à l'idée que le pouvoir ne constitue pas une denrée rare, c'est-à-dire que le pouvoir n'est pas un acte réservé à certaines « catégories » de personnes; et 4) l'empowerment est fondé sur la prémisse que les compétences requises pour effectuer le changement visé sont déjà présentes ou, au moins, que le potentiel pour les acquérir existe (Ninacs, 1995, 2003, 2008).

En ce qui concerne la dimension éducationnelle, pour Ninacs (1995, 2008), le concept d'empowerment se rapproche du concept de compétence très utilisé dans le domaine de l'éducation et qui renvoie à la capacité qu'a un individu d'accomplir une tâche donnée. La compétence représente « un savoir-faire » complexe qui exige la mobilisation et la coordination de plusieurs connaissances. Dans un certain sens, être empowered, c'est être compétent (Ninacs, 1995, 2008).

Le modèle proposé par Ninacs (1995) comporte quatre composantes essentielles à l'exercice du pouvoir agir : l'estime de soi, la conscience critique, la participation et la compétence. Lorsque ces quatre composantes sont en interaction, l'empowerment est alors enclenché (Ninacs, 1995, 2008). Il s'agit d'un enchaînement simultané d'étapes sur chaque plan qui, dans leur ensemble et de par leur interaction, forment le passage d'un état sans pouvoir, *disempowered*, à un état d'*empowered*, où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix.

L'estime de soi. Elle désigne la transformation psychologique qui annule les évaluations négatives antérieures intériorisées et incorporées dans l'expérience de développement de l'individu, et par laquelle il arrive à être satisfait de lui-même (amour de soi), à évaluer ses qualités et ses défauts (vision de soi) et à penser qu'il est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes (confiance en soi) (Ninacs, 1995, 2008). Dans le contexte de la périnatalité, cette composante renvoie à la vision de soi de l'adolescente en tant que femme enceinte ou jeune mère, et à sa perception de

capacité d'agir de façon autonome lors du déroulement de sa grossesse et des soins de son enfant.

La conscience critique. Elle comprend le développement d'une conscience collective (l'individu n'est pas seul à avoir un problème), ce qui permet la réduction de l'auto culpabilisation et finalement une conscience et une acceptation de sa responsabilité personnelle pour le changement (Ninacs, 1995, 2008). Dans l'étude de Levy et Weber (2011), les adolescentes enceintes qui ont participé à l'étude ont développé une conscience critique individuelle entre leurs expériences personnelles de grossesse et l'action sociale. Cette conscience critique individuelle a influencé une conscience critique collective sous une forme de pédagogie critique et d'activisme pour lutter contre la stigmatisation de la grossesse chez les adolescentes.

La participation. Elle se réfère aux actions participatives qui génèrent du pouvoir d'agir des personnes et qui les encouragent à prendre des décisions (Ninacs, 1995, 2008). Cette participation comporte deux volets : l'un, sur le plan psychologique (droit de parole et participation aux décisions); et l'autre, sur le plan pratique (capacité de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation) (Ninacs, 1995, 2008). Dans le cas de l'adolescente enceinte ou de la mère adolescente, cela renvoie aux droits d'exprimer leurs besoins d'apprentissages quant à la prise en charge de sa grossesse et des soins de son enfant, ainsi que sur sa capacité de contribuer activement lors des IES.

Les compétences. Elles sont avant tout techniques, c'est-à-dire les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action. Elles peuvent ainsi se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées (Ninacs, 1995, 2008). Cette composante décrit alors les habiletés et les actions entreprises par l'adolescente dans la recherche ou la mobilisation des ressources, les connaissances et les compétences et par l'adoption des stratégies d'adaptation à la parentalité précoce.

L'interaction des composantes. Selon Ninacs (1995), les différentes composantes du processus d'empowerment s'influencent réciproquement, et chacune renforce les autres tout en se trouvant elle-même renforcée. Ce renforcement réciproque se réalise progressivement sur un continuum, ce qui renvoie au caractère dialectique des phénomènes dynamiques. Ainsi, il n'y a pas d'état final à l'empowerment. En effet, Ninacs (1995, 2008) postule que c'est l'interaction des composantes qui caractérise l'empowerment, car chacune des composantes semble jouer un rôle précis à l'intérieur du processus. Il en découle que l'absence d'une composante aurait pour effet de réduire, sinon d'annuler, la portée de l'empowerment à l'intérieur d'une intervention qui se voudrait axée sur ce processus (Ninacs, 1995, 2008). Par ailleurs, le modèle proposé par Ninacs (1995) met en évidence trois ressources minimales pour la réalisation du processus d'empowerment : l'interaction, le temps et la valeur. *L'interaction* fait ici référence aux actions et aux réactions découlant de processus interpersonnels en vertu de ce que l'individu est avec les autres. Ainsi, le groupe constitue un lieu privilégié pour une

approche d'empowerment. *Le temps*, quant à lui, fait référence au fait que le processus d'empowerment ne se réalise pas du jour au lendemain. Il faut en effet prévoir beaucoup de temps, car on ne peut ni hâter ni forcer l'empowerment : on ne peut que le favoriser. En ce qui concerne *la valeur*, selon le modèle, il s'agit de l'appropriation du pouvoir qui ne peut se faire sans percevoir quelque chose comme sien. Cependant, l'investissement de la personne dépendra de la valeur qui lui est attribuée aux yeux de l'individu en question (Hanna et al., 2014).

Somme toute, les écrits de Ninacs sur les composantes de l'empowerment individuel font référence à la dimension psychologique de l'empowerment. Selon l'auteur, des transformations psychologiques sont nécessaires pour passer de l'apathie et du désespoir à l'action, et pour contourner les effets des évaluations négatives intériorisées et incorporées issus des stigmatisations ou stéréotypes sociaux négatifs (Ninacs, 2003, 2008). Cependant, c'est le modèle nomologique ou psychologique de l'empowerment individuel de Zimmerman (1995) qui décrit mieux ce processus. Zimmerman (1995) a décrit trois nouvelles composantes du réseau nomologique du processus d'empowerment chez un individu, qui viennent rejoindre celles de Ninacs (1995). Il s'agit des composantes intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale. La composante intrapersonnelle fait référence à la manière dont les personnes se perçoivent à travers les domaines spécifiques de leur vie. Cette perception se définit à travers le sens du contrôle perçu face à une situation, le sentiment d'autoefficacité, la motivation, ainsi que la compétence perçue face à une situation (Zimmerman, 1995). La composante

interactionnelle, elle, fait référence à la compréhension quant aux choix de comportements des personnes. Cette composante-ci se manifeste par une conscience critique en rapport avec les objectifs fixés et avec les agents causaux qui exercent une influence sur une situation. Ainsi, cette dernière composante inclut le développement des compétences ainsi que le transfert des connaissances nécessaires pour arriver au résultat escompté (Zimmerman, 1995). Enfin, pour ce qui est de la composante comportementale, elle inclut les actions concrètes déployées pour influencer directement le résultat. Les actions peuvent découler d'une participation active et/ou par l'adoption des stratégies d'adaptation face à une situation précise (Zimmerman, 1995).

Processus d'appropriation de la grossesse et de la parentalité à l'adolescence

Le modèle proposé par Ninacs (1995) décrit les composantes essentielles à l'exercice de l'autonomie de l'adolescente enceinte et de la mère adolescente pour affronter les situations de santé qui la concernent. Selon son modèle, ces quatre composantes agissent ensemble pour générer l'autonomisation. Cependant, ce modèle n'explique pas comment ceci peut être déclenché lors des IES. Selon ce modèle, l'adolescente ne peut se prévaloir de son pouvoir d'agir sur quelque chose qu'elle ne connaît pas ou qu'elle ne reconnaît pas comme sienne. En ce sens, l'engagement à agir de manière autonome dépendra de la valeur accordée à sa situation de santé. Autrement dit, pour que l'adolescente agisse de manière autonome dans les décisions concernant sa grossesse et sa parentalité, il faut d'abord qu'elle sente ou perçoive que la grossesse lui appartient entièrement. Étant donné que le concept d'appropriation n'a jamais été utilisé

dans un contexte de santé, une recension des écrits a été effectuée afin de mieux clarifier la définition de ce concept pour la discipline infirmière.

Dans la littérature, il n'a pas été possible de déterminer la définition du concept d'appropriation du point de vue infirmier ni dans les disciplines connexes. Cependant, il a été possible de dégager le sens donné dans d'autres disciplines. L'usage sociologique du concept d'appropriation trouve son origine dans l'anthropologie de Marx. Pour lui, la notion de *propriété* constitue ainsi une dimension importante de l'appropriation. Cette notion tire son sens, non de l'existence d'un titre légal attestant la possession juridique d'un objet, mais de l'intervention judiciaire d'un sujet sur ce dernier (Herichon, 1970 ; Quiniou, 2011). Confronté à la nature des objets, l'individu se les approprie à travers l'intériorisation des savoirs et de savoir-faire. Dans le cas particulier de la grossesse chez les adolescentes, la *propriété* est d'ordre moral, psychologique et affectif (Herichon, 1970 ; Quiniou, 2011). Dans une autre perspective, pour Sanders (2015) et Serfaty-Garzon (2003), la notion d'appropriation véhicule deux idées dominantes. D'une part, celle d'*adaptation* de quelque chose à un usage défini; et d'autre part, celle qui découle de la première, une action visant à rendre *propre* quelque chose.

Par ailleurs, selon la définition étymologique, le verbe *approprier* provient du latin *appropriare* qui veut dire « attribuer en propre », dont la racine dérive d'*ad proprius*. La racine *proprius* a donné naissance à deux sens. En premier lieu, celui de *proprius* qui renvoie à l'idée d'adaptation, « adapter à l'usage, rendre propre à » ou « s'adapter à ». En

second lieu, il y a le *proprius* qui veut dire « ce qui appartient en propre, ce que l'on ne partage pas ». L'appropriation est donc l'action d'attribuer, d'adapter, à la fois matériellement et/ou intellectuellement, quelque chose à un individu. L'individu s'attribuera l'objet/situation, l'adaptera à son usage et/ou s'adaptera à l'objet/situation (Ologeanu-Taddei, Gauche, Morquin, & Bourret, 2015).

Prenons à présent en compte les attributs liés à la notion d'appropriation par d'autres disciplines. Il est possible de décrire le concept d'appropriation de la grossesse et de la parentalité par le fait d'éprouver ou de vivre une *expérience d'engagement* dans la grossesse comme telle et dans les soins qui s'y rattachent (Morissette, Bourque, & Roux, 2011; Small et al., 2014; Zheng, Morrell & Watts, 2018). L'appropriation de la parentalité à l'adolescence se manifeste comme un *processus d'ajustement* aux nouveaux rôles et aux nouvelles responsabilités de la vie parentale. Elle se réfère au sentiment d'*autoperception* ou d'*autoefficacité parentale* perçu par l'adolescente (Beyrami, Zahmatyar & Khosroshahi, 2013; Waller et al., 2016; Zheng et al., 2018) et au *sentiment d'optimisme perçu* quant aux responsabilités parentales (Azhari, Sarani, Mazlom & Aghamohammadian Sherbaf, 2015). Elle implique toutes les *stratégies d'adaptation* ou de *coping* mobilisées pour organiser et pour exécuter un ensemble de tâches liées à la parentalité d'un enfant. Ces stratégies ont une dimension *interne* (l'acceptation de la grossesse et du rôle de mère) et une dimension *externe* (la recherche d'information et de soutien) (Goletzke et al., 2017; Khavari, Golmakani, Saki, & Aghamohammadian Serbaf, 2018; Kotze, Visser, Makin, Sikkema & Forsyth, 2013). Tout compte fait, l'appropriation

peut être mesurée par le *degré d'implication et de responsabilité* perçu dans la prise de décision concernant les soins lors de la période périnatale (Morissette et al., 2011; Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg, & Hammar, 2015; Zheng et al., 2018).

Bref, la définition retenue du concept d'appropriation de la grossesse et de la parentalité durant l'adolescence s'énonce comme suit : sens donné par l'adolescente de son degré d'appartenance envers la grossesse, au rôle parental et aux responsabilités qui en découlent. Ce sens se traduit par une adaptation psychologique (acceptation) et comportementale (implication/engagement) vis-à-vis de la grossesse et du rôle de mère adolescente (Bonilla, 2020).

Pertinence du cadre de référence

Le modèle d'empowerment éducatif individuel proposé par Ninacs (1995) prend toute son ampleur lors d'interventions éducatives visant l'appropriation de la grossesse et de la parentalité chez les adolescentes. Les IES axées sur l'empowerment cherchent à soutenir les individus dans leurs démarches pour se procurer le pouvoir dont ils ont besoin. Basée sur le modèle proposé par Ninacs (1995, 2003, 2008), une pratique axée sur l'empowerment comprend alors cinq éléments essentiels : 1) une collaboration de partenariat avec la personne; 2) une intervention misant sur leurs capacités, leurs forces et leurs ressources 3) une visée holistique, c'est-à-dire qu'elle vise à la fois la personne et son environnement; 4) un postulat opérationnel qui conçoit la personne comme un sujet actif ayant des droits plutôt que comme une bénéficiaire et 5) une orientation consciente

de l'énergie des professionnels vers des personnes historiquement ou actuellement opprimées (Ninacs, 1995, 2003, 2008). Le modèle de l'empowerment tranche ainsi avec les philosophies axées sur la bienfaisance et la charité exaltées par la discipline infirmière, car elle entrevoit le rapport entre tous les individus, y compris celui entre l'infirmière et l'adolescente, comme étant fondé sur la réciprocité et étant foncièrement égalitaire (Ninacs, 2008). Comme mentionné par Ninacs (2003), d'une certaine façon, l'empowerment, c'est l'antithèse du paternalisme.

Tel qu'il a été précisé antérieurement, aucune étude recensée ayant utilisé ce cadre théorique ne s'est intéressée à une expérience d'apprentissage en sciences infirmières, ni en contexte de périnatalité. Or, des articles, dont plusieurs écrits par Ninacs (2003, 2008) lui-même, mettent en relief l'élément clé résultant de l'utilisation de ce modèle dans la recherche et la pratique : l'augmentation de l'efficacité personnelle, le développement d'une conscience critique, la réduction de l'auto culpabilisation et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (Ninacs, 2003, 2008; Zimmerman, 1995; Zimmerman & Eisman, 2017). De plus, selon plusieurs auteurs, il s'agit d'un modèle de construction multidisciplinaire qui intègre des concepts et des procédures d'un large éventail de domaines, notamment la psychologie, la santé publique, le travail social, les sciences politiques et d'autres sciences sociales et comportementales qui incluent l'application de la théorie à l'action. Pour les auteurs, les recherches basées sur l'autonomisation sont devenues une approche largement utilisée pour lutter contre les inégalités en matière de santé, et pour promouvoir la justice sociale et le changement social

(Gross, Gagnayre, & Lombrail, 2020; Morrel-Samuels, Hutchison, Perkinson, Bostic, & Zimmerman, 2015; Rhugenda & Alladatin, 2019; Zimmerman et al., 2017).

Cette étude propose donc une nouvelle façon d'intégrer ce cadre de référence au processus de la recherche infirmière afin d'explorer le vécu expérientiel des adolescentes qui vivent des expériences d'apprentissages axés sur l'autonomie et l'appropriation dans un contexte de périnatalité. La figure 1 schématise la relation de différents concepts.

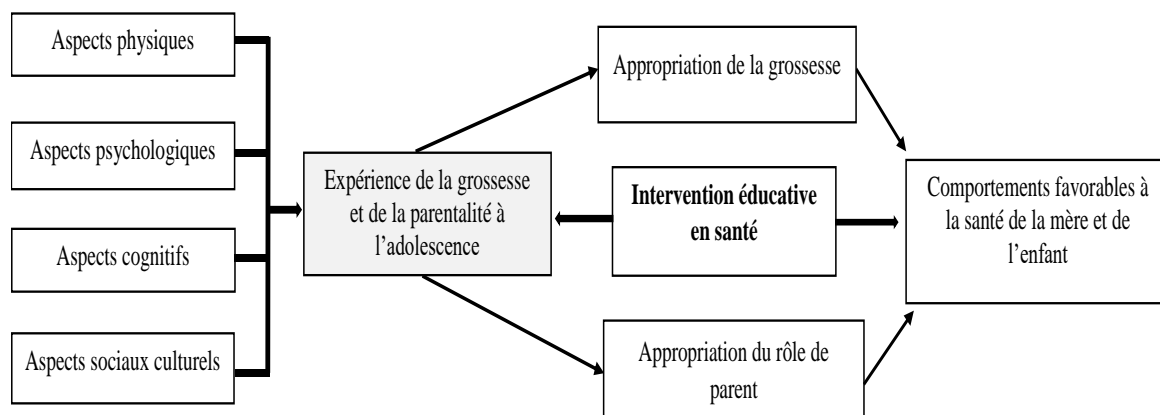


Figure 1. Aspects influençant l'expérience de la grossesse et de la parentalité durant l'adolescence.

Méthodologie

Ce troisième chapitre vise à décrire la méthodologie privilégiée pour comprendre la perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des IES reçues durant cette période. Dans le cas de cette étude, il s'agit de l'approche qualitative phénoménologique. D'abord, il sera question de détailler cette approche, ainsi que la pertinence de son utilisation pour la présente étude. Ensuite, la description du milieu, la population cible, la stratégie d'échantillonnage, les critères d'inclusion et le recrutement des participantes seront exposés. Enfin, ce chapitre présentera le déroulement de l'étude, les différentes étapes de l'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les critères de scientificité.

La philosophie phénoménologique

La phénoménologie vise à dégager l'essence d'un phénomène d'intérêt tel qu'il est expérimenté par l'individu (Carpenter, 2011; Giorgi, 1997; Schmidt & Brown, 2009). La philosophie phénoménologique repose sur les travaux d'Edmund Husserl (1913), qui s'inspire de deux principaux courants : d'un côté, le courant existentialiste illustré par Brentano (1838, 1917), Heidegger (1889, 1976) et Sartre (1905, 1980); de l'autre, le courant anti-objectiviste préconisé par Gaston Bachelard (1884, 1962) et Merleau-Ponty (1908, 1961) (Carpenter, 2011; Giorgi, 1997). Dans sa visée descriptive de la compréhension de la conscience, de l'existence et de l'expérience humaine, la phénoménologie met l'accent sur les données expérientielles, « car elles fournissent les

informations les plus complètes relatives aux significations propres au sujet » (Polit & Beck, 2020). Pour Husserl, les données expérientielles permettent de saisir les relations qui existent entre le sujet, aussi appelé la conscience, qui perçoit et le monde qui l'entoure ou le monde vécu. Ce lien de relation se définit comme l'intentionnalité (Giorgi, 1997). Ainsi, la conscience qu'on peut avoir du monde vécu est totalement différente du monde vécu lui-même, car cette perception dépend de la perspective adoptée pour prendre conscience du monde vécu (Giorgi, 2005). Dans cette étude, cette posture méthodologique vise à décrire et comprendre l'expérience vécue par les adolescentes en période périnatale en utilisant leurs mots afin de comprendre l'expérience humaine.

Afin d'apprécier dans sa globalité la façon dont les adolescentes perçoivent leurs expériences de la périnatalité ainsi que les IES reçues dans cette période, la méthodologie philosophique rigoureuse de la phénoménologie descriptive de Husserl (1913,1983), adaptée à la recherche scientifique par Giorgi (1997), a été privilégiée. Cette méthodologie comporte trois étapes à la fois distinctes et interdépendantes : la réduction phénoménologique transcendantale, la description et la recherche des essences.

Le processus de réduction phénoménologique transcendantale

Cette étape a demandé de la part de l'étudiante – chercheuse une suspension de ses propres croyances et connaissances antérieures à propos de l'expérience de la grossesse et de la parentalité à l'adolescence de même que l'autonomisation des femmes afin de préserver l'essence du phénomène. Pour Giorgi (2009), il s'agit d'une attitude consistant

à mettre entre parenthèses toutes les connaissances théoriques dans l'approche d'un phénomène donné. Donc, cela a nécessité à l'étudiante – chercheuse une rupture avec l'attitude naturelle de la vision du monde où tout est tenu pour acquis : les faits, les valeurs, les idéaux et se donner la permission de remettre en question les événements, les phénomènes, même s'ils ne dérogent pas de ce qui était attendu (Giorgi, 2009). De cette façon, il est possible d'observer le phénomène tel qu'il se présente, libre de préjugés et de présupposés (Carpenter, 2011). Ce type de réduction a exigé à l'étudiante-chercheuse, tel qu'il a été dicté par Giorgi (2009), un examen approfondi des éléments qui pourraient influencer l'observation du phénomène afin de le comprendre tel qu'il apparaît à la conscience des adolescentes. Ainsi, l'étudiante-chercheuse ne peut affirmer qu'elle comprend mieux le vécu des adolescents lors de l'expérience périnatale que les adolescentes elles-mêmes. Donc, avant d'entreprendre la collecte de données avec les participantes recrutées, elle a exploré ses connaissances, ses préconceptions, ses propres croyances, ses attitudes, ses perceptions et ses opinions quant à la problématique de la grossesse durant l'adolescence et a mis par écrit toutes ses conceptions dans un journal de bord.

La description. Cette étape permet d'exprimer et de communiquer à l'autre, par le langage, les phénomènes tels qu'ils sont vécus, tels qu'ils sont perçus. La description est donc le récit de l'expérience par celui qui l'a vécue (Carpenter, 2011). Dans cette étude, elle se limite à ce que les adolescentes racontent puisqu'il est impossible d'avoir accès à tout ce que l'autre peut penser. Il est primordial que cette description soit concrète et

précise, et qu'elle aborde toute l'expérience de la période périnatale telle qu'elle est révélée par l'adolescente.

La recherche de l'essence du phénomène. L'essence du phénomène est la signification ou le sens fondamental des phénomènes. Le sens qui permettra des variations dans l'expérience subjective, mais qui les encadrera aussi (Giorgi, 2009). En évaluant toutes les expressions possibles données par les adolescentes sur leur vécu dans la période périnatale, il est envisageable de dégager des particularités et des similarités dans leur propos. Ces éléments communs représentent donc ce qui est véritablement essentiel à la conscience d'un phénomène (Giorgi, 2010), et qui, dans cette étude, représentent l'expérience vécue de la périnatalité et des IES de la part des adolescentes.

La pertinence de l'approche phénoménologique à l'étude

Giorgi (1997) a adapté la méthodologie philosophique phénoménologique de manière à ce qu'elle réponde aux critères de recherche scientifique (Carpenter, 2011). Comme décrit précédemment, il est nécessaire dans une première étape d'obtenir une description subjective du phénomène (l'expérience vécue des adolescentes), suivie d'une réduction phénoménologique (la description du récit et du sens) et finalement la recherche de l'essence du phénomène. Elle s'oppose à l'approche interprétative (herméneutique) ou l'explication théorique de la réalité mise de l'avant par Heidegger (1927). En effet, pour Giorgi (1997), la phénoménologie « pure » n'a pas besoin d'interprétation de la part du chercheur, car elle comporte déjà les éléments nécessaires à l'explication du phénomène

en question (Carpenter, 2011). Dans cette perspective, le devis phénoménologique descriptif promulgué par Giorgi semble être le plus approprié pour répondre aux questions de cette étude, c'est-à-dire de dégager, dans la subjectivité des perceptions des adolescentes, l'essence scientifique du phénomène, sans avoir recours aux interprétations de l'étudiante – chercheuse.

D'ailleurs, cette méthodologie phénoménologique a déjà été utilisée dans des contextes similaires à la présente étude, c'est-à-dire auprès d'adolescents en contexte périnatal. Chemutai, Nteziyaremye et Wandabwa, (2020) ont utilisé la phénoménologie pour explorer les expériences vécues de mères adolescentes fréquentant l'hôpital de Mbale en Ouganda. Les résultats de cette étude révèlent que les mères adolescentes traversent des moments difficiles, en particulier avec les changements de grossesse et la peur de l'inconnu pendant les périodes intrapartum et post-partum immédiate, en plus de vivre des difficultés extrêmes pendant la parentalité (Chemutai et al., 2020). Une autre étude, celle de Ross-Lavoie (2015), a exploré l'expérience personnelle qui a conduit des mères adolescentes vivant dans une situation de vie précaire à avoir un deuxième ou un troisième enfant, c.-à-d. l'expérience d'une maternité répétée. Les résultats permettent de mettre en lumière certaines caractéristiques des jeunes mères désirant avoir d'autres enfants dans un futur proche. Toutes les participantes rapportent avoir vécu une enfance et une adolescence teintées de grandes difficultés, elles ont une perception positive de la maternité, une motivation à vouloir des enfants et de besoins internes à combler par la présence des enfants, ainsi que la présence d'une idéalisation du futur (Ross-Lavoie,

2015). Sarrouf et Hajal (2017) ont réalisé une étude phénoménologique afin d'explorer l'expérience de l'allaitement maternel des jeunes femmes libanaises en milieu rural. Six thèmes ont émané de l'analyse phénoménologique : la signification de l'allaitement maternel, la prise de décision, les barrières à l'allaitement maternel, les facteurs promoteurs de l'allaitement maternel et les suggestions des femmes. L'essence globale du phénomène dans l'étude, c'est jouir de l'allaitement maternel, ce don de Dieu, que la culture rurale encourage, grâce à la persévérance de la mère à surmonter les barrières (Sarrouf & Hajal, 2017). Finalement, l'étude de Dowden, Gray, White, Ethridge, Spencer et Boston (2018) a réalisé une étude phénoménologique afin d'explorer en profondeur l'impact de la grossesse durant l'adolescence sur le niveau d'instruction des filles de 13 à 19 ans. Les résultats ont établi à travers le récit des participantes la stigmatisation sociale et le stress psychologique liés au fait d'être une adolescente enceinte ou une mère adolescente en milieu scolaire. Selon l'étude, les conseillers scolaires peuvent avoir un impact positif sur le niveau de scolarité des adolescentes enceintes ou mères, s'ils adoptent une approche culturellement compétente et socialement juste dans leur pratique de counseling scolaire grâce à l'identification précoce des signes avant-coureurs et des facteurs de risque de stigmatisation en milieu scolaire (Dowden et al., 2018).

Le milieu

La description d'un phénomène peut être influencée par les caractéristiques de la personne qui le perçoit, mais aussi par le contexte socioculturel dans lequel la personne évolue. Le milieu de recherche de cette étude correspond à la région de l'Outaouais. Elle

se situe au sud-ouest du Québec. En raison de sa situation géographique, la région de l'Outaouais est aussi appelée la région de la capitale en raison de sa proximité à la ville d'Ottawa, la capitale du Canada. Ainsi, sa situation frontalière avec la province de l'Ontario influence les activités quotidiennes de ses résidents, notamment dans le domaine de la santé et des services sociaux (CISSSO, 2018). Cette région comprend quatre municipalités : comté de Pontiac, de Vallée-de-la-Gatineau, de Papineau et des Collines. La population totale de l'Outaouais s'élevait à 401 388 habitants en 2020, ce qui correspond à 4,7 % de la population du Québec. De celle-ci, 72 % se concentrent sur le territoire de la ville de Gatineau dans la région urbaine, 28 % habitent la région semi-urbaine et rurale sur une superficie de 2/3 de la région (Blais, 2013). La population de la région est plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Elle présente l'une des plus fortes parts de jeunes de moins de 20 ans (22,3 %) au Québec (ISQ, 2021). Concernant les naissances, en 2020, il y a eu 3 546 naissances dans la région de l'Outaouais, dont 69 correspondaient aux mères de moins de 19 ans (ISQ,2022) Ainsi, le choix de ce milieu s'explique par le fait que en 2020, le taux de fécondité à l'adolescence chez les filles âgées entre 14 et 19 ans en Outaouais est plus élevé avec un 6,6% par rapport à ce que l'on observe dans le reste du Québec qui est de 5% (ISQ,2022). Finalement, comme mentionné antérieurement, au Québec, certains programmes éducatifs en santé périnatale sont offerts à travers les Centres locaux de services communautaires (CLSC), dont la région de l'Outaouais en compte comporte 19 (MSSS, 2018).

La population cible

La présente étude vise les adolescentes enceintes et les mères adolescentes âgées de 14 à 19 ans ayant utilisé les services sociaux et les services de santé en périnatalité du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les participantes à cette étude répondaient à quatre critères d'inclusion : 1) être âgée de 14 à 19 ans. Ce critère était justifié par le fait que les filles mineures de 14 ans et moins ne sont pas aptes à consentir aux soins de façon autonome, tout comme à participer aux projets de recherche où des risques pourraient être plus grands que les bénéfices de la participation au projet; 2) être enceinte ou avoir accouché d'un enfant dans la dernière année. Ce critère repose sur la définition de la période périnatale, laquelle s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an (MSSS, 2008a); 3) avoir utilisé au moins un des services de santé du CISSSO durant la période périnatale : par exemple, avoir eu un suivi prénatal au CLSC ou dans un groupe de médecine familial (GMF), avoir reçu les services du programme SIPPE, avoir été à l'hôpital dans le service de périnatalité (clinique d'obstétrique et/ou service de maternité) ou avoir reçu des services dans la période postnatale et 4) être en mesure de s'exprimer oralement en français afin de faciliter la communication avec l'auteure.

L'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été privilégiée, car elle est l'une des plus utilisées et suggérées dans le cadre d'une recherche qualitative phénoménologique vu que elle ne nécessite pas de base de sondage complète et est une méthode rapide, simple et économique pour obtenir des données (Hennink et al., 2019). De plus, dans le contexte phénoménologique, il importe que les participantes veuillent participer à l'étude et que leurs expériences concernent l'objet de la recherche (Polit & Beck, 2020). Selon Hennink, Kaiser et Weber (2019), l'échantillon doit offrir une diversité de l'expérience subjective telle que requise par l'approche phénoménologique. Afin d'assurer cette diversité de l'expérience subjective dans la présente étude, l'ensemble des participantes ont été recrutées aux divers services en santé périnatale du même centre intégré de services sociaux. De plus, il est utile de noter que l'inclusion des participantes enceintes et des participantes ayant déjà accouché apporte une certaine diversité des données à l'échantillon. La taille de l'échantillon requis pour la recherche qualitative ne fait pas consensus dans la littérature. Pour Hennink et al. (2019) et Polit et Beck (2020), la taille est déterminée par la saturation des données. Cela correspond au moment où les données par un participant supplémentaire n'apportent plus aucun nouvel élément ou que les données se répètent. Ainsi, pour cette étude, la taille de l'échantillon a été constituée jusqu'à la saturation des données par le récit de 14 mères adolescentes âgées de 14 à 19 ans répondant aux critères d'inclusion, telle que suggérée par Polit et Beck (2020).

Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en trois étapes : le contact avec le milieu, le recrutement des participantes et la collecte de données.

Le contact avec les milieux. L'étudiante – chercheuse a rencontré la gestionnaire du service de périnatalité et de la clinique GARE à l'hôpital de Gatineau, des trois GMF de la ville de Gatineau et la responsable du programme SIPPE au CISSSO. Ces rencontres ont été tenues afin de leur expliquer le but et les avantages de l'étude ainsi que l'importance d'obtenir leur accord pour leur participation dans le recrutement des adolescentes.

Le recrutement des participants. Le recrutement des adolescentes a été fait par le biais d'une lettre de recrutement adressée aux utilisatrices des programmes décrits ci-dessous. Cette lettre a été affichée dans les installations desdits services. De plus, des copies ont été données par les intervenants des différents programmes ciblés aux adolescentes utilisatrices qui répondaient aux critères d'inclusion. La lettre de recrutement contenait les informations relatives au but de l'étude, au déroulement des activités, aux modalités de participation demandées, aux avantages et aux inconvénients liés à cette participation, ainsi qu'aux coordonnées de l'étudiante – chercheuse, de la directrice et de la codirectrice de recherche et du président du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais et du comité d'éthique du CISSSO (Appendice A). Vingt participantes ont été référées par les intervenants et ont ensuite été contactées en personne ou par téléphone

par l'étudiante – chercheuse afin de s'assurer que chacune répond bien aux critères d'inclusion, d'expliquer le contexte de l'étude, les objectifs et le déroulement de l'entrevue, ainsi que de répondre aux questions. À la suite de cette étape et avec l'accord verbal de la participante, le formulaire de consentement (Appendice B) a été présenté et expliqué. Une fois le formulaire de consentement lu et bien compris, les participantes étaient invitées à convenir d'une date pour procéder à l'entrevue en fonction de leur disponibilité. Sur les 20 participantes recrutées, 14 ont accepté de participer à l'étude. Les six autres adolescentes ont exprimé leurs craintes de participer compte tenu du fait que la Direction de protection de la jeunesse (DPJ) effectuait des évaluations auprès d'elles. Malgré les explications fournies concernant la confidentialité et le respect des informations obtenues, elles ont expliqué qu'elles ne faisaient pas confiance au personnel de santé et ont refusé de participer à l'étude, alors elles ont ainsi été exclues de l'étude.

La collecte de données. La collecte de données a eu lieu entre janvier 2020 et juillet 2021. Cette longue période de collecte de données a été imposée par les restrictions émises par le ministère de la Santé publique en ce qui concerne la pandémie du virus COVID-19, ce qui a entraîné le retard et la modification de la réalisation de certains entretiens : entre autres, les entrevues ont été menées par téléphone et non en personne. De plus, l'utilisation d'outils virtuels tels que l'application zoom n'a pas pu être utilisée, car certaines participantes n'avaient pas accès à un ordinateur ou ne savaient pas l'utiliser. Avant d'entreprendre la collecte de données avec les participantes recrutées, l'auteure a rédigé un journal de bord sur ses propres croyances et connaissances antérieures à propos de

l'expérience de la grossesse, de la parentalité à l'adolescence et sur l'autonomisation des patientes afin d'adopter l'attitude de l'inconnaissance de Munhall (2012) et de respecter ainsi l'étape de réduction phénoménologique transcendantale de la méthode de Giorgi (1997).

Le déroulement des entretiens. Les données ont été recueillies lors d'une entrevue téléphonique individuelle semi-dirigée enregistrée avec chaque participante. La durée moyenne des entretiens a été de 45 minutes. Les outils utilisés pour la collecte de données étaient le génogramme, l'écocarte et le guide d'entretien.

L'entrevue semi-dirigée. La démarche associée à la phénoménologie invite au partage de l'expérience du phénomène tel que vécu par la participante. De ce fait, l'entrevue semi-dirigée est une méthode de collecte de données privilégiée en approche phénoménologique parce qu'elle est souple et permet à l'étudiante – chercheuse de faciliter la narration du vécu en encadrant le déroulement de l'entretien autour de questions clés prédéterminées (Streuber & Carpenter, 2011).

Le guide d'entretien. Dans cette étude, le guide d'entretien utilisé visait à obtenir des informations sur les événements marquants positifs ou négatifs vécus par les adolescentes durant leurs grossesses et après leurs accouchements, notamment lorsqu'elles participaient aux IES. Le guide comporte des questions ouvertes semi-dirigées qui permettaient de lancer la discussion et de mieux aborder les éléments du

phénomène à l'étude, le tout en favorisant l'expression libre et en profondeur des expériences des participantes dans tous les détails entourant le phénomène, tel que recommandé par Polit et Beck (2020). Le guide d'entrevue (voir Appendice C) a été produit par l'étudiante – chercheuse et validé par la directrice et codirectrice de recherche. Les questions directrices ont été regroupées en cinq domaines : expérience de la périnatalité, l'appropriation de la grossesse et du rôle de mère, la perception de la participation, la conscience critique et le sentiment d'efficacité personnelle. Ces domaines ont été construits à partir des concepts clé des composantes du modèle de l'empowerment de Nincas (1995) et du concept de l'appropriation de la grossesse et de la parentalité dans le but de pourvoir une cohérence entre les étapes distinctes de la recherche.

Le génogramme et l'écocarte. Il s'agit d'outils heuristiques de recherche qui permettent de faciliter les discussions sur la structure familiale et les réseaux sociaux des participantes, y compris des relations de soutien intégrant des ressources liées à la santé (Nogueira et al., 2017). Lors des recherches menées auprès des adolescents, ces outils ont été utiles pour illustrer le contexte familial, social et le contexte de soutien des adolescentes dans une situation de santé donnée, ainsi que les gains et les pertes des réseaux sociaux des jeunes et de leurs familles (Rempel, Neufeld, & Kushner, 2007). Dans le cas de cette recherche, ils ont également permis de recueillir les données sociodémographiques ainsi que le contexte familial et social des adolescentes participantes (Appendice D).

La validation des instruments de collecte de données. Le guide d'entretien a été validé autant dans le regroupement thématique des interrogations, que dans l'intelligibilité de ses questions auprès de la directrice et de la codirectrice du projet, car ces deux personnes possèdent de l'expertise dans la recherche auprès des familles et des adolescentes et dans un contexte de périnatalité. De plus, le guide a été testé auprès d'une adolescente âgée de 14 ans pour valider la compréhension du contenu, tel que suggéré par Polit et Beck (2020).

Analyse des données

L'analyse des données a été menée selon la méthodologie présentée par Giorgi (1997). Cette méthodologie est basée sur la philosophie phénoménologique, consistant en cinq étapes fondamentales : la collecte de données verbales, la lecture minutieuse des données, la division des données en unités significatives, l'organisation des données brutes en langage disciplinaire, et la synthèse des résultats obtenus, dont la structure procure l'essence du phénomène.

La collecte de données verbales. Elle vise à recueillir les descriptions concrètes et détaillées d'un phénomène tel qu'il est perçu par les participants de manière la plus fidèle possible (Giorgi, 1997; Giorgi, 2010). Dans le cadre de cette recherche, l'entrevue semi-dirigée individuelle a été privilégiée, car elle permet la collecte de données tout en offrant de la souplesse et de l'adaptation pour la prise en compte du récit des adolescentes participantes. Également, pour s'assurer l'emploi des mots utilisés par les participantes et

pour limiter ainsi l'interprétation de l'étudiante – chercheuse chaque entrevue a été enregistrée et transcrite sous forme de verbatim.

La lecture de données. Avant de commencer l'analyse des données, chacun des verbatim a été lu dans son ensemble afin de permettre à l'étudiante – chercheuse d'avoir une vision globale. En ne dégagant pas les thèmes dès la première lecture, l'étudiante – chercheuse s'est imprégnée ainsi de la signification globale de ce qu'elle a précédemment recueilli. Cette étape a permis de déceler certains points de convergence et de divergence dans les différents discours.

La division des données en unités significatives. Pour mettre en évidence l'essence de l'expérience vécue, l'étudiante – chercheuse a fait une deuxième lecture du verbatim en soulignant à chaque phrase les données significatives et celles qui permettaient de déterminer la présence d'un changement de sens dans le discours ou dans la description du phénomène. Cette étape a permis l'identification des unités significatives et l'organisation de celles-ci en thèmes et sous-thèmes. Il ne s'agit pas ici d'un processus analytique ou interprétatif, mais plutôt d'un processus descriptif qui a permis à l'étudiante – chercheuse malgré son attitude de neutralité, de gérer les données dans un langage qui lui est propre, autrement dit, le processus descriptif permet d'utiliser sa perspective disciplinaire de l'étudiante – chercheuse dans la façon de discriminer les unités de signification, comme suggéré par Giorgi (1997).

L'organisation des données brutes en langage disciplinaire. Il s'agit de l'exploration, de l'examen et de la description de chacune des unités significatives identifiées, facilitant ainsi la démonstration de leur valeur et de leur importance pour la discipline infirmière (Giorgi, 1997). À cette étape, les propos des adolescentes et l'essence du phénomène d'intérêt ont été transformés en langage disciplinaire. Pour y parvenir, une réflexion a été menée sur le contenu des unités de signification afin de déceler et développer un sens disciplinaire dans les propos des participants. En ce sens, l'étudiante – chercheuse a déterminé d'abord des métathèmes sur la base de l'intuition eidétique, c'est à dire en utilisant l'intuition comme méthode pour faire la distinction entre la connaissance du phénomène lui-même (son essence) et la connaissance de notre perception du phénomène. Dans le cas de cette étude, les métathèmes ont été nommés dimensions. Ces dernières permettent d'organiser les thèmes et sous-thèmes afin de mieux répondre aux questions et aux objectifs de recherche (Giorgi, 1997; Giorgi, 2010). Par la suite, une description détaillée du phénomène et de la relation entre les thèmes et les sous-thèmes a été élaborée à l'aide des verbatim qui s'y rattachent.

La synthèse des résultats obtenus. Elle a permis de réaliser la description globale du phénomène étudié. Cette synthèse représente alors la description de l'essence du phénomène et les relations qui s'établissent entre les différents thèmes et sous-thèmes qui le composent (Giorgi, 2010). Dans cette synthèse, le fondement des résultats a été réduit à deux énoncés, ou essences, qui décrivent le phénomène étudié et qui répondent le mieux à chaque question de recherche.

Critères de rigueur scientifique

Les critères retenus pour cette étude sont ceux décrits par Lincoln et Guba (1985) : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (Fortin & Gagnon, 2016; Proulx, 2019).

Le critère de crédibilité se réfère à la capacité des résultats à décrire réellement l'expérience rapportée par les participants (Lincoln & Guba, 1985; Proulx, 2019). D'abord, la crédibilité des résultats a été assurée, entre autres, par la triangulation des chercheurs (directrice et codirectrice), la triangulation des données s'opère par le recueil auprès de différentes participantes utilisant différents services en périnatalité et aux différents stades de la période périnatale (grossesse et postnatal). Ensuite, une triangulation méthodologique ou triangulation interméthode est mise en œuvre dans l'utilisation de différentes méthodes de collecte des données : génogramme/écocarte, entrevue individuelle et journal de bord (Fortin & Gagnon, 2016; Proulx, 2019). Enfin, ce critère a été respecté par la formulation de questions de validation de la part de l'étudiante-chercheuse lors des entrevues afin de s'assurer de bien saisir les sens que les adolescentes donnaient à leur expérience. Ce critère a également été respecté par la transcription intégrale des propos des participantes provenant des enregistrements des entrevues (Lincoln & Guba, 1985; Proulx, 2019).

En ce qui concerne le principe de transférabilité, c'est-à-dire le fait que les connaissances puissent être exportées dans d'autres contextes, ce principe est soutenu par le fait que les participantes avaient un bagage socioéconomique et culturel différente. De plus, et en concordance à ce qui a été défini par Lincoln et Guba (1985), ce critère peut être atteint grâce à une description approfondie et détaillée des résultats, des caractéristiques des participantes, du milieu de recherche et du contexte des entrevues.

La fiabilité se représente comme la stabilité et l'uniformité des données dans le temps (Proulx, 2019). Ce critère de rigueur est étroitement lié à la crédibilité du chercheur étant donné que l'absence de fiabilité signifie l'absence de crédibilité (Fortin & Gagnon, 2016; Proulx, 2019). Pour cette étude, la fiabilité a été assurée à la fois par la tenue d'un journal de bord et par la révision de la démarche par un expert externe, dans ce cas par la directrice et la codirectrice de recherche. De plus, le respect des principes de la méthode phénoménologique scientifique notamment l'intuition eidétique et la réduction phénoménologique, permet de se rendre davantage vers l'atteinte de ce critère.

La confirmabilité permet d'établir si les résultats correspondent bien aux descriptions ou aux significations de l'expérience, telles qu'elles ont été rapportées par les participants (Lincoln & Guba, 1985; Proulx, 2019). Il s'agit ainsi de déterminer si les résultats reflètent les données avec authenticité. Ce principe a été respecté par l'enregistrement des entrevues, par la lecture attentive et répétitive de l'intégralité des transcriptions, ainsi que par une attitude neutre en rapport avec l'émergence des unités de

sens et des thèmes. Il est important de mentionner que tout au long de la réduction phénoménologique, le processus de la mise entre parenthèses de tout a priori, en lien avec l'expérience professionnelle en périnatalité par l'étudiante – chercheuse a été maintenu. Le journal de bord a ainsi permis une réflexion rigoureuse et une prise de conscience de la perspective de l'étudiante – chercheuse elle-même quant au phénomène étudié, qui est le vécu des participantes lors d'IES dans la période périnatale. De plus, un emploi rigoureux de la méthode phénoménologique et la validation interjuges ont été utilisés. Afin de procéder à la validation interjuges, les trois premières entrevues ont été, dans un premier, temps codifiées et analysées par l'étudiante – chercheuse, la directrice et la codirectrice de recherche de manière individuelle; ensuite, dans un second temps, elles ont été comparées entre elles. La similitude des trois analyses a démontré la confirmabilité.

Les considérations éthiques

Une approbation du projet de recherche auprès du Département des sciences infirmières (Appendice E) et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et du CISSSO a été obtenue pour la durée de l'étude (Appendice F). Par ailleurs, avant la tenue de l'entrevue individuelle, le formulaire de consentement, a été lu et discuté avec chacune des participantes pour ensuite être signé. Ce formulaire expliquait les différents aspects liés aux objectifs de l'étude, à la nature de la participation demandée, à la confidentialité ainsi qu'aux risques et bénéfices découlant de la participation.

La confidentialité a été garantie en raison de la méthode de collecte de données par les entrevues individuelles. Un numéro d'identification a été attribué pour remplacer le nom de toutes les participantes. Ces informations ont été indiquées dans le formulaire de consentement que les participantes ont signé. La confidentialité des données recueillies a été garantie par le fait que les entrevues individuelles ont été enregistrées à l'aide d'une enregistreuse audio et retranscrites par la suite à l'ordinateur et gardées sous clé à l'aide d'un mot de passe. Seules l'étudiante – chercheuse et les directrices de recherche y ont eu accès. Les deux directrices font partie du corps professoral de l'UQO et sont ainsi sujettes à respecter les normes en la matière. L'accès aux données ne leur est offert qu'à des fins de supervision. Tout le matériel papier et audio ont été conservés au bureau de la directrice au campus Alexandre-Taché à l'Université du Québec en Outaouais. Les documents en papier (verbatim annotés et les dessins des génogrammes/écocartes) ont été conservés dans un classeur sous clé et les verbatim et les données audio ont été conservés sur un disque et ont été sécurisées à l'aide d'un mot de passe. Les données sur les papiers seront détruites à l'aide d'une déchiqueteuse, et les données numériques seront effacées en utilisant un outil nommé *Effacement sécurisé* après cinq ans (Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, 2018).

Le principe de justice exige l'inclusion équitable des femmes enceintes dans la recherche. Le principe de justice stipule que personne ne doit supporter une part inéquitable des inconvénients directs de sa participation à une recherche et que personne

ne doit être injustement privé des avantages potentiels de cette participation (ÉPTC2, 2018). Dans le cas de cette étude, ce principe est garanti en sa totalité, car il s'agit précisément de permettre à une population vulnérable, telle que les adolescentes enceintes ou déjà mères et souvent marginalisées dans la recherche, de participer au développement des connaissances sur les besoins de cette population en particulier (articles 4,2 4,3 et 4,4) (ÉPTC2, 2018).

Les risques associés à la participation de ces adolescentes ont été minimaux, et l'étudiante – chercheuse s'est engagée à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réduire ces risques ou pour les pallier. Il est possible que le fait de parler de leurs expériences de la périnatalité amène des sentiments négatifs (culpabilité, tristesse) lors des entrevues individuelles. Donc, une liste de ressources disponibles dans leurs milieux de soins, selon les besoins, a été proposée aux adolescentes à la fin de l'entrevue afin d'obtenir plus de soutien, si nécessaire. Chacune des participantes a été avisée qu'elle était libre de ne pas répondre aux questions qui la rendait mal à l'aise et qu'elle pouvait se retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice (ÉPTC2, 2018; Guillemette & Berthiaume, 2015). En ce qui concerne les avantages directs pour les participantes, les adolescentes par leur contribution au projet de recherche ont eu l'opportunité de faire le point sur leur expérience de la périnatalité dans une perspective d'autonomisation (ÉPTC2, 2018; Guillemette & Berthiaume, 2015). De plus, elles ont pu exprimer de la satisfaction du fait que les résultats de cette recherche pourront aider d'autres adolescentes dans d'égales circonstances.

Résultats

Ce cinquième chapitre présente les résultats de la recherche issus de l'analyse des récits de 14 entretiens réalisés auprès des adolescentes afin de répondre aux deux questions principales de la recherche ainsi qu'aux objectifs qui en découlent. La première question de recherche est celle-ci : quelle est l'expérience de la périnatalité des adolescentes? Les objectifs sont : 1) de décrire les éléments qui intègrent l'expérience de la grossesse durant l'adolescence, telle que vécue par les adolescentes et 2) de décrire les composantes du vécu des adolescentes en tant que mère durant l'adolescence. La deuxième question de recherche, quant à elle, est la suivante : quelle est la perception des adolescentes à l'égard des IES reçues durant la période périnatale? Les objectifs poursuivis par cette question sont : 1) de spécifier les éléments perçus comme facilitants lors des IES et 2) de déterminer les obstacles à l'apprentissage lors des IES, tels que perçus par les adolescentes. Dans cette optique, ce chapitre présente d'abord les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Puis, une brève description de la réduction phénoménologique y est liée. Par la suite, les résultats sont expliqués sous forme de dimensions, de thèmes et de sous-thèmes à l'aide de certains verbatim pertinents. Enfin, l'essence du phénomène est décrite.

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes

Toutes les participantes recrutées répondaient aux critères d'inclusion. Les 14 participantes étaient âgées entre 16 et 19 ans, avec un âge moyen de 18,2 ans et une

médiane de 18 ans. La totalité des participantes (n=14) étaient de nationalité canadienne. 71,5 % (n=11) des participantes avaient une scolarité moyenne de secondaire 2 à 4, et seulement 28,5 % (n=3) avaient un diplôme d'études professionnelles. Quant à leur activité principale, 57,1 % (n= 8) rapportaient être à la maison, 28,6 % (n=4) ont mentionné travailler au moment de l'entrevue et seulement 14,3 % (n=2) sont aux études de secondaire. Aussi, 50 % (n=7) des participantes étaient des mères monoparentales, et 50 % (n=7) étaient en couple au moment de l'entrevue. Parmi les adolescentes à l'étude, 64,3 % (n=9) étaient primipares, et 35,7 % (n=5) avaient déjà un enfant âgé entre 11 mois à 2 ans. Finalement, seulement 15 % (n=2) des participantes étaient en grossesse au moment de l'entrevue, et 85 % (n=12) d'entre elles avaient déjà accouché dans la dernière semaine (Tableau 1).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=14)

Catégories	(n)	%
Âge		
Âge médian	18,2 ans	
Médiane	18 ans	
Écart type	0,86	
Nationalité		
Canadienne	14	100
État civil		
Monoparentale	7	50
En couple	7	50
Niveau de la scolarisation		
Secondaire 1	0	0
Secondaire 2	3	21,5
Secondaire 3	4	28,5
Secondaire 4	3	21,5
Secondaire 5	0	0
DEP	3	28,5

Activité principale		
À la maison	8	57,1
Étudiante	2	14,3
Au marché du travail	4	28,6
Parité		
Primipare	9	64,3
Multipare (2 grossesses)	5	35,7
État au moment de l'entrevue		
Participant en grossesse	2	15
Participant déjà accouchées (1er semaine postpartum)	12	85

Description de la réduction eidétique

L'analyse du contenu des 14 entrevues a mené à l'identification de 28 sous-thèmes, de 10 thèmes et de 4 métathèmes ou dimensions descriptives de l'essence du phénomène étudié (tableau 2). L'analyse des données a débuté avec la réduction de la composition des verbatim des 4 premières entrevues en unités de signification. Ce processus d'analyse a été effectué manuellement par l'auteure avec des codes alphanumériques, ainsi que par la directrice et la codirectrice de recherche de manière indépendante pour s'assurer de leur validité et de leur fidélité. Après la validation des similitudes et des similarités entre les unités de signification identifiées par les trois chercheuses, l'étudiante – chercheuse à procédé à la réduction du nombre total d'entretiens. Les unités de signification qui se ressemblaient ont été placées dans 28 sous-thèmes, Par la suite, ces derniers ont été regroupés dans 10 thèmes. Enfin, dans la dernière réduction, les thèmes ont été regroupés en tenant compte des concepts clés des objectifs de chaque question de recherche pour

donner lieu à quatre métathèmes ou dimensions, dont trois décrivaient l'expérience de la périnatalité; et un, les perceptions à l'égard des IES.

Les résultats de la présente étude sont donc organisés et présentés sous forme des dimensions suivantes : 1) être enceinte, 2) être mère adolescente, 3) appréciation de soutien social reçu et 4) appréciation des IES reçues. Le tableau 2 présente l'organisation des dimensions avec les thèmes et sous-thèmes qui les composent. Afin de respecter l'anonymat des participantes, leurs noms et prénoms ont été remplacés par un code alphanumérique. Certains verbatim ont été ramenés pour illustrer l'ensemble des résultats.

Tableau 2

Thèmes, sous-thèmes et dimensions

Sous thème	Thème	Dimension
1. Grossesse non planifiée 2. Être prête pour moi et le nouveau-né 3. Décision de poursuivre la grossesse	1.Prise de conscience	1.Être enceinte
4. Réaction du père de l'enfant 5. Réaction de la famille 6. Réaction des amis 7. Réaction de la communauté	2.Réactions de l'entourage	
8. Devenir adulte trop vite 9. Entre Le prévu et Le réel	3.Transition à la nouvelle réalité	2.Être mère adolescente
10. Sentiment d'autoefficacité parentale 11. Engagement	4.Perception d'être autonome	
12. Soutien affectif 13. Soutien instrumental	5.Soutien familial	3.Appréciation de soutien social reçu
14. Partage des inquiétudes 15. Conseils pratiques 16. Briser l'isolement	6.Soutien par les pairs	
17. Valeurs de non-jugement 18. Confidentialité 19. Accompagnement dans le choix 20. Orientation vers les services	7.Attitudes des soignant.e.s et intervenant.e.s	
21. Évaluation des besoins d'apprentissages 22. Partenariat de confiance	8.Intervention éducative à distance	
23. Mode prescriptif 24. Aspect médical de la grossesse 25. Aspect de soins du nouveau-né	9.Nature des interventions éducatives	4.Appréciation des IES reçues
26. Surcharge de l'information verbale 27. Information écrite inadaptée 28. Rareté de soutien à la continuité d'apprentissage	10.Obstacles à l'apprentissage	

Dimension 1. Être enceinte

Les expériences d'être enceinte durant la période d'adolescence sont décrites par les participantes en faisant référence à la prise de conscience d'avoir une grossesse et aux réactions de l'entourage.

La prise de conscience

Ce thème reflète les sentiments et réactions des adolescentes en rapport avec leurs grossesses non planifiées, la réflexion sur le fait d'être prête à assumer le rôle de mère et la prise de décision de garder la grossesse.

Grossesse non planifiée. L'arrivée soudaine d'une grossesse durant l'adolescence a été accompagnée d'une panoplie de sentiments. Toutes les participantes ont mentionné que leur grossesse n'était pas planifiée. À la suite d'un résultat positif du test de grossesse, l'adolescente peut vivre avec des émotions telles que le choc ou la peur de ne pas pouvoir y parvenir. La participante 7 dit : « Cette grossesse n'était pas planifiée, mais je savais que ça allait bien se passer. » La participante 9 mentionne : « C'était un choc parce qu'étant jeune, dans ma tête, j'avais beaucoup de choses que je voulais faire avant de devenir mère. Alors, quand j'ai su que j'étais enceinte, c'était un grand choc pour moi. » Un sentiment de ne pas y arriver était mentionné par toutes les participantes à la suite de la prise de conscience d'être enceinte. La participante 6 dit : « J'avais peur parce que je ne me sentais pas prête [...] Je suis jeune et j'avais peur de tout. »

Toutes les six adolescentes qui vivaient une grossesse pour la deuxième fois durant l'adolescence disent qu'elles ne se sentaient pas prêtes pour avoir une autre grossesse. Par exemple, la participante 12 dit : « J'ai quand même eu ma première fille à seize ans, alors avoir un autre bébé très rapproché [...] C'était trop. »

Bien que la grossesse n'ait pas été planifiée au départ, les participantes ont tenté de donner un sens à cet événement. Cette quête de sens est représentée par les perceptions des adolescentes envers leur enfant à naître. La moitié des participants ont déclaré qu'ils estimaient que l'enfant pouvait leur apporter bonheur et épanouissement dans leur vie. La participante 1 dit : « Je me dis que cela pouvait apporter du bonheur dans ma vie. » La participante 4 a mentionné : « Au fond de moi, j'ai pensé que c'est une bonne chose pour moi, j'ai ressenti qu'il pouvait être une bénédiction pour ma famille. »

Être prête pour moi et le nouveau-né. Une fois que l'adolescente a réussi à donner un sens à sa grossesse, elle entre dans une phase de réflexion pour savoir si elle est prête ou non à être mère. Cette réflexion se base sur l'autoévaluation de l'adolescente sur sa capacité personnelle de bien remplir la double responsabilité, c'est-à-dire celle de prendre soin de soi et celle de prendre soin du nouveau-né. Voici les propos de trois participantes :

Je me dis que je suis prête à cela. (Participante 1)

Je me disais : quoi faire ? Comment faire ? Et c'est ça qui m'a fait réfléchir et dire : bon, c'est ma responsabilité. C'est moi qui ai décidé d'aller en avant avec ça [...] je sens une grande responsabilité pour ce qui va venir [Pour moi et le bébé]. (Participante 3)

Ça m'a permis de réaliser dans quoi je m'embarquais et toutes les responsabilités qui viennent avec. (Participante 8)

Le sentiment d'être prête se base aussi sur l'autoévaluation concernant l'indépendance financière, la capacité de se débrouiller dans la vie au quotidien et de faire un changement comportemental nécessaire pour avoir un enfant en bonne santé. La participante 5 relate : « On travaille tous les deux et on a un bon salaire les deux et alors, c'est correct. » La participante 2 dit : « Je suis indépendante, je suis capable de subvenir à mes besoins depuis longtemps. » Mise à part l'indépendance financière, huit participantes ont mentionné qu'elles se sont senties prêtes à être mère en se basant sur leur capacité de se débrouiller. En particulier, les participantes ayant eu un parcours de vie difficile et ayant dû devenir autonomes à un très jeune âge. Pour elles, le fait de se sentir autonomes dans d'autres sphères de leur vie avant de devenir enceinte a favorisé leur sentiment d'être capables de prendre en charge leurs grossesses et leur enfant. La participante 5 mentionne : « Je n'avais pas le choix, avec le mode de vie que j'avais, je me suis rendue là. J'ai appris à me débrouiller toute seule »; et la participante 7 raconte : « Moi, je suis très autonome et je me dis que suis capable de me débrouiller toute seule avec mon bébé. » Aussi, le sentiment d'être prête se base sur l'autoévaluation personnelle de sa capacité à changer certaines habitudes de vie. Ainsi, trois participantes ont mentionné avoir arrêté de mauvaises habitudes de vie après être devenues enceintes afin de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés :

J'ai changé [...] avant, je me coupais le corps [...] j'ai arrêté ces comportements pour pouvoir garder mon bébé. (Participante 2)

Je me souviens [...] que je ne mangeais pas bien, et cela n'était pas bien pour moi et mon bébé et j'ai dû changer mon alimentation [...] alors ça m'a aidé à être en bonne santé et mon bébé aussi. (Participante 4)

J'ai arrêté de fumer. C'était dur au début, mais après c'était correct. Je l'ai fait pour lui aussi. (Participante 6)

Les résultats de cette étude démontrent que le sentiment d'être prêtes pour devenir mères, ressenti par toutes les participantes, a été un point important dans la décision de poursuivre leurs grossesses.

La décision de poursuivre la grossesse. Toutes les participantes ont déclaré connaître l'option d'interrompre la grossesse. Leurs croyances envers l'avortement, leur attachement à la grossesse et l'exemple de leur entourage ont été des points décisifs. Ainsi, treize participantes sur quatorze mentionnent qu'elles sont contre l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) :

Pour moi, je ne suis pas capable de faire l'avortement, c'est comme si j'ai tué mon enfant. Alors, c'est non pour moi. (Participante 9)
 J'avais peur aussi d'arrêter ça. J'ai réalisé rapidement à quel point ce bébé était important pour moi [...] C'était un don de Dieu et je le voyais comme ça. (Participante 8)

Seulement, une participante a exprimé avoir réfléchi à l'idée de l'IVG, mais pour elle, la grossesse était déjà avancée et elle croyait qu'il était trop tard pour la réaliser : « j'ai peut-être réfléchi un peu plus. [...] Je pensais que c'était déjà trop tard. » (Participante 13). Somme toute, toutes les participantes ont ainsi choisi de ne pas interrompre leur grossesse. Les résultats démontrent qu'aucune des participantes n'a discuté de cette possibilité avec le père de l'enfant ou de leur entourage avant de prendre elle-même la décision de poursuivre la grossesse.

L'attachement à la grossesse. Après que l'adolescente s'autoévalue comme capable d'assumer les responsabilités d'être mère, un sentiment d'attachement envers sa grossesse

commence à se développer. Pour six participantes ce sentiment d'attachement s'est développé au début de la grossesse : « J'étais sûre de vouloir avoir un bébé, alors quand j'ai su que j'étais enceinte, je ne pourrais plus être aux anges que ça... J'ai pris la décision d'avoir un bébé. » (Participante 5). « Je savais que j'allais garder mon bébé parce que je me sentais déjà attachée à lui. » (Participante 14). Pour les huit autres participantes, ce sentiment d'attachement s'est développé avec le temps. Pour elles, plus la grossesse se poursuivait, plus elles se sentaient capables d'être mères, donc elles pouvaient développer un lien affectif avec leur nouveau-né. La participante 4 mentionne : « Quand j'avais sept mois de grossesse, c'est là que j'ai commencé à m'attacher et à me faire à l'idée de ma grossesse et de mon bébé de manière positive. » La participante 6 dit : « Plus ça passait le temps, plus je m'attachais et je me sentais plus capable de continuer avec la grossesse. » Cependant, certaines circonstances comme l'expérience éprouvante lors d'une grossesse précédente empêchent le développement de l'attachement durant la grossesse. Ainsi, la participante 2, malgré qu'elle ait décidé de garder l'enfant, dit : « Je ne voulais pas m'attacher à cet enfant-là parce que je ne voulais pas avoir mal comme j'ai eu la première fois et je ne savais pas si j'allais me le faire enlever elle aussi. » Ainsi, ces résultats montrent que l'attachement envers le nouveau-né en développement ne se fait pas toujours directement après la prise de décision à ne pas interrompre la grossesse. Les sentiments tels que la peur de se faire enlever son enfant à la naissance et la capacité de se prendre en charge lors de la grossesse peuvent moduler le niveau d'attachement envers le fœtus.

Le modelage. Avoir un modèle de mère adolescente ayant bien réussi à prendre soin de son enfant et d'elle-même renforce la décision de poursuivre la grossesse. La moitié des participantes avait dans son entourage d'autres femmes qui étaient devenues enceintes dans l'adolescence. Pour la participante 8, la grossesse chez les adolescentes est une habitude dans sa famille : « Ma mère m'a eu à 19 ans, et ma grand-mère a eu ma mère à 17 ans. Dans ma famille, il y a des femmes qui ont eu leurs enfants même à 14 ans alors, c'est une habitude d'être de jeunes parents tout le gang. » La participante 12 dit : « J'ai des cousines et des amies qui sont mères jeunes. Je connais beaucoup et j'ai vu qu'elles étaient capables alors, je me disais que ça ne devrait pas être si pire. » La participante 8 raconte : « C'est sûr qu'il y a un côté familial qui a joué là-dedans. Je voyais que tous se sont bien sortis [...] C'est sûr que j'étais un peu influencée par mes parents. » Ces propos démontrent que la prise de décision de poursuivre la grossesse est fortement influencée par les expériences positives de grossesses précoces dans la famille et l'entourage des adolescentes.

Les réactions de l'entourage

Les réactions de la famille et de l'entourage sont le deuxième thème de la dimension d'être enceinte. Elle fait référence aux réactions de la famille et l'entourage après l'annonce de la grossesse.

Réaction du père de l'enfant. Selon les dires de toutes les participantes, les pères réagissent différemment à l'annonce de la grossesse. Il y a des pères qui se

déresponsabilisent de tout ce qui implique la grossesse et le nouveau-né tandis que d'autres offrent leur soutien. Voici les propos de deux participantes :

Il ne s'attendait pas à ça. Et il ne voulait pas que je continue. Il m'a demandé si j'étais prête à ça, et je lui ai dit que j'avais fait mon choix et de toute façon, on n'était pas déjà ensemble alors je savais que j'étais obligée de le garder moi seule. (Participante 1)

Il était sous le choc au début, mais malgré ça, il n'a jamais pensé à l'avortement comme une possibilité. Nous étions ensemble au début, mais maintenant nous sommes séparés. (Participante 4)

Trois participantes mentionnent que même si leurs partenaires ont manifesté du stress à la suite de l'annonce de la grossesse, ils ont quand même offert leur soutien. Voici les propos de certaines participantes :

Cette deuxième grossesse était vraiment imprévue. Il était stressé, mais il a dit, s'il est là, c'est parce qu'il devrait être là. (Participante 10)

Il était stressé lui aussi au début. Il a dit : je ne sais pas trop quoi faire avec un deuxième bébé. Après, il a dit : ce n'est pas grave, on va garder le bébé. (Participante 12)

Il était aussi surpris et stressé du fait que c'était notre deuxième enfant en si peu de temps. (Participante 14)

Cependant, certaines mères décrivaient des réactions de joie de la part du partenaire à la suite de l'annonce de la grossesse. Ces réactions ont été décrites dans un contexte où le couple essayait d'avoir un enfant ou lorsqu'il avait eu une bonne expérience avec son premier enfant. La participante 7 raconte : « On essayait d'avoir un bébé. Alors, il était content [...] Ça va faire un an que je suis avec lui. Alors, c'était une bonne chose pour lui aussi. » La participante 8 dit : « Avec le deuxième, c'est encore mieux, parce qu'on a déjà eu notre expérience comme parents et on aime ça [...] Alors, on n'était pas mal heureux d'avoir notre deuxième. »

Réaction de la famille. Comme pour les réactions du père de l'enfant, les réactions de la famille allaient de la déception à la joie. Les participantes mentionnent les propos des parents qui leur ont fait comprendre qu'ils étaient déçus. La participante 6 mentionne : « Au début, ma mère était choquée. Elle disait : ça ne va pas, tu es trop jeune ! Mais après, elle a été correcte. » D'autres participantes ont déclaré qu'en particulier, leurs pères ont réagi bien plus lors de l'annonce de la grossesse. La participante 3 mentionne : « Il était déçu de moi parce qu'il voulait un autre futur pour moi. Il dit que j'étais trop jeune et que j'ai dû en premier réfléchir et avoir fini mes études et un bon travail avant. » La participante 6 dit : « Surtout, c'était plus dur pour mon père. Il a dit que j'avais échoué ma vie et que j'avais sali sa réputation, des choses comme ça [Silence gênant]. Jusqu'à maintenant, il pense que c'était un mauvais choix. » La participante 4 raconte : « On l'a dit à mon père parce que c'était déjà évident [...] Mon père a été déçu, il était en colère et a même pleuré. »

Dans le même ordre d'idées, cinq participantes expriment que leur famille était contente et elles sentaient l'appui de leur famille en rapport avec leur intention de poursuivre la grossesse. Ainsi, la participante 7 raconte : « Ma mère me disait qu'elle a hâte de voir le bébé [...] je savais que ça allait bien se passer avec ma mère puisqu'elle et ma sœur allaient me comprendre », et la participante 13 dit : « Ils étaient contents pour moi. Ils m'ont expliqué que c'était une grosse responsabilité pour un enfant, mais ils étaient contents. » La participante 5 mentionne que l'annonce de la grossesse n'avait pas pris les parents par surprise, car il s'agissait de sa deuxième grossesse.

Réaction des amis. La plupart des participantes ont mentionné que leurs amis étaient contents lorsqu'elles leur ont annoncé qu'elles sont devenues enceintes. « Au moment que j'ai mentionné que j'étais enceinte, toutes mes amies étaient très contentes de le savoir [...] et puis dans mon entourage, il y a de jeunes mères qui sont au début de la vingtième alors, ils n'étaient pas surpris que ça. » (Participante 8). « Toutes mes amies étaient contentes. Présentement, j'ai une de mes amies qui sont proches de moi qui suis aussi en grossesse. » (Participante 13).

Cependant, deux participantes mentionnent que, même si les amies étaient contentes pour elles, certaines tenaient des propos qui faisaient comprendre leur déception. La participante 4 mentionne : « J'étais avec une amie au début quand j'ai appris que j'étais enceinte, et elle a dit qu'elle ne pouvait pas le croire. Elle était sous le choc, mais elle était contente pour moi. » La participante 9 dit : « Mes amies et moi étions trop contentes. C'est sûr que c'était un choc pour elles parce qu'on est tellement jeunes et de savoir que ton amie qui a seulement 18 ans va avoir un bébé c'est un grand choc. »

Réaction de la communauté. La majorité des participantes mentionnent avoir reçu des commentaires humiliants, notamment en raison de leur âge. Voici les propos de trois d'entre elles :

Beaucoup de gens me regardaient mal parce que j'étais jeune... quelqu'un m'a dit : pourquoi vous n'avez pas pensé à vous protéger. Vous êtes trop jeune pour être mère [...] Étant bébé, tu vas élever un autre bébé. (Participante 4)
Un jour à l'épicerie, une personne me demandait pourquoi j'étais en grossesse si jeune et je ne savais quoi lui répondre, je me sentais mal à l'aise. (Participante 5)

Quand je magasinais et une femme m'a félicité, mais quand elle a su mon âge elle m'a dit que ce n'est pas possible, pourquoi j'avais fait ça [...] elle a dit que j'allais souffrir, des commentaires comme ça. (Participante 12)

Les participantes considèrent que ces préjugés sont sans fondement, car le fait d'être une bonne mère n'a aucune relation avec l'âge maternel, mais plutôt avec le parcours de vie. La participante 2 dit : « Je crois qu'il y a des croyances comme ça encore, mais je pense que ce n'est pas parce que tu penses comme ça de jeunes filles que tout le monde est de même. » La participante 5 raconte : « On est aussi très pointées du doigt, mais on n'est pas toutes pareilles, on a différents parcours de vie. » Une des participante a vécu à la fois un jugement en raison de son âge, mais aussi du fait qu'elle n'avait pas l'appui du père de l'enfant : « Une personne a dit qu'elle trouve ça niaiseux parce que j'étais jeune, mais surtout parce que j'ai décidé de garder mon enfant sans avoir mon chum à côté. » (Participante 1).

Les participantes ont mentionné que les croyances et les jugements vécus durant la grossesse pouvaient avoir des répercussions sur l'estime de soi, car elles se sentaient blessées. La participante 4 dit : « Ce sont des commentaires inutiles parce qu'ils peuvent blesser une personne surtout une femme enceinte qui est si sensible. » La participante 2 dit : « Le jugement peut aller loin, ça peut démolir quelqu'un parce que ça peut aller trop la chercher [...] il y a des filles qui pourraient vivre leurs grossesses de façon plus négative. » (Participante 2).

En résumé, l'expérience d'être enceinte chez les participantes a été vécue comme une prise de conscience d'une grossesse non planifiée, ainsi que d'une nécessité de lui donner du sens afin de poursuivre la grossesse. L'attachement envers le nouveau-né, les réactions de l'entourage par rapport à l'annonce de la grossesse et le sentiment d'être prête, ressenti par toutes les participantes, ont été des facteurs importants dans la décision d'être une mère.

Dimension 2. Être une mère adolescente

Cette dimension comporte les expériences des douze participantes qui avaient déjà accouché au moment de l'entretien. Suivant leurs propos, la transition vers la maternité est décrite comme étant un passage dans une nouvelle réalité qui comporte plusieurs contraintes, difficultés et craintes. Les thèmes abordés sont les suivants : la transition vers leur nouvelle réalité en tant que mère adolescente ainsi que leur perception d'autonomie.

Transition à la nouvelle réalité

Ce premier thème de la dimension d'être une mère adolescente englobe le fait de devenir adulte rapidement et de composer avec les différences entre leur perception de la maternité pendant la grossesse et la réalité vécue après avoir donné naissance.

Devenir adulte trop vite. Selon le témoignage des participantes, être mère à l'adolescence implique de devenir adulte rapidement. Ce passage à l'âge adulte est représenté par une capacité à concilier les rôles d'être adolescente et d'être mère. Les

participantes expriment l'importance d'avoir confiance en soi, dans leur capacité de s'occuper de leur enfant comme élément clé de la transition vers la maternité. Selon toutes les participantes, quand on est mère à l'adolescence, sa vie change drastiquement du jour au lendemain. Un jour, on est une adolescente, et le lendemain, on doit s'adapter aux responsabilités qu'exige la maternité : « Quand tu es adolescente, tu vis dans tes affaires et tu ne penses pas trop et là tu tombes enceinte et là, c'est du sérieux et tu dis : c'est la vie d'adulte et tu deviens adulte trop vite. » (Participante 2). Une autre mère raconte : « Être une mère, c'est arrêter d'être une fille et penser comme un adulte [...] c'était dur la transition de la jeunesse à être maman. » (Participante 13).

Devenir mère vers la fin de l'adolescence demande un grand ajustement. Certaines participantes rapportent qu'elles n'étaient pas conscientes que leur vie allait changer avec une telle ampleur avant d'avoir un nouveau-né dans les bras : « Je ne savais pas que ça changeait tout comme ça [...] Ça a énormément changé ma vie. » (Participante 13). Selon les propos de deux participantes, le plus difficile de cette transition a été d'arrêter de faire les activités typiques de l'adolescence et d'arrêter de penser comme une fille pour ainsi commencer à penser comme une adulte. La participante 2 mentionne : « Tu t'es rendu à la vie d'adulte, on ne peut pas faire les choses d'avant », et la participante 9 dit : « Le fait de savoir que j'allais être mère, partir d'une fille qui voyait ses amies tout le temps et qui sortait tout le temps à devenir maman, c'est quand même un gros ajustement. » Devenir adulte trop vite lors de la grossesse durant l'adolescence veut dire être mature. La participante 12 dit : « On est de jeunes adolescentes et là d'un moment à l'autre devenir

une maman. Ça demandait comme *booster* la maturité tout de suite », et la participante 13 mentionne : « Depuis que je suis mère, je suis plus mature. » Les participantes se disent matures et font la comparaison avec le raisonnement et les actions des autres adolescentes qui vivent encore chez leurs parents. La participante 11 dit : « C'est sûr que je me sens plus mature que d'autres filles qui vivent encore chez leurs parents. Elles sont avec une autre mentalité et moi, je suis plus sérieuse, plus mature. »

Entre Le prévu et Le réel. Les mères adolescentes se sentaient non préparées aux difficultés lorsqu'il s'agissait de leur premier enfant. La participante 5 dit : « Avant [durant la grossesse], on ne pouvait pas réaliser complètement comme ça allait être. C'est difficile d'anticiper ça, surtout quand c'est ton premier bébé. » Les différences entre leur perception de la maternité pendant la grossesse et ce qu'elles ont réellement vécu dans les premiers jours après l'accouchement ont été rapportées par les participantes. La participante 8 dit : « La grossesse, c'est différent, on réalise réellement après que le bébé est là. » De leur côté, la participante 14 mentionne : « Après l'accouchement, c'est là qu'on réalise à quel point c'est difficile d'avoir des enfants. [...] Pendant la grossesse, on croit qu'on est capable, que ça va être facile, mais après la naissance, c'est plus compliqué qu'on pense. »

Cette disparité entre Le prévu et Le réel occasionne du stress chez les mères adolescentes. Les participantes rapportent plusieurs causes de stress. Une participante exprime se sentir stressée à cause de la fragilité du nouveau-né : « À la naissance, ils sont

tellement délicats que des fois, je stresse. » (Participant 2). Une autre se sent stressée en raison des pleurs de son enfant : « Des fois, je ne sais pas pourquoi il pleure et je me stresse, j'angoisse et je me demande quoi faire. » (Participant 4). Une autre est stressée par l'alimentation du nouveau-né. Deux autres sont stressées par rapport aux jugements négatifs de leur entourage ou des intervenantes. La participante 2 mentionne : « C'est à cause de la DPJ qui veut enlever ma fille et me juge que je suis plus stressée [...], et je stresse les autres »; de même la participante 4 raconte : « Ça me stresse le fait que beaucoup de gens me jugent et me regardent négativement. » Une autre mère se dit stressée à cause de son manque de connaissances dans la prise en charge du nouveau-né prématuré :

Au début, je pensais être capable, mais c'est difficile. Ma fille est prématurée, alors c'est plus compliqué et ça me stresse... si j'avais eu des informations sur les complications, je serais moins stressée maintenant. Au moins, j'aurais su ce qui se passe avec mon bébé et comment agir. Maintenant, c'est l'inconnue. [...] ça me stresse. (Participant 13)

Même si être mère durant la période d'adolescence comporte plusieurs stressseurs, d'autres expériences antérieures facilitent le processus de devenir autonome dans la prise en charge du nouveau-né et dans le choix des décisions.

Les expériences antérieures. L'expérience antérieure de la maternité est une source de confiance en soi en tant que mère. Trois mères s'expriment ainsi :

Je me sens autonome, j'ai déjà un bébé. C'est sûr que ça ne s'est pas passé si bien avec la première, mais maintenant, je suis plus confiante, je suis responsable dans les soins de ma première et ma deuxième. (Participant 10)
J'avais déjà eu l'expérience pour donner à boire et changer de couches avec ma première, avant qu'elle soit placée. (Participant 13)

J'ai déjà l'expérience avec les enfants parce que c'est mon deuxième enfant, alors je sais comment prend soin d'un bébé. (Participante 14)

En revanche, les difficultés vécues dans le passé avec l'allaitement ont influencé le choix de l'alimentation de leur deuxième enfant. Toutes les six mères ont décidé d'offrir de la préparation commerciale pour nourrisson cette fois-ci. Voici le propos d'une d'entre elles :

J'avais déjà l'expérience, seulement, que [...] avec ma première, j'ai dû lâcher l'allaitement et donner la bouteille, je ne savais pas beaucoup sur l'allaitement [...] je n'ai pas eu d'information sur ça [...] finalement, j'ai dû donner du biberon parce qu'elle perdait trop de poids et elle suçait tellement fort que j'ai saigné mes seins. Mais, j'aurais voulu l'allaiter plus longtemps. (Participante 10)

Pour les mères primipares, leurs expériences antérieures ont été limitées à l'accomplissement de certaines tâches de soins du nouveau-né, tels que changer des couches ou donner un biberon aux enfants de leur entourage. La participante 1 dit : « J'avais déjà l'expérience avec les enfants, j'ai gardé des enfants, je savais changer des couches. » (Participante 1). De son côté, la participante 5 mentionne : « J'ai de l'expérience avec des enfants, alors je sais comment prendre soin d'un bébé. » (Participante 5)

La transition vers la maternité a été un passage rapide à l'âge adulte et à la maturité. Les difficultés exprimées par les participantes renvoient avant tout à l'écart entre les attentes que les jeunes femmes avaient de la maternité pendant la grossesse et ce qu'elles

ont vécu après l'accouchement. Cependant, les expériences précédentes ainsi que la perception d'être autonome ont facilité ce passage.

Perception d'être autonome

Ce deuxième thème de la dimension de l'expérience d'être une mère adolescente englobe les perceptions des adolescentes quant à leur autonomie en tant que mères. Les résultats démontrent que huit des douze participantes se disaient autonomes dans leur rôle de mères. Elles font référence au sentiment d'autoefficacité parentale, à l'engagement dans la prise en charge du nouveau-né et à la projection pour un meilleur avenir.

Le sentiment d'autoefficacité parental. Selon les participantes, être autonome fait référence à avoir confiance dans sa capacité de prendre soin du nouveau-né et de chercher les informations en cas de besoin. Certaines mères affirmaient que malgré les défis vécus lors de la transition à la maternité, elles avaient un sentiment de confiance envers elles-mêmes : « Je me sens sûre de m'occuper toute seule de mon bébé. » (Participante 2). Une autre mère dit se sentir plus en confiance dans cette expérience par rapport à la grossesse antérieure : « Je me sens autonome, j'ai déjà un bébé [...] ça ne s'est pas passé si bien avec la première, mais maintenant je suis plus confiante. » (Participante 10). Une autre fait référence au fait qu'elle vit seule avec son enfant : « Je me sens responsable et autonome parce que c'est moi qui m'occupe totalement de mon bébé, je suis seule avec le bébé et je suis capable. » (Participante 9). Cependant, deux mères disent se sentir capables de s'occuper de leur enfant de manière partielle. Cette perception est due principalement

à l'implication de leurs parents dans la prise en charge de leurs enfants. Voici certains de leurs propos :

Je dirais que je suis autonome 7 sur 10. Je me sens capable d'être seule avec mon bébé [...], mais avec une autonomie minimale parce qu'encore mes parents me disent quoi faire. (Participant 4)

J'ai ma mère, et elle m'aide beaucoup. Parfois, je ne me sens pas totalement capable de tout faire. (Participant 7)

Bien que la plupart des jeunes mères se disent capables de s'occuper de leur enfant, parfois il est possible que la mère adolescente puisse se sentir peu sûre dans l'exécution de certaines tâches liées à la parentalité, notamment ce qui concerne l'alimentation, le bain et le sommeil du nouveau-né. Cependant, ce sentiment d'insécurité ne remet pas en cause leur sentiment d'efficacité parentale puisque la mère adolescente est en mesure de demander de l'aide ou de rechercher des informations de manière autonome, si le cas l'exige. La participante 2 raconte : « Je suis capable de prendre soin de mon enfant et si je ne me sens pas sûre j'allais chercher de l'aide, je suis capable de demander de l'aide au moins. »

Engagement. L'engagement a été défini par les participantes en tant que motivation dans des soins envers elles-mêmes et envers leur nouveau-né. Ainsi, cinq participantes jeunes mères déclarent se sentir motivées pour suivre les conseils reçus, se rendre aux contrôles ou aux suivis médicaux et demander de l'aide si cela s'avère nécessaire. La participante 8 raconte :

J'étais motivée à m'assurer que ma grossesse allait bien de mieux de ce que je peux. Par exemple, j'allais faire tous mes suivis, je m'assurais d'avoir mon logement, d'avoir toutes les nécessités pour mon bébé. Après qu'il est né,

m'assurer qu'il ne manquait rien de tout, qu'il ne soit pas malade et s'il a de la fièvre, d'aller voir le médecin ou à l'hôpital.

En somme, les participantes à l'étude ont dû faire appel à une grande capacité d'adaptation et de conciliation entre leurs rôles d'adolescentes et de mères afin de faire la transition vers cette nouvelle réalité. Cela implique pour elles un passage rapide vers la vie adulte. Malgré le fait que l'expérience d'être une mère adolescente ne s'est pas ajustée aux attentes que les adolescentes avaient de la maternité, leurs expériences antérieures ont été des éléments clés dans leur transition vers la maternité. Cependant, le sentiment d'autoefficacité parentale semble désormais indispensable afin que l'adolescente se sente efficace dans son rôle de mère.

Dimension 3 : Appréciation du soutien reçu

Les participantes étaient également appelées à décrire leur appréciation du soutien reçu pendant la période périnatale. Les trois thèmes qui couvrent cette dimension se basent sur l'appréciation du soutien familial, du personnel soignant et de leurs pairs.

Le soutien familial

Le premier thème concerne l'appréciation du soutien familial reçu. Les adolescentes enceintes et les mères adolescentes ont mentionné avoir surtout reçu du soutien émotionnel ou affectif et aussi instrumental de la part de leur famille.

Soutien affectif. Les adolescentes enceintes participantes rapportent le soutien en termes d'encouragements ou de réconfort. Pour elles, le soutien de leur famille a été un élément déterminant pour la poursuite de la grossesse. Voici les propos de deux mères :

Je crois que ça a influencé à que je garde mon bébé. C'est sûr que si je n'avais pas l'aide de ma mère et de la famille de mon chum, ça aurait été la catastrophe. (Participante 9)

J'étais indécise, vu ce qui avait passé avec ma première et ils ont dit : là tu vas avoir un autre enfant, tu vas te battre pour l'avoir avec toi, tu vas être prête, de choses comme ça [...] S'il n'y a pas de monde qui m'entoure, je ne serai pas prête. (Participante 2)

En ce qui concerne les mères adolescentes, leurs propos laissent entrevoir que malgré la perception d'autonomie dans leur rôle parental, elles ont encore besoin de conseils, d'informations et aussi d'être rassurées et encouragées sur leur façon de faire en tant que mères. En effet, la majorité des participantes rapportent avoir reçu davantage de soutien, car leurs mères avaient vécu la même expérience. Voici les propos de deux d'entre elles :

Je sens que c'est important l'appui de la mère pour exemple, parce qu'elle a déjà passé par ça. (Participante 3)

Ma mère était très compréhensive parce qu'elle est également tombée enceinte à quatorze ans. (Participante 4)

Le soutien affectif de la famille est présent surtout dans les moments où les mères adolescentes se sentent avoir atteint leurs limites. La participante 4 dit : « Ils prennent le relais quand je suis fatiguée ou que je n'en peux plus [...] on est plus détendu parce que je sais que j'ai ma mère ou mon père peuvent m'aider. » De même, la participante 6 mentionne : « Ça m'est déjà arrivé d'être à bout, et ma mère vient et m'aide. Sans aide [...], j'aurais plus de difficulté moi seule. »

Soutien instrumental. Ce soutien fait référence aux soins du nouveau-né, les déplacements et l'aide financière. Toutes les adolescentes enceintes participantes ont mentionné le soutien instrumental en termes de l'aide au transport pour aller faire des achats ou aller aux rendez-vous médicaux. La participante 2 mentionne : « C'est elle (mère) qui m'accompagne parce qu'elle me fait le transport », et la participante 4 raconte : « J'allais avec ma mère pour mes rendez-vous avec le médecin [...], je n'ai pas de voiture. » Même si les participantes n'ont pas mentionné l'hébergement comme un élément du soutien instrumental, cinq participantes vivaient avec leurs parents au moment de l'entrevue. L'une entre d'elles est une adolescente enceinte, et les quatre autres sont des mères adolescentes. La participante 4 trouve que ses parents doivent l'héberger parce qu'elle est encore mineure. Elle dit : « C'est parce que nous sommes mineures et que nos parents sont toujours responsables de nous que nous continuons à vivre avec eux. »

Toutes les mères adolescentes expriment aussi que leurs mères les soutiennent en leur montrant certaines techniques de soins du nouveau-né comme le bain, le changement de couches ou encore la façon de le nourrir : « C'est ma mère qui m'aide avec certaines tâches, elle me dit comment faire [...] Elle voit quand je suis mal à l'aise et elle me dit : mais essaie de la faire comme ça et ça fonctionne. » (Participante 2). En plus du soutien pour les soins, leurs familles offrent aussi du gardiennage aux jeunes mères : « C'est ma mère qui me dit quoi faire ou pas pour le bébé [...] Elle me montre comment le faire, et des fois, c'est elle qui le fait. » (Participante 11). La cohabitation des participantes avec

leurs parents explique en partie le soutien des parents pour que la jeune mère se repose. La participante 6 mentionne : « Comme je vis avec mes parents, ma mère prend le bébé et me dit d'aller me coucher et elle prend soin du bébé pendant que je dors les nuits. Comme c'est un biberon, elle peut le donner. »

Toutes les participantes rapportent que leurs familles les avaient soutenues financièrement, en particulier pendant la grossesse ou jusqu'à ce qu'elles aient pu obtenir les allocations du programme gouvernemental d'aide sociale. Voici les propos de la participante 4 : « Économiquement, pendant la grossesse, ils m'ont pris en charge jusqu'à ce que je reçoive l'argent du gouvernement. » De plus, la participante 6 dit : « Pour la partie argent, c'est ma mère qui m'aide, et ils sont en train de m'aider pour avoir l'aide sociale. » Enfin, une jeune maman avoue qu'elle n'a rien dépensé jusqu'à présent par rapport à ses soins pendant la grossesse ou à ceux de son bébé : « Jusqu'à maintenant, moi et mon chum, on n'a pas eu besoin de payer quoi que ce soit pour moi ou le bébé. Par exemple, durant ma grossesse, on n'a rien dépensé. C'est nos parents qui payent tout. » (Participante 9). Cependant, pour certaines participantes, il était normal que leurs parents assument la responsabilité financière d'elles et de leurs nouveau-nés. La participante 11 mentionne : « Ils ont toujours payé pour mes affaires, alors c'est comme normal pour moi [...] je ne travaille pas, alors je ne peux pas payer mes choses ou celles du bébé. » Cependant, d'autres participantes se sentaient mal de ne pas être autonomes financièrement et de devoir se tourner vers leurs parents pour couvrir leurs dépenses. La participante 6 en a fait mention : « Je me sens mal que ma mère doit payer [...] maintenant

que j'ai mon bébé, je me dis que c'est dur parce que je suis consciente que c'est ma mère qui a dû payer pour tout. »

Le soutien par les paires.

Dans le deuxième thème, douze participantes mentionnent l'importance du soutien par les paires dans leur expérience de la périnatalité. Pour les participantes, l'échange de leurs expériences et de leurs inquiétudes avec d'autres adolescentes leur permet non seulement de donner et de recevoir des conseils pratiques pour prendre soin du nouveau-né, mais aussi de briser l'isolement.

Partage des inquiétudes. Pour les adolescentes, parler avec une personne de leur âge leur permet de comprendre des situations, des émotions et des préoccupations typiques d'une grossesse à l'adolescence dans un climat d'entraide, de confiance et sans préjugés. Une adolescente enceinte raconte : « Parler de choses qu'on vit et qu'on ressent. » (Participante 10). Ce partage facilite également auprès des adolescentes enceintes et déjà mères l'expression de leurs peurs et de leurs inquiétudes ainsi que la normalisation de certains sentiments. Voici les propos de deux jeunes :

Cela m'aide dans le sens que je savais que je n'étais pas l'unique à me sentir du même, ça me faisait du bien de savoir que le stress et tout ce que je vivais c'est normal en quelque sorte et que d'autres mères ont vécu le même et de voir aussi qu'on pourrait passer à travers. (Participante 9)

Il a eu des situations où elles avaient besoin de parler et moi aussi, de partager les expériences [...] surtout du côté émotionnel. Ça m'aide à réaliser comme ça allait être difficile sur la morale [...] en plus, on se sent moins jugées. (Participante 8)

Les préoccupations concernant l'accouchement ont été l'un des sujets les plus discutés avec les autres mères. Voici les propos d'une adolescente enceinte : « J'avais peur pour l'accouchement, les contractions, la douleur [...]; tout le monde à qui j'ai parlé m'a dit que ça va bien aller alors ça me donnait plus de confiance. » (Participante 10). De leur côté les mères adolescentes disent : « On parlait [...] des peurs sur l'accouchement. Avec des personnes de mon âge, c'est plus facile parce qu'on se comprend mieux. » (Participante 13).

Conseils pratiques. En plus d'exprimer leurs peurs et leurs inquiétudes, l'interaction avec d'autres jeunes leur permet de partager des informations adaptées à leur contexte et à leur âge. En effet, toutes les mères adolescentes ont mentionné que les groupes de soutien par les paires étaient une source importante de conseils sur la grossesse : « C'est toujours bon de parler à des mamans qui sont déjà passées par là et qui sont capables de nous donner des tips sur la grossesse. On se partage beaucoup de commentaires et de conseils. » (Participante 9). « Les conseils de la famille, on les a; mais parfois, ce n'est pas suffisant [...], alors que de jeunes mamans avec de jeunes enfants, c'est mieux. » (Participante 12)

Briser l'isolement. Pour douze des participantes, partager leurs expériences, leurs émotions et leurs conseils avec d'autres jeunes de leur âge leur a permis de briser l'isolement. Selon les propos des mères adolescentes, partager leurs expériences avec d'autres jeunes femmes leur permet de prendre conscience du fait qu'elles ne sont pas les

seules à vivre cette situation. La participante 2 dit : « Je me sens mieux d'écouter d'autres filles comme moi et de savoir s'il y a d'autres filles qui ont passé la même chose que moi. Je ne suis pas seule avec mes pensées », et la participante 9 mentionne : « C'est bien de parler avec quelqu'un qui a déjà passé par là et de ne pas rester seule à la maison. »

Un sentiment de proximité a été perçu par les participantes lors de leurs échanges virtuels avec d'autres adolescentes. Il est alors possible d'en déduire qu'un climat d'entraide peut briser la barrière de la distance. Une des mères adolescentes a déclaré ceci : « Je me sens vraiment entourée même si elles sont loin. » (Participante 6). Ainsi, le soutien des paires favorise la perception d'efficacité personnelle des mères adolescentes. En regardant les exemples de vie d'autres jeunes, les participantes se disent plus motivées et plus confiantes en soi dans leur capacité d'agir.

La participante 9 dit : « Si on parle à d'autres filles et on voit qu'elles sont capables. Mais, on sent que nous aussi, on peut être capable », et une autre mère mentionne :

Malgré les difficultés, on peut voir qu'elles se sont adaptées petit à petit. Alors, ça, c'est encourageant. Ça m'a aidé à me motiver et à voir le bon côté des choses malgré tout et à ne pas me concentrer trop sur le négatif. (Participante 8)

Attitudes des soignant.e.s et intervenant.e.s

Le dernier thème de la dimension sur le soutien reçu englobe les attitudes perçues des soignant.e.s et des intervenant.e.s par les participantes. D'abord, il est nécessaire de décrire les caractéristiques des intervenants. Le nombre et le type d'intervenants varient

selon la situation particulière de chaque jeune. Les intervenant.e.s qui sont signalés par les participants sont les suivants : le médecin, l'infirmière, la travailleuse sociale, la nutritionniste et les intervenants de la DPJ. Pour ces derniers, il n'y a pas de précision quant au titre d'emploi, et ils seront nommés, dans le cadre de cette étude, comme intervenant.e.s de la DPJ. Toutes les participantes enceintes ou déjà mères ont exprimé la présence d'un médecin dans leur suivi. Concernant la présence de l'infirmière, les deux adolescentes enceintes et cinq des mères adolescentes ont déclaré avoir bénéficié des services d'une infirmière pendant leur grossesse. Cela indique que seulement 50 % des participantes ont reçu ce type de service pendant la grossesse. Cependant, toutes les participantes qui sont déjà mères ont déclaré avoir reçu les services d'une infirmière pendant l'accouchement et le postnatal immédiat. Aussi, il est important de mentionner que seulement l'une des mères adolescentes a bénéficié de la visite à domicile d'une infirmière en période postnatale. Cinq des participantes ont rencontré la travailleuse sociale et la nutritionniste, et quatre ont rencontré les intervenant.e.s de la DPJ. Selon les participantes, la plus grande partie du soutien reçu du personnel soignant est axé sur l'orientation vers les services et sur l'accompagnement dans la prise de décision. Les propos de quatre participantes portent principalement sur les valeurs de non-jugement et de confidentialité.

Valeur de non-jugement. Le non-jugement est une qualité essentielle pour un climat de confiance dans la relation entre les professionnels de la santé et les adolescentes. Seulement quatre des quatorze participantes ont rapporté de la valeur de non-jugement de

la part du personnel soignant à leur égard. Les deux adolescentes enceintes et deux des mères adolescentes rapportent que les soignant.e.s étaient corrects. L'une d'entre elles précise qu'il est possible que les soignant.e.s soient déjà habitués à rencontrer des adolescentes enceintes : «Après tout ce qu'ils ont vu de toutes les couleurs, me voir comme ça enceinte, ne les faisaient pas grand-chose.» (Participant 5) Par contre, trois quarts des mères participantes racontent leur expérience de jugement de la part des soignants.e.s :

À l'hôpital [...], ils se demandaient pourquoi j'étais enceinte si jeune [...] Le personnel pensait qu'on a détruit sa vie à cause d'être mère si jeune. (Participant 4)

Le personnel de la DPJ me jugeait que parce que je suis jeune, je n'étais pas capable de m'occuper de mon enfant. (Participant 12)

L'âge n'était pas la seule raison des préjugés. D'autres mères se sont senties jugées en raison de leurs antécédents de santé ou des expériences de maternité antérieures. Par exemple, deux mères participantes qui avaient des antécédents de santé mentale et de consommation de la drogue se sentaient jugées d'être enceintes avec leur antécédent. Ainsi, deux mères racontent : « Il y a tellement de jugements parce qu'ils voient seulement ton passé, et même si tu fais différent maintenant, ils ne voient pas ça. » (Participant 2) « Parce que j'ai eu des problèmes de santé mentale avant [...] la DPJ me jugeait [...] Même si je fais les choses bien maintenant, ils me jugent. » (Participant 12) Une autre mère mentionne que non seulement elle a subi des préjugés de la part des soignant.e.s, sa famille a également été la cible de commentaires négatifs. Elle dit :

Il avait beaucoup de jugement [...] elles me disaient : comment tu peux vivre comme ça [...] elles me jugeaient moi et mes parents [...] elles me disaient que je ne serais pas capable d'arriver [...] que même ma mère avait la misère

pour prendre en charge ses enfants, alors moi, je serai pire [...] elles ne voulaient pas me donner la chance de me voir en action, elles ont simplement déjà jugé que j'étais incapable. (Participante 8)

Ces participantes considèrent que les commentaires désobligeants des soignant.e.s ont une influence majeure sur leur sentiment d'être une bonne mère. Trois mères racontent :

C'était décourageant, à un moment donné, on pense que ça pourrait être vrai. Alors, au lieu de t'aider pour être une mère responsable, ils te jugent déjà. (Participante 6)

Je me suis sentie blessée, et à un moment donné, alors moi aussi, j'ai pensé que peut-être je ne serais pas une bonne maman. (Participante 8)

Écouter les commentaires du même, ça détruit ton estime comme mère. (Participante 14)

Confidentialité. Trois des mères adolescentes évoquent le manque de confidentialité de certains intervenant.e.s. Elles estiment que ces intervenant.e.s leur manquaient de respect en publiant des informations qu'elles croyaient garder confidentielles. Voici les propos d'une entre elles :

Je trouve que la DPJ ne respecte pas mes droits et la confidentialité [...] c'est à cause que dans ma première grossesse, j'étais dans les grosses drogues, mais ça fait un an que je suis sortie du dedans [...] la confidentialité, ils ne l'ont pas respecté. Je n'ai aucune confiance parce que chaque fois que j'avais confié, là ils m'ont laissé tomber [...], maintenant je ne suis pas capable de faire confiance aux adultes. (Participante 2)

Une autre mère participante mentionne un abus de confiance quant au consentement éclairé. La participante dit avoir signé des documents pensant que c'était pour l'aider, mais qu'en réalité c'est le contraire qui s'est produit :

C'est surtout la confidentialité et le respect. Par exemple, on va signer des autorisations sans savoir c'est quoi [...] tu penses que si tu collabores, ça va donner de positive, mais ça donne du négatif. (Participante 12)

Accompagnement dans les choix. Les commentaires de toutes participantes sur l'accompagnement dans la prise de décision sont variés. Dix des participantes estiment que le personnel soignant ne les laissait pas décider, et au lieu de favoriser leur autonomie, il se contente de donner des ordres : « Ils me disaient quoi faire, alors je n'ai pas trop décidé. [...] C'est comme si j'étais encore une fille et que je devrais obéir [...] ils pensent, que je ne suis pas capable de choisir. » (Participante 2). Une des adolescentes enceintes témoigne : « Avec la gynécologue, je me suis sentie comme ça. Des fois, c'est comme si elle me donnait des ordres et elle ne me demandait pas si j'étais d'accord. » (Participante 3). D'autres mères participantes mentionnent qu'elles suivent les directives du personnel sans tenir compte de ce qu'elles préféreraient :

On sent qu'on ne peut pas décider parce que même si on l'a fait, elles ne vont pas le tenir en compte. Je crois qu'elles pensent que c'est parce que tu es une adolescente et que tu vives chez tes parents, tu es une incapable. (Participante 9)

En revanche, deux mères adolescentes expriment une autonomie dans la prise de décision, notamment en ce qui concerne le type d'alimentation du nouveau-né. Les commentaires de ces mères démontrent que dans ces cas, le personnel soignant les a accompagnées et a respecté leur décision. Voici leurs propos : « C'est moi qui choisis [...] j'ai décidé donner du biberon et aussi parce que je voulais fumer après l'accouchement. » (Participante 6). « J'avais lu un peu sur l'allaitement. Mais je ne me sentais pas à l'aise, et ils m'ont accompagnée et ont respecté ma décision [...] j'avais déjà fait le choix. »

(Participante 13). Trois mères mentionnent que même si la plupart du temps, le personnel leur donnait des directives, elles avaient la possibilité de décider de les suivre ou non.

Selon leurs dires, ce sont elles qui décident en fin de compte. Voici leurs propos :

On dirait qu'ils ne sont pas tout le temps d'accord avec ce que je fais, mais c'est moi qui choisis. (Participante 1)

C'est sûr que la plupart du temps, le médecin et l'infirmière te disent quoi faire, mais c'est toi qui décides à la fin quoi faire avec ta santé et ton bébé. (Participante 5)

Ils me donnaient des directives, mais je sens qu'ils voyaient que j'étais prête à faire de choses, et ils me disaient quoi faire [...] à la fin je le faisais si je voulais. (Participante 8)

Orientation vers les services. En plus des attitudes nommées précédemment, la plupart des participantes considèrent que le personnel soignant a su les orienter vers les services sociaux ou de santé selon leurs besoins de façon pertinente. Voici le témoignage de deux d'entre elles :

Ce qui m'aide le plus c'est quand j'ai demandé de l'aide pour mes problèmes de consommation. C'est ça qui a bougé, ça m'a aidé et depuis je suis suivie avec mon intervenante en toxico, et ça va bien. (Participante 2)

Je sens qu'ils essaient de m'aligner sur les services. Je trouve que c'était bien... il y a mon médecin qui m'a aidé pour rentrer au programme SIPPE. (Participante 8)

Les participantes ont mentionné qu'il est nécessaire d'obtenir davantage de soutien émotionnel et d'accompagnement dans la préparation pour l'arrivée du nouveau-né. Une des adolescentes enceintes dit :

Si j'avais eu plus de soutien psychologique, je n'aurais pas eu la DPJ, et ma fille serait correcte. Alors, ils ne devraient pas négliger la partie émotionnelle pour éviter le plus possible la dépression postpartum [...] j'ai passé si près. (Participante 10)

Dimension 4. Appréciation des IES reçues

Cette dimension réunit les expériences vécues par les participantes lors des interventions éducatives à distance et l'influence de celles-ci dans la gestion de leurs grossesses et dans leur préparation pour accueillir leurs nouveau-nés. De plus, elle explore les obstacles à l'apprentissage vécus par les adolescentes.

Interventions éducatives à distance.

Le premier thème de cette dimension décrit les interventions éducatives à distance et les difficultés perçues de ce type d'intervention par les participantes. En raison du confinement, dû à la pandémie mondiale de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), de nombreuses interventions sanitaires en personne ont été limitées, voire nulles. Ce fait a influencé la façon dont les jeunes perçoivent les IES reçues. Notamment, les participantes décrivaient le manque de pertinence dans l'évaluation de leurs besoins d'apprentissage et la difficulté à établir une relation de partenariat et de confiance envers les soignants lors des IES durant la grossesse.

Évaluation des besoins d'apprentissage. La plupart des interventions éducatives et de suivi durant la grossesse ont été faites par téléphone, ce fait a rendu difficile l'évaluation des besoins d'apprentissage des adolescentes enceintes sur les questions liées à la grossesse et aux soins du nouveau-né. Voici certains de leurs propos :

Elle me donnait les informations par téléphone simplement, à cause du COVID parce qu'elle ne pouvait pas venir en personne [...] elle ne m'a pas demandé ça [besoins]. (Participante 1)

Quand je suis tombée enceinte, on était dans le confinement, alors techniquement quand on a demandé des services au CLSC [...] ils ne m'ont offert aucun service que je sache [...] C'était sur place avec le médecin seulement pour les échographies, mais l'infirmière du CLSC était par téléphone [...] et on ne parlait pas beaucoup. (Participante 5)

Je ne sortais pas beaucoup parce qu'on était confinés. Alors, c'était par téléphone [...] je n'ai pas eu beaucoup de contact avec ma gynécologue [...] c'est correct pour les soins, mais ils ne m'ont jamais posé d'autres questions [besoins]. (Participante 6)

Partenariat de confiance lors des IES. À cause de ce qui précède, dix des participantes ont exprimé des sentiments de méfiance en raison des attitudes et des comportements teintés de préjugés des soignant.e.s., parmi eux, les médecins, les infirmières et les intervenant.e.s de la DPJ. Cela a conduit les adolescentes enceintes à craindre d'aborder des sujets sensibles, mais perçus comme importants pour elles. Deux mères adolescentes racontent :

Je n'ai pas beaucoup de confiance envers eux parce que c'était la première fois que je les voyais, et je ne les connaissais pas en personne [...] ils n'ont rien demandé sur la partie émotionnelle, je ne voulais pas lui dire comment je me sentais et c'est ce que je pensais. Je ne me sentais pas confortable. (Participante 4)

La première fois que j'étais avec le médecin, j'avais trop peur que je n'aie pas vraiment parlé. Je n'avais pas confiance. (Participante 6)

Nature des interventions éducatives

Le deuxième thème de la dimension sur la perception des IES reçues englobe la description de la nature desdites interventions. Treize participantes sur quatorze rapportent notamment que les sujets éducatifs portent sur l'aspect médical de la grossesse tels que la prise de signes vitaux, la prise des examens paracliniques, le contrôle du poids, entre autres.

Mode prescriptif. Toutes les participantes ont la perception que les IES sont des directives ou des instructions à suivre uniquement : « Avec la gynécologue, je me suis sentie comme ça. C'est comme si elle me donnait des ordres et qu'elle ne me demandait pas si j'étais d'accord ou non ou qu'est-ce que je pense de cela. » (Participante 3). De la même manière, toutes les mères adolescentes ont les mêmes perceptions. Voici le récit de deux d'entre elles :

Ils me disent, c'est quoi qu'on doive faire et c'est tout [...] J'essaie d'assimiler la situation. C'est stressant [...] Il y a un manque sur la partie émotionnelle parce que quand tu es jeune et que tu essaies de faire le mieux que tu peux [...] tu as besoin de soutien pour te dire que tout va bien. (Participante 8)

Ils ne me posaient pas de questions pour savoir si je suis bien émotionnellement ou économiquement non seul physiquement [...] il faut préparer plus la maman pour l'arrivée du bébé, ce n'est pas seulement nous donner l'information nécessaire et nous laisser du même. (Participante 9)

Aspect médical de la grossesse. Treize sur quatorze des participantes décrivent des interventions notamment sur l'aspect médical de la grossesse. Pour elles, les IES visaient à garantir uniquement la santé physique maternelle et fœtale. Voici le récit d'une adolescente enceinte :

Pour ma grossesse oui, mais sur la partie personnelle non. Personne ne m'a dit rien, c'est comme des examens de sang, seulement pour voir que moi et le bébé allons bien c'est tout. Je vais seulement à la clinique [...] pour les médicaments et les échographies. (Participante 3)

De leur côté, deux mères racontaient : « J'ai eu un suivi médical si serré chaque deux semaines à cause de mon problème de toxicomanie [prise de sang], mais ils ont suivi surtout la grossesse. » (Participante 2). « Juste la partie médicale pour s'assurer que j'étais

correcte à cause des deux grossesses antérieures, j'avais des risques d'accouchement prématuré ou d'avortement [...] seulement des examens de routine et médicaments. » (Participante 13). Toutes les mères adolescentes n'ont pas mentionné les interventions axées sur la promotion de leur autonomie ou en relation avec leurs besoins émotionnels.

Aspects de soins du nouveau-né. Il y a eu peu de commentaires sur les interventions éducatives axées sur les soins du nouveau-né durant la grossesse. La plupart des commentaires des participantes font comprendre qu'il y a une lacune à cet égard. « Ils ont vérifié si la grossesse allait bien. Ils n'ont jamais demandé si je savais comment laver le bébé ou l'alimenter; » (Participante 4) « Pas de soutien et de conseils de comment gérer un enfant. Je pense qu'il devrait avoir un meilleur suivi de ce côté-là; » (Participante 8). « Chaque fois que je la voyais, c'était rapidement fait et on n'avait pas le temps de parler vraiment. On n'a jamais parlé des soins du bébé. » (Participante 9). Cependant, toutes les mères participantes affirment avoir bénéficié d'interventions éducatives sur les soins du nouveau-né et l'allaitement pendant leur séjour à l'hôpital pendant deux ou trois jours après l'accouchement. Notamment, cinq participantes ont apprécié les IES des infirmières, reçues durant la période postnatale. Voici les propos de deux d'entre elles :

L'infirmière à l'hôpital m'a beaucoup informée sur le bébé, et il avait des choses dans lesquelles je n'étais pas si sûre, et je lui demandais et elle me répondait. (Participante 1)

J'ai reçu beaucoup d'aide des infirmières à l'hôpital [...] Elles demandent si tu veux allaiter ou pas pour te donner des trucs. Elles m'ont donné des conseils pour les soins et l'allaitement pour que ce soit correct. (Participante 10)

Il est à noter que bien que les mères aient apprécié le soutien et l'éducation reçus durant la période postnatale à l'hôpital, cette aide aurait été plus pertinente si elle avait été reçue pendant la grossesse. L'une des mères adolescentes dit : « Je ne savais pas comment mettre mon bébé au sein correctement [...] pour les hormones qui me font pleurer non plus [...], les infirmières m'ont aidée beaucoup, mais j'aurais voulu le savoir avant l'accouchement. » (Participante 4) Une autre mentionne que les difficultés d'allaitement auraient été moins probables si elle s'était préparée à l'avance : « Les infirmières à l'hôpital m'ont beaucoup aidée [...] pour les soins, mais surtout l'allaitement [...] C'est sûr que j'aurais eu moins de difficultés si j'avais pratiqué avant. » (Participante 5). Finalement, dans certaine mesure, il a été noté que les mères adolescentes préfèrent parler de cet aspect avec leur mère ou leurs pairs plutôt qu'avec les soignant.e.s. Une mère adolescente raconte : « Je parle toujours avec ma mère et je le demande à elle ou à ma belle-mère. C'est sûr que si je dois choisir de parler avec quelqu'un je vais choisir de parler avec ma mère et non une infirmière. » (Participante 8).

Les obstacles à l'apprentissage.

Le dernier thème englobe les obstacles à l'apprentissage vécus par les participantes lors des IES. Aux dires des mères adolescentes participantes, les principaux obstacles rencontrés lors de leur apprentissage étaient reliés à : une surcharge d'informations verbales reçues lors des IES et des informations non adaptées à leur âge, à leur niveau de littératie ou à leurs besoins spécifiques. Enfin, elles ont fait référence au manque de suivi des soignant.e.s. tels que le médecin ou l'infirmière à long terme de l'apprentissage.

Surcharge de l'information verbale. Neuf des participantes trouvent que l'information reçue lors du séjour à l'hôpital après l'accouchement change d'une infirmière à l'autre. Cela fait qu'elles se sentent surchargées d'informations contradictoires et confuses au moment de décider laquelle de toutes les informations reçues est correcte. Voici les propos de deux d'entre elles :

Le problème est qu'une infirmière dit une chose et un autre dit une autre chose, et je suis mêlée [...] à la fin, je ne sais pas si je le fais bien ou non.
(Participante 2)

L'information était contradictoire entre les infirmières qui ont pris soin de moi [...] on a beaucoup d'informations, mais on ne sait pas laquelle est correcte.
(Participante 14)

Information écrite inadaptée. Comme pour les informations verbales, toutes les participantes trouvent que les informations écrites prêtaient à confusion ou n'étaient pas claires. Notamment, les mères adolescentes faisaient référence au livre guide *mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, qui est donné gratuitement à toute femme enceinte au Québec, ou aux sites Web officiels ou non disponibles actuellement :

« Je trouve qu'il y a beaucoup d'informations mélangeant sur Internet et dans *le mieux vivre*, il y a des informations pas claires. C'est comme on cherche de l'information sur le livre et on n'a pas la réponse, alors on va sur Internet, et il y a beaucoup d'informations [...], des fois, ce n'est pas adapté pour une jeune mère. (Participante 8)

En plus de ce qui précède, huit des participantes ont remarqué qu'elles n'avaient pas eu de soutien de la part du médecin ou des infirmières durant la grossesse et après le retour à la maison pour la recherche des informations correctes ou pour les aider à clarifier des

informations qu'elles trouvaient complexes sur le livre ou les sites Web. Voici les propos de deux mères adolescentes :

On ne sait pas où regarder ou comment regarder l'information, et il manque du soutien [...] c'est comme avoir l'information, mais on ne sait pas quoi faire avec elle ou comment savoir si les commentaires ou les informations sont fiables. (Participante 8)

Le livre qu'ils donnent en grossesse ne semble pas attrayant, la même chose pour les brochures qui m'ont donné à l'hôpital [...] parfois on avait des questions, mais on n'avait personne à qui les poser. (Participante 4)

Toutes les participantes perçoivent que l'information écrite n'est pas adaptée à leur âge ou à leur niveau de littératie en santé. Pour elles, l'information disponible est trop difficile à lire et/ou à comprendre : « Des informations plus faciles. Des fois, on ne sait pas par où commencer [...] il y a certains mots qui sont gros ou difficiles. On pourrait les changer pour des mots plus simples. » (Participante 3). De plus, selon les propos des participantes, les outils pédagogiques actuels ne prennent pas en compte le mode de vie des adolescentes. Dans ce sens, proposer de l'information sous forme de livre ou de brochure à une adolescente ne semble pas pertinent si on a plutôt en tête qu'elles préfèrent utiliser les nouvelles technologies, telles que les téléphones cellulaires intelligents : « Nous, les jeunes, ne sommes pas du genre d'aller lire les livres, on est tout le temps sur nos cellulaires. Des fois, lire les livres, c'est comme si on faisait un devoir genre. » (Participante 9).

Enfin, toutes les participantes, autant les adolescentes enceintes que les mères adolescentes, a insisté sur le fait qu'elle préfère chercher l'information sur l'Internet plutôt

que dans les livres ou brochures disponibles. Deux mères adolescentes se manifestent ainsi :

Tout ce que je sais sur l'accouchement, allaitement et comme je prends soin de moi après l'accouchement, j'allais voir sur l'internet. Je dirais que le livre, je l'ai utilisé à 20 % ; le reste, c'est sûr de pages Web. (Participante 9)

Ça m'a appris beaucoup de choses (sur l'internet). Tout au long de ma grossesse, j'allais m'informer sur le développement de l'enfant et de soins de l'enfant. J'ai beaucoup appris. (Participante 13)

D'autres affirmaient que les outils visuels ou les vidéos étaient plus faciles à comprendre pour elles. La participante 1 dit : « Je cherchais de l'information sur Internet [...] surtout de vidéos parce que ça renseigne beaucoup », et la participante 6 mentionne : « Les vidéos, je trouve qu'ils sont très aidants. Par exemple, les exercices pour l'accouchement sont plus faciles à apprendre avec les vidéos qu'avec le livre. » (Participante 6).

Rareté de soutien à la continuité d'apprentissage. Les participantes mentionnent que l'un des principaux obstacles à l'apprentissage des compétences maternelles était le manque de soutien de la part des soignant.e.s à long terme durant la période postnatale après le retour à la maison. Selon les propos des mères adolescentes, le suivi des infirmières à domicile ainsi que les IES sont axés sur l'aspect médical de la santé maternelle et infantile dans leurs premiers mois de vie, par exemple sur : l'involution utérine, les saignements, la présence d'infection ou non, le poids de l'enfant, la présence d'ictère néonatal, entre autres. Par contre, dans le récit de participantes rien n'a été mentionné quant aux IES axées sur la validation ou le renforcement des apprentissages reçus durant

la grossesse notamment sur l'alimentation et soins du nouveau-né. Voici les propos de deux mères :

Ils viennent vérifier que moi et le bébé, on est corrects [...] mes saignements [...] Ils prennent son poids c'est tout. (Participante 2)

Ils vont venir à la maison pour peser le bébé et voir qu'il n'a pas de jaunisse ou infection et que moi non plus. (Participante 14)

Une participante exprimait le manque de suivi à domicile de la part des infirmières pour subvenir aux besoins de sa fille prématurée et sur sa relation de couple :

Je n'avais pas reçu vraiment de l'information avant de savoir comment ça allait se passer. Déjà ma fille était prématurée, et c'était difficile de la nourrir, la vêtir et surtout elle pleurait trop et ne dormait pas beaucoup, alors j'étais fatiguée. Des fois, je ne savais pas quoi faire, j'étais en colère parce qu'elle pleurait et je n'étais pas capable de la calmer. On ne dormait pas, et mon chum non plus. Alors, on se chicanait beaucoup et on n'avait pas de l'aide de personne pour nous dire : [...] vous pouvez faire ça ou de cette façon. (Participante 12)

En résumé, les mères adolescentes aimeraient être plus soutenues de soignants.e.s à la maison après l'accouchement et à long terme. Elles cherchent du soutien afin de se sentir plus autonomes pour subvenir aux besoins de leurs nouveau-nés, notamment lorsqu'elles sont seules.

L'essence du phénomène

À la suite de l'analyse des 28 sous-thèmes, 10 thèmes et 4 dimensions, l'essentiel des résultats est maintenant réduit à 2 énoncés ou essences décrivant le phénomène étudié et répondant le mieux à chaque question de recherche.

Premièrement, l'expérience périnatale à l'adolescence est décrite comme la transition d'une adolescente enceinte à une mère adolescente. Chacune des étapes de cette transition est vécue avec des sentiments et des défis différents. Être une adolescente enceinte est décrite alors comme la prise de conscience d'avoir une grossesse non planifiée, nécessitant une réflexion sur le fait d'être prête à assumer le rôle de mère et sur la décision de poursuivre ou non la grossesse. Il s'agit d'une réflexion qui, dans la plupart de cas, se fait sans accompagnement. Pour les adolescentes enceintes concernées, la décision de poursuivre la grossesse est fortement influencée par leurs croyances envers l'avortement, par leur attachement au fœtus, par les réactions d'appui de leur entourage et par le fait d'avoir un modèle de mères adolescentes qui ont bien réussi à prendre soin de leurs nouveau-nés et d'elles-mêmes. L'expérience d'être une mère adolescente est décrite comme étant un passage vers une nouvelle réalité qui comporte plusieurs contraintes, difficultés et craintes. Il s'agit de devenir adulte rapidement et de faire face aux différences entre les attentes de la parentalité pendant la grossesse et la réalité vécue après l'accouchement. Cependant, les expériences antérieures de parentalité ou la réalisation de tâches liées aux soins des nouveau-nés favorisent la perception d'autonomie dans la prise en charge du nouveau-né et dans la prise de décisions. Le soutien émotionnel, instrumental et financier reçu de la part de la famille est décrit comme le principal facteur qui a plus contribué à une expérience positive dans cette étape. Somme toute, l'interaction avec d'autres mères leur permet non seulement de partager leurs expériences, inquiétudes et conseils pratiques, mais aussi de briser l'isolement.

Deuxièmement, concernant la perception des adolescentes sur les IES reçues, celles-ci ont été définies en termes de l'utilisation d'une intervention éducative à distance non adaptée à la réalité des adolescents. Elles sont ainsi perçues comme des interventions qui ne permettent pas l'expression des besoins d'apprentissage et qui ne permettent pas d'établir une relation de confiance avec les intervenants. Les IES périnatales se caractérisent par le fait d'être des directives ou des instructions à suivre dans l'aspect médical de la grossesse, portant donc peu sur les soins du nouveau-né durant la grossesse et nullement sur le soutien des soignant.e.s à long terme de la continuité des apprentissages. Une surcharge d'information en général et d'informations écrites non adaptées à leur âge, à leur niveau de littératie et à leurs besoins particuliers est perçue comme l'un des principaux obstacles à l'apprentissage. Finalement, le soutien est décrit en termes de sentiments de méfiance, et ce, en raison des attitudes ou des comportements teintés de préjugés des soignant.e.s. Par contre, l'orientation vers les services tels que l'assistance sociale, la réduction de méfaits et le programme SIPPE a été perçue comme l'élément le plus apprécié du soutien reçu lors des IES.

Discussion

La présente étude avait pour but de comprendre la perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des IES reçues durant cette période. Notamment, cette étude cherchait à répondre à deux questions : 1) quelle est l'expérience de la périnatalité chez les adolescentes? 2) quelle est la perception des adolescentes l'égard des IES reçues durant la période périnatale? Ce chapitre présente la discussion générale des résultats de recherche obtenus en lien avec ces deux questions. Notamment, les résultats seront interprétés à la lumière des concepts issus du modèle d'empowerment de Nincas (1995), tels que l'autonomisation et le sentiment d'efficacité personnel, et aussi à la lumière du concept d'appropriation de la grossesse et de la parentalité. Par la suite, ce chapitre abordera les retombées pour chacun des axes de la discipline infirmière ainsi que les forces et les limites de l'étude.

L'expérience de la périnatalité chez les adolescentes

Expérience d'être une adolescente enceinte. L'expérience de la grossesse à l'adolescence est influencée par le niveau d'appropriation de la jeune femme envers sa grossesse, ainsi que par son autonomie dans la prise en charge de sa santé et de celle de ses fœtus (Bonilla, 2020; Widarsson et al., 2015; Zheng et al., 2018). Les résultats de cette étude ont permis de décrire comment l'adolescente élabore ce processus. Ainsi, chez les adolescentes à l'étude, le processus de l'appropriation de la grossesse s'amorçait par une réflexion basée sur l'autoévaluation de leur capacité personnelle à bien remplir la double

responsabilité, c'est-à-dire celle de prendre soin de soi et aussi du nouveau-né. Cependant, cette réflexion se fait sans accompagnement. L'adolescente enceinte elle seule, pèse le pour et le contre de sa situation en se basant sur les réactions de l'entourage et sur la double responsabilité que sa situation représente, avant même de la communiquer à son entourage. Des études qui décrivent le processus de réflexion mental des adolescentes dans la prise de décision de poursuivre ou non une grossesse n'a pu être recensée. Les quelques études recensées font notamment référence aux causes ou facteurs qui incitent les adolescentes à poursuivre leur grossesse parmi eux, celui de Desjardins (2008) mentionne dans leurs résultats que la décision de continuer la grossesse chez les adolescentes obéit entre autres au désir d'avoir quelque chose à soi, de consolider sa relation avec son petit ami ou de donner un but à sa vie au-delà de la consommation d'alcool et de drogue et des conditions difficiles dans lesquelles elles ont vécu (pauvreté, isolement, négligence). De leur part, pour Bouillaut, Grandazzi et Brielle (2019) la décision de poursuivre ou non la grossesse chez les adolescentes dépend notamment de la stabilité du couple, de la situation financière et familiale ainsi que du désir de poursuite des études de la jeune femme. Pour Greco, Reggers et Glowacz (2015), un milieu familial dépourvu de soutien, des carences affectives, un réseau social restreint, un milieu socioéconomique précaire, une mauvaise estime de soi et un désinvestissement scolaire seraient effectivement de puissants prédicateurs de la poursuite d'une grossesse à l'adolescence. Par contre, le processus mental par lequel l'adolescente enceinte prend la décision de poursuivre sa grossesse n'a pas été documenté. Les résultats de cette étude représentent donc une première dans la description de ce phénomène. Également, dans

cette étude, le processus de l'appropriation de la grossesse se consolide après que l'adolescente découvre qu'elle est enceinte et décide de l'annoncer au père de l'enfant, à sa famille et à ses amis. Ce processus se consolide également par le choix de l'adolescente enceinte de maintenir la grossesse dû au soutien que son entourage immédiat apporte à sa décision. Les défis dans l'expérience de la grossesse et son appropriation survenaient lorsque les autres n'étaient pas d'accord avec le choix de l'adolescente. Ceci confirme ce qui est exprimé dans les études de Copeland (2017), Faudzi et al. (2019), Maness et al. (2016) et Sriyasak et al. (2018). Ces études mentionnent en effet que les attitudes et les valeurs positives des parents ainsi que de l'entourage concernant la grossesse à l'adolescence sont des facteurs qui favorisent une expérience plus positive de la grossesse chez les jeunes filles.

L'appropriation de la grossesse s'accompagne aussi de l'adoption de comportements favorisant la santé maternelle et fœtale. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les IES périnatales qui favorisent ces comportements doivent être réalisées le plus tôt possible pendant la grossesse, comme cela a été suggéré par les études de Honorato et al. (2021), de Fleming et al. (2015) et de Rexhepi et al. (2019). Cependant, les résultats de cette étude montrent que pour l'adolescente, le délai entre la prise de conscience d'être enceinte, la réflexion sur la poursuite de la grossesse, la gestion de la stigmatisation sociale et la décision finale de consulter un soignant.e peut être très long. Par conséquent, l'adoption précoce de ces comportements peut être plus difficile pour les adolescentes par rapport aux femmes adultes. Ceci rejoint les résultats des études de Fleming et al. (2013,

2015) et de Rexhepi et al., (2019) qui mentionnent La participation aux soins prénataux est considérablement moins fréquente chez les adolescentes que chez les femmes adultes, notamment en début de grossesse. De plus, il est important de souligner que les résultats de cette étude permettent d'entrevoir que dans certains cas, l'adolescente enceinte peut adopter des comportements sains pour favoriser un développement fœtal optimal durant la grossesse, sans que cela ne garantisse qu'elle développe un lien affectif avec le fœtus. Dans cette étude, certaines adolescentes enceintes qui sont sous la tutelle de la Direction de la protection de la jeunesse, craignent de perdre leur enfant après l'accouchement et ne développent donc pas de lien affectif avec lui. Ce détachement du fœtus est perçu par l'adolescente comme un mécanisme de protection contre sa perte imminente. Il est à noter qu'il existe peu d'études traitant de ce sujet. La plupart de celles consultées sur les troubles de l'attachement à l'enfant mentionnent un dysfonctionnement dans la réponse de la mère aux signaux de l'enfant, notamment la détresse, comme l'un des principaux facteurs de risque (Bowlby, 1973 ; Crugnola et al., 2019 ; Guedeney, Guedeney, & Tereno, 2021 ; Riva et al., 2016). Ce dysfonctionnement est observé particulièrement chez les mères qui ont été victimes de maltraitance ou de négligence grave, ou encore qui ont été placées dans plusieurs foyers d'accueil durant leur enfance (Crugnola et al., 2019 ; Guedeney et al., 2021 ; Riva et al., 2016). Cependant, une relation entre l'âge maternel ou la peur de la perte l'enfant et ce type de comportement dysfonctionnel n'a pas été mentionnée. Par conséquent, les résultats de cette étude représentent un pas en avant dans l'exploration de cet argument.

Par ailleurs, selon Hafetz et Miller (2010) et Hanna et al. (2014) les adolescentes enceintes qui s'approprient leur grossesse présentent des sentiments positifs d'autoefficacité maternelle et d'estime de soi, de meilleures stratégies d'adaptation dans la transition vers la parentalité et un lien d'attachement mère-enfant plus fort. Dans cette étude, les adolescentes enceintes qui ont déclaré s'être appropriées de leur grossesse étaient plus susceptibles d'adopter des stratégies pour rendre leur expérience de grossesse agréable, comme la volonté de chercher des groupes de soutien et d'être actives dans le partage d'expériences, notamment en participant à des groupes de soutien en ligne. Cependant, dans certains cas, la stigmatisation perçue par les participantes selon laquelle les mères adolescentes sont incompetentes pour s'occuper d'un nouveau-né, et ce, couplé à la peur que l'enfant leur soit enlevé dans les premiers mois après l'accouchement a diminué leur sentiment d'être capables de prendre en charge leurs enfants. Ces résultats confirmant ce qui a été exposé par Harrison et al. (2017), Hunter et al. (2020) et Rexhepi et al. (2019). Pour ces auteurs les attitudes de jugement du personnel soignant perçues par les adolescentes contribuent à un sentiment général de méfiance à l'égard du système de santé et d'elles-mêmes. Les adolescentes qui se sentent jugées par les soignant.e.s auront un rôle plus passif lors des soins de la grossesse et des nouveau-nés (Harrison et al., 2017; Hunter et al., 2020; Rexhepi et al., 2019). Par conséquent, il est évident que les IES visant à soutenir le sentiment d'efficacité personnelle peuvent avoir aussi une influence sur l'appropriation de la grossesse. L'adolescente va se sentir capable d'agir de manière appropriée pour prendre soin de son nouveau-né durant la grossesse et après l'accouchement. Cette autoévaluation positive favorise aussi le sentiment d'attachement

mère-enfant. Donc, il est possible de déduire que le processus d'autonomie des adolescentes enceintes est le résultat de leur sentiment d'appropriation de la grossesse. En d'autres termes, lorsqu'une adolescente enceinte prend conscience que les soins de sa santé et de celle de son enfant à naître lui appartiennent, elle sera plus motivée à participer de manière autonome à la prise en charge de la grossesse et à la recherche d'informations, mais également à demander de l'aide et des conseils, si nécessaires (Bonilla, 2020; Nolan et al., 2017, 2020; Supthanasup et al., 2021). Les résultats de cette étude démontrent que les adolescentes enceintes qui s'approprient leurs grossesses se disent plus motivées pour suivre les conseils reçus, pour se rendre aux cours prénataux ou aux suivis de la grossesse et pour demander de l'aide si cela était nécessaire. Notamment, les adolescentes enceintes de cette étude sont plus motivées à suivre les conseils et à interagir avec leurs pairs, particulièrement par les réseaux sociaux, car ceci leur permet le partage des émotions et des préoccupations typiques d'une grossesse à l'adolescence dans un climat d'entraide et de confiance sans préjugés. Ceci vient soutenir les études de Nolan et al. (2017, 2020) et de Supthanasup et al. (2021), qui ont démontré que les sites de réseautage de soutien social offrent des avantages psychosociaux aux membres de ces groupes par le partage des expériences dans un climat d'anonymat. En particulier, dans le cas de mères adolescentes, ceci est lié à une amélioration du bien-être mère-enfant (Supthanasup et al., 2021).

Expérience d'être une mère adolescente. L'expérience d'être une mère à l'adolescence est interprétée autour du processus d'autonomie parentale, et donc de son appropriation du rôle de mère adolescente. L'autonomie parentale se fait par le

développement de sentiment de compétence parentale qui fait référence à la capacité d'une mère adolescente d'adapter son comportement de manière à répondre aux besoins de son enfant (Bonilla, 2020 ; Crugnola et al., 2019 ; Guedeney et al., 2021 ; Riva et al., 2016). Chez les mères adolescentes de cette étude, cette autonomie est influencée par le contrôle parental ainsi que par la surveillance soutenue des intervenant.e.s des services de la petite enfance. L'autonomie parentale chez les adolescentes de cette étude se fait graduellement par une autoévaluation afin d'assurer la prise en charge de son nouveau-né. Dans un premier temps, les mères adolescentes sont contentes que les soins au nouveau-né soient faits par leurs parents après l'accouchement. Par contre, elles veulent être plus impliquées dans les soins, mais ont peur de l'exprimer à leurs parents afin de ne pas se priver de ce soutien. Contrairement aux résultats des études de Campbell et Hart (2019), de SmithBattle et Freed (2016) et de Recto et Champion (2020), les résultats de cette étude montrent que l'influence du soutien familial bien qu'il soit important pour les mères adolescentes, il peut diminuer dans certains cas, leur sentiment de compétence parentale.

Il existe des difficultés dans l'expérience d'être une mère adolescente, qui limitent leur autonomie parentale. Dans cette étude et comme rapporté dans les écrits, au cours de leur expérience de la parentalité, les mères adolescentes éprouvent des difficultés à allaiter à leur retour à la maison (Conde et al., 2017; Mannion et al., 2013), de la fatigue reliée aux pleurs ou au sommeil du nourrisson, des difficultés dans l'organisation des tâches ménagères et des difficultés dans l'adaptation au rythme de la routine de l'enfant (Erfina et al., 2019; Ruthven et al., 2018), et ce, reliées au manque de connaissances dans les soins

du nouveau-né. Dans cette étude, malgré les défis vécus lors de la transition à la parentalité, certaines participantes avaient un sentiment de confiance envers elles-mêmes. Ceci était en partie influencé par l'expérience d'une grossesse antérieure ou par le fait d'avoir effectué certaines tâches concernant les soins d'enfants de leur entourage dans le passé. Si on prend en compte ce que Ninacs (2008) a dit, l'estime de soi fait référence à la transformation psychologique du savoir expérientiel. Dans ce cas, les expériences antérieures de parentalité sont intégrées dans le développement de la jeune mère, et à travers elles, l'adolescente devient satisfaite d'elle-même et juge qu'elle est capable d'agir de manière appropriée dans les situations similaires. De plus, comme cela a été mentionné par Bandura et Wood (1989), le sentiment d'efficacité personnel renvoie aux jugements de la personne à propos de sa capacité à organiser et à réaliser les actions requises pour atteindre des performances attendues. Autrement dit, il s'agit de sa capacité à mobiliser les ressources cognitives et comportementales nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de sa vie. Néanmoins, les résultats de cette étude ajoutent, à ce qui précède, le fait que le sentiment d'être prêtes à être mère chez les participantes était relié aussi à l'autoévaluation concernant leur indépendance financière. Ainsi, le sentiment d'efficacité personnel des mères adolescentes renvoie à leur capacité de mobiliser des ressources cognitives, comportementales, expérientielles et financières nécessaires pour faire face à la parentalité de manière autonome.

Quant au développement de l'appropriation du rôle de mère chez les adolescentes, certains auteurs, tels que Bernadat et Wendland (2021), considèrent que la réflexion sur

le rôle parental est suffisante pour s'approprier du rôle et pour développer une compétence parentale. Cependant, les résultats de cette étude montrent que même si la mère adolescente réfléchit à son rôle parental, elle est toujours confrontée à certaines difficultés qui l'empêchent de s'adapter de manière appropriée après le retour à la maison. Or, la peur de se faire retirer son enfant ou de se faire juger par l'entourage l'emmène à garder cette réflexion pour elle-même. Ces résultats sont en accord avec ce qui a été dit par Harrison et al. (2017) et Hunter et al. (2015). Pour ces auteurs, les adolescentes qui se sentent jugées par les soignant.e.s auront plus de difficulté à demander de l'aide et du soutien dont elles ont pourtant besoin. Comme pendant la grossesse, plus l'adolescente s'approprie son rôle de mère, plus elle est disposée à chercher des informations et du soutien. Dans cette étude, les mères adolescentes ont cherché des informations de manière autonome sur les réseaux sociaux afin de valider leurs sentiments et de se rendre compte qu'elles ne sont pas les seules à vivre cette situation, tel que décrit par les études d'Ellis-Sloan & Tamplin (2019), de Nolan et al. (2020) et de Ruthven et al. (2018). D'ailleurs, la conscience collective amène à la conscience critique personnelle qui entre en jeu dans le processus d'autonomisation dans une activité quelconque (Ninacs, 1995 ; Zimmerman, 1995). Ainsi, le fait que l'adolescente prenne conscience qu'elle n'est pas la seule à vivre cette situation par rapport à son nouveau rôle de mère adolescente lui permet la réduction de l'auto culpabilisation et l'acceptation de sa responsabilité parentale. Les études de Ruthven et al. (2018) et de Supthanasup et al. (2021) soutiennent que les réseaux sociaux offrent un endroit pour briser l'isolement et pour le partage des sentiments inconfortables, tels que la honte et la dépression découlant des défis du rôle parental. Cependant, les résultats de

cette étude ajoutent aux connaissances qu'il existe d'autres facteurs psychosociaux, présents chez les participantes, qui sont à prendre en considération lors de la fréquentation des réseaux sociaux. Bien que les adolescentes partagent la condition d'être mère à l'adolescence, d'autres facteurs, tels que les problèmes conjugaux, la précarité économique, les antécédents de la consommation de la drogue ou de santé mentale, peuvent rendre l'expérience parentale différente. En effet, les études de Jones et al. (2019) et de Wenham (2016) mentionnent que les pairs peuvent avoir un impact négatif sur l'expérience de la grossesse. Ainsi, ils peuvent en particulier continuer à renforcer la stigmatisation liée à la grossesse précoce, surtout que certaines adolescentes enceintes ou mères adolescentes prennent leurs pairs comme référence afin de ne pas imiter des comportements qu'elles jugent inappropriés en tant que mères et de s'éloigner de cette manière de la stigmatisation selon laquelle les adolescentes sont des mères incompetentes. Par conséquent, il est possible que dans certains cas, le soutien en groupe informel puisse miner plutôt que favoriser le sentiment de compétence parentale chez les mères adolescentes utilisatrices. Ceci est confirmé par les études d'Ellis-Sloan et Tamplin (2019) et Jones et al. (2019) Wenham (2016) qui suggèrent qu'il est inapproprié pour les adolescentes de se fier uniquement aux réseaux informels, car bien que les pairs puissent en effet offrir un soutien précieux, il est toujours nécessaire d'évaluer la qualité du réseau de soutien.

En résumé, les résultats de cette étude montrent que des facteurs tels que le soutien de la famille, du père de l'enfant et des pairs, ainsi que les attitudes des soignant.e.s, ont

une grande influence sur l'expérience de la grossesse et de la parentalité à l'adolescence. Cependant, il est nécessaire d'aborder plus en détail sur la façon dont les interventions d'éducation à la santé influencent l'expérience des adolescentes pendant la période périnatale.

La perception des IES reçues durant la période périnatale

La perception des adolescentes au regard des IES est structurée à partir des éléments facilitants et contraignants dans les IES. Notamment, les obstacles perçus par les adolescentes lors des IES se réfèrent aux perceptions du manque de partenariat avec les soignant.e.s et de suivi dans la continuité des apprentissages, ainsi qu'aux perceptions en lien avec les choix du contenu.

Perceptions du manque de partenariat. Les soignant.e.s influencent grandement le développement du sentiment d'être autonome auprès de la mère adolescente (Fleming, et al., 2015). D'autant plus que les soignant.e.s sont dans une position privilégiée lors de la réalisation des IES pour encourager les adolescentes à s'approprier leur santé et à stimuler leur autonomie dans la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né (Harrison et al., 2017; Honorato et al., 2021). Par contre, les résultats de cette étude démontrent que la plupart des adolescentes enceintes et des mères adolescentes ont une perception de ne pas participer activement aux IES, notamment en raison des méthodes d'enseignement à distance. L'offre des IES par téléphone faisait en sorte que les interventions étaient perçues comme des directives ou des instructions à suivre seulement, ce qui nuisait

clairement au développement de l'autonomie des adolescentes. Entre autres, ce type d'intervention n'a pas permis l'expression des besoins d'apprentissage de la part des adolescentes, car elles avaient de la difficulté à établir une relation de partenariat et de confiance avec les intervenants lors des IES. Cela peut influencer dans la façon dont les adolescentes peuvent aborder des sujets relatifs à leur manque de connaissances sur la grossesse et les soins du nouveau-né ou de demande de soutien pour développer leurs compétences parentales. Les écrits sur les limites de cette méthode d'enseignement auprès des adolescentes enceintes sont limités. Cependant, l'étude de Ruthven et al. (2018) évoque que les environnements non adaptés à la réalité des adolescentes, lors des interventions en santé, pouvaient amener les jeunes à ne pas vouloir prendre le risque de demander des informations, en partie à cause de la peur des conséquences de ce manque de connaissances, une fois connu des soignants. Cet état d'esprit est notamment perceptible auprès de celles qui deviennent mères pour la première fois. Un autre élément qui peut nuire au partenariat lors d'IES, c'est la stigmatisation perçue par des mères adolescentes, principalement basée sur des stéréotypes suivant lesquelles elles sont des mères démotivées, irresponsables et incompetentes (Loudon et al., 2016; SmithBattle, 2013). En effet, ces pratiques stigmatisantes entravent l'efficacité des soins cliniques, contribuent à intensifier les défis des mères adolescentes et violent l'éthique des soins infirmiers, selon laquelle les patients doivent être traités avec respect et dignité (SmithBattle, 2013). Les résultats de cette étude viennent confirmer ce que ces auteurs ont énoncé. Les adolescentes enceintes et les mères adolescentes de cette étude ont vécu des expériences qui les amènent à croire que leurs soignant.e.s tels que les médecins, les

infirmières et les intervenants de la DPJ ont des préjugés envers elles. En particulier, les adolescentes qui ont déjà vécu ce type d'expérience lors d'une grossesse précédente sont moins susceptibles d'utiliser les services de santé ou sont moins disponibles pour recevoir des IES de la part des soignant.e.s. Elles ont peur d'être jugées en raison de leur passé plutôt que par leur situation présente. Cette stigmatisation perçue a également eu une incidence sur la volonté des adolescentes enceintes et des mères adolescentes à demander de l'aide ou des conseils pratiques auprès des soignants, en préférant ainsi recourir au soutien informel et utiliser des informations provenant de sources non fiables. Cela vient rejoindre les propos de Young Scot (2015), selon qui les mères adolescentes peuvent avoir tendance à chercher des informations auprès de la famille ou des amis afin de ne pas se sentir jugées et stigmatisées par certains professionnels. En somme, cette stigmatisation perçue entrave l'efficacité des IES et contribue à intensifier les défis vécus par les adolescentes.

Perceptions en lien avec le choix du contenu. Les résultats de cette étude corroborent ce qui est décrit dans la littérature sur le fait que les IES durant la période périnatale soient dominées par des interventions qui se concentrent surtout, ou en grande partie, sur la partie médicale (Hunter et al., 2015; Rexhepi et al., 2019), ce qui permet certes aux soignant.e.s de garder le contrôle (Harrison et al., 2017; Hunter et al., 2020), mais qui décourage l'autonomie des adolescentes à choisir des sujets adaptés à leurs besoins d'apprentissage et à leurs réalités (Kirbas et al., 2016 ; Siegel & Brandon, 2014; Wilkie et al., 2016). Selon les adolescentes enceintes et les mères adolescentes de cette

étude et en accord à ce qui est rapporté par Hunter et al. (2015) et Rexhepi et al. (2019), le contenu éducatif lors des IES était axé notamment sur l'aspect médical de la grossesse. Cela a nui à l'opportunité d'aborder d'autres sujets éducatifs, perçus comme importants par les adolescentes notamment l'alimentation et les soins du nouveau-né. Ainsi, les IES portaient rarement sur la partie émotionnelle des mères, sur le soutien à long terme durant la période postnatale après le retour à la maison, sur les difficultés dans l'allaitement, sur la recherche de logement, sur leur situation financière ou encore sur la relation de couple. Ces résultats rejoignent ainsi ceux de Kirbas et al. (2016) et Siegel et Brandon (2014). Pour ces auteurs, les thèmes entourant le retour aux études ou encore le projet de vie des mères adolescentes ne sont souvent pas abordés lors des IES. Un autre aspect lié au contenu des IES renvoie aux outils pédagogiques utilisés pour transmettre l'information. Peu d'études se sont penchées sur ce sujet. Ce qu'ajoute cette étude est le fait que les adolescentes perçoivent que les informations des outils disponibles en ligne ou dans les CLSC jusqu'à présent ne sont pas adaptées à leur âge, car leurs contenus ne prennent en compte ni le mode de vie des adolescentes ni leur niveau de littératie. Entre autres, ces contenus contiennent trop d'informations, demandant ainsi aux adolescentes d'aller y trier des informations nécessaires. Alors, les adolescentes sont amenées à préférer l'utilisation de nouvelles technologies, notamment les outils visuels ou vidéos, car ces outils sont plus faciles à comprendre pour elles. En effet, pour Byerley et Haas (2017) et Cunningham et al. (2017), l'adoption d'un type d'éducation avec une plateforme informatique intégrée possède plusieurs avantages, car ce type d'éducation est plus facilement accessible et permet la combinaison simultanée du matériel écrit, audio et vidéo et s'avère aussi moins

coûteux. Nonobstant, compte tenu des résultats de cette étude, il existe plusieurs difficultés qui sont associées à ce type d'approche. Parmi ces difficultés, le contenu en ligne disponible actuellement n'est pas rédigé dans un langage approprié et/ou il comporte des informations non pertinentes aux réalités différentes des adolescentes utilisatrices.

Perception du manque de suivi dans la continuité des apprentissages. Les mères adolescentes à l'étude, ont la perception qu'il existe un écart important dans le suivi à long terme des soignant.e.s notamment des infirmières, surtout si c'est leur première expérience de la parentalité. Elles disent en effet qu'elles ne se sentent pas soutenues à la maison, malgré la présence de programmes tels que le programme SIPPE qui vise à favoriser le développement optimal des enfants de zéro à cinq ans et à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental. Donc, les résultats de cette étude ajoutent aux connaissances qu'il existe un besoin persistant de la part des mères adolescentes d'un suivi à long terme pour consolider ou pour mettre à jour les apprentissages après l'accouchement. Notamment, les mères adolescentes à l'étude ont besoin du soutien à la maison concernant les soins d'un nouveau-né prématuré, la continuité de l'allaitement et les relations de couple. Ces résultats sont préoccupants si on tient en compte ce qui est mentionné par Fleming et al. (2015), Rexhepi et al. (2019) et Wong et al. (2020). Pour ces auteurs, les programmes de soutien dans la période de postpartum auprès des parents adolescents améliorent la compétence parentale des mères adolescentes, augmentent les taux d'allaitement, permettent le dépistage et la gestion de la dépression postpartum et diminuent les taux de grossesses non désirées répétées.

En somme, les résultats de cette étude démontrent que les IES axées sur la réalité d'adolescentes enceintes peuvent avoir une grande influence dans le développement du sentiment d'autonomie chez les adolescentes. Les soignant.e.s sont dans une position privilégiée lors de la réalisation des IES pour encourager les adolescentes à s'approprier leur santé et à stimuler leur autonomie dans la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né. Cependant, le fait qu'il existe actuellement des IES qui ne couvrent que la partie médicale, les attitudes de préjugés de la part de soignant.e.s et le manque de suivi à long terme des apprentissages entravent l'efficacité des IES et contribuent à intensifier les défis vécus par les adolescentes dans leurs expériences de la grossesse et de la parentalité.

À la suite de cette discussion, il est d'intérêt de mentionner les retombées des résultats de cette étude dans tous les axes de la discipline infirmière et d'avancer quelques recommandations.

Retombées sur les cinq axes de la discipline infirmière et recommandations

La pratique infirmière. Pour une première fois au Québec, cette étude met en lumière l'expérience des mères enceintes et des mères adolescentes lors des IES et permet ainsi d'exposer différents enjeux associés à une telle expérience, notamment en ce qui a trait à la construction des connaissances autour de ce phénomène. En ce sens, la diffusion des résultats de la présente étude auprès des infirmières en périnatalité permet une prise de conscience quant à leurs propres connaissances, croyances et perceptions à l'égard du

vécu des adolescentes et les défis des IES auprès de cette clientèle. Il est évident que les IES basées sur l'*empowerment* ou l'*autonomisation* permettraient aux adolescentes enceintes de s'assumer afin de composer avec leur grossesse et d'être capables de développer leur compétence parentale (Hanna et al., 2014). Les résultats de cette étude créent une opportunité d'humaniser et d'améliorer des pratiques des IES et du soutien offert par les infirmières aux adolescentes. En surcroît, ils permettent une plus grande sensibilisation par rapport à l'amélioration de la participation des adolescentes lors de l'évaluation des besoins d'apprentissages. Finalement, cette étude a mis en évidence l'importance de bien structurer les IES offertes aux adolescentes dans la période prénatale et de promouvoir davantage leur appropriation de la grossesse et leur autonomie lors de la prise en charge de leurs grossesses et de soins de leurs enfants. Ces résultats montrent également la nécessité de leur offrir un suivi à long terme durant la période postnatale. La mise en place d'un programme éducatif axé sur l'appropriation de la grossesse et de sa prise en charge, sur le soutien à l'autonomie maternelle et aussi sur le suivi de consolidation des apprentissages postnataux paraît donc primordiale. Les résultats de cette étude proposent ainsi un point de départ pour le développement et l'implantation dudit programme.

La gestion infirmière. Les connaissances issues de cette étude permettent aux gestionnaires du réseau de la santé, aux directeurs des programmes des soins et des services en santé périnatale, de même qu'aux décideurs gouvernementaux de mener une réflexion sur les facteurs organisationnels agissant comme obstacles ou facilitateurs aux

IES pertinentes et adaptées à la réalité des adolescentes. À la lumière des propos des participantes, il serait nécessaire d'adapter et/ou modifier certains services de santé prénatale et de suivi postnatal afin de mieux répondre aux besoins réels des adolescentes.

La formation infirmière. En ce qui a trait à la formation, l'intégration des résultats de cette étude aux programmes de formation des étudiants peut contribuer à l'amélioration des connaissances nécessaires pour mieux intervenir auprès des mères adolescentes. Il est essentiel que des concepts tels que l'appropriation de la grossesse, l'autonomisation des adolescentes dans la prise en charge de leur grossesse et des soins du nouveau-né soient connus par les étudiant.e.s infirmières pour que ces derniers puissent les intégrer dans les IES lors des stages et plus tard dans leur carrière. De plus, l'ajout de ces sujets aux thématiques de la formation continue semble essentiel si l'on veut approfondir les connaissances des infirmières en périnatalité concernant cette problématique.

La recherche infirmière. Les résultats générés par cette étude permettent l'avancement des connaissances sur un sujet peu documenté, notamment ce qui traite de l'appropriation de la grossesse et l'autonomisation de mères adolescentes québécoises francophones. De plus, ils contribuent à la compréhension de l'expérience des jeunes lors d'IES périnatales. Dans cet ordre d'idées, d'autres études qualitatives ou quantitatives seraient pertinentes pour explorer ou déterminer les facteurs qui influencent et/ou limitent l'appropriation de la grossesse. Les résultats de cette étude démontrent que le processus de réflexion des adolescentes dans la prise de décision de poursuivre ou non une grossesse

se fait sans accompagnement. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats. De plus, les résultats indiquent que dans certains cas, et malgré le fait qu'une adolescente adopte des comportements sains pendant la grossesse, cela ne garantit pas qu'elle ait développé un lien affectif avec le nouveau-né comme un mécanisme de protection contre sa perte imminente. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux explorer ce fait. Puisque les besoins en santé interculturels sont en forte croissance au Canada, il serait intéressant d'étudier cette expérience auprès de groupes culturels différents, de minorités ethniques, de pères et d'un plus grand réseau de soins et de services de santé. De plus, il serait très intéressant d'explorer le point de vue des soignant.e.s quant aux défis et aux facteurs influençant leur accompagnement des adolescentes lors des IES, ce qui permettrait, sans aucun doute, de mieux comprendre le processus éducatif dans sa globalité. Finalement, d'autres recherches sont nécessaires, notamment dans l'élaboration et l'évaluation des impacts des programmes éducatifs ou des IES axées sur l'appropriation de la situation de santé et l'autonomisation des adolescentes.

Le politique. Les dires de cette étude s'intéressent aux perceptions des adolescentes envers les enjeux et les préjugés associés à la grossesse durant leur adolescence. Ceux-ci semblent interdépendants d'une problématique sociétale plus large qui s'exprime, entre autres, à travers les préjugés de soignants et qui contribue au maintien de ces stigmates. De ce fait, les connaissances issues de cette étude permettent aux décideurs politiques de services sociaux et de santé de soutenir l'implantation et la promotion de politiques

institutionnelles positives entourant les enjeux liés à la grossesse durant l'adolescence. Bien qu'une ligne directrice en soins périnataux auprès d'une clientèle adolescente soit déjà disponible (Fleming, 2015), il est plus que nécessaire que les décideurs politiques et les cadres des institutions de santé utilisent leur influence pour promouvoir de telles initiatives auprès des soignants travaillant en contexte de périnatalité. Enfin, la mise en valeur des expériences des adolescentes décrites dans cette étude pourrait permettre de réduire les préjugés entourant cette clientèle.

Les forces et limites de l'étude

La première force réside dans la particularité innovante de cette étude. La contribution unique de cette étude s'explique par le fait que peu d'études de ce type ont pu être identifiées. La plupart des études recensées se concentrent sur une période précise, que ce soit la grossesse ou la période post-partum. Donc, cette étude présente notamment un portrait qui englobe le vécu des adolescentes tout au long de la période périnatale, particulièrement dans un contexte québécois et francophone.

Une autre force réside dans son cadre de référence. Il s'agit aussi d'un premier essai pour inclure le modèle de l'empowerment éducatif individuel dans la recherche infirmière. De plus, le concept de l'appropriation de la grossesse et de la parentalité n'a jamais été exploré ou décrit, jusqu'à présent, dans la discipline infirmière ou une autre discipline connexe à notre connaissance. Donc, cette étude représente une avancée dans l'exploration

plus approfondie de ce concept et de son influence dans d'autres domaines, qui touchent le centre d'intérêt de la discipline infirmière et les sciences médicales.

En ce qui a trait aux limites de l'étude, il faut d'abord noter la propriété délicate de l'objet d'étude. En ce sens, la littérature démontre clairement que les mères adolescentes éprouvent de la stigmatisation de la part des soignant.e.s. Il y a une possibilité que les résultats ne soient pas totalement le reflet réel de l'expérience des adolescentes, étant donné que l'étudiante chercheuse fait partie du personnel soignant. Cependant, bien qu'il soit impossible d'écarter ce biais, elle s'est assurée à chaque contact avec les participantes de bien préciser son rôle, entre celui de chercheuse et celui d'infirmière clinicienne, tel que recommandé par le CER de l'UQO et du CISSSO. De plus, elle a assuré la confidentialité des participantes, favorisant ainsi leur dévoilement en toute confiance. Une autre limite concerne la collecte des données qui a été effectuée avec des entrevues individuelles seulement. En raison des contraintes liées aux politiques de santé publique durant la pandémie du COVID-19, il a été impossible de mener des discussions de groupes, prévues au début de l'étude et l'utilisation d'outils virtuels tels que l'application zoom n'a pas pu être utilisée, car certaines participantes n'avaient pas accès à un ordinateur ou ne savaient pas l'utiliser. La tenue de plusieurs méthodes de collectes de triangulation des données aurait permis de valider les résultats des entrevues individuelles et d'obtenir des données plus riches et plus approfondies pour une description plus minutieuse. Finalement, l'absence de diversité culturelle dans l'échantillon constitue aussi une limite aux

conclusions tirées dans le cadre de cette étude, et ce, en considérant qu'il peut exister de différences significatives entre les adolescentes ayant un bagage culturel différent.

Conclusion

Le but de cette étude phénoménologique était de décrire l'expérience des adolescentes québécoises au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période. Les résultats de cette étude mettent en évidence la réalité complexe que vivent les adolescentes durant toute la période périnatale.

Selon les résultats de cette étude, le processus de l'appropriation de la grossesse chez l'adolescente s'amorce par une réflexion basée sur l'autoévaluation de sa capacité personnelle à bien remplir la double responsabilité, c'est-à-dire celle de prendre soin de soi et aussi du nouveau-né. Ce processus se consolide une fois que l'adolescente a pris connaissance de sa grossesse, qu'elle décide de poursuivre sa grossesse et qu'elle décide de l'annoncer à son entourage. Les défis surviennent lorsque les autres ne sont pas d'accord avec le choix de l'adolescente. L'appropriation de la grossesse s'accompagne d'une adoption de comportements qui favorisent la santé maternelle et fœtale. Cependant, l'adoption précoce de ces comportements peut être plus difficile pour certaines adolescentes. Cela s'observe particulièrement auprès de celles qui sont sous la surveillance de la Direction de la protection de la jeunesse. Lorsqu'une adolescente enceinte prend conscience que les soins de sa santé et celle de son enfant à naître lui appartiennent, elle est plus motivée à participer de manière plus autonome à prendre sa santé et celle de son enfant en charge. De plus, elle est plus motivée à suivre les conseils et à interagir avec ses pairs, particulièrement par les réseaux sociaux. En effet, ceux-ci

permettent à la fois le partage des émotions et des préoccupations sans pour autant être préjugées et tout en brisant l'isolement, ainsi qu'une diminution de l'auto culpabilisation et de l'acceptation de sa responsabilité parentale. Cependant, le soutien d'un professionnel s'avère toujours nécessaire, car il existe d'autres facteurs psychosociaux qui peuvent rendre l'expérience parentale différente. Par conséquent, il est possible que dans certains cas, le soutien en groupe informel puisse plutôt miner que favoriser le sentiment de compétence parentale des adolescentes utilisatrices. L'autonomie parentale chez la mère adolescente est influencée par sa capacité de mobiliser des ressources cognitives, comportementales, expérientielles et financières nécessaires pour faire face à la parentalité de manière autonome. Plus l'adolescente s'approprie son rôle de mère, plus elle pourra développer graduellement son autonomie. Après l'accouchement, dans certains cas, l'accompagnement instrumental des parents dans la prise en charge du nouveau-né est perçu comme intrusif, car cela empêche l'implication de la jeune mère dans la prise en charge du nouveau-né. Par conséquent, bien que le soutien familial et social soit essentiel à ce stade, dans certains cas, il peut diminuer le sentiment de compétence parentale de la mère adolescente. D'autres difficultés sont observées auprès d'une mère adolescente, qui limitent son autonomie parentale. Parmi elles, on observe les difficultés liées à l'allaitement au retour à domicile, à la fatigue des suites de pleurs ou de manque de sommeil du nouveau-né, à l'organisation des tâches ménagères et à l'adaptation au rythme de la routine de l'enfant, et aussi au manque de connaissances sur les soins du nouveau-né.

En ce qui a trait à la perception au regard des IES reçues durant la période périnatale, la plupart des adolescentes ont une perception de ne pas participer activement aux IES, notamment en raison des méthodes d'enseignement à distance par téléphone. La rapidité des IES a fait en sorte qu'elles soient perçues comme des directives ou des instructions à suivre uniquement sur la partie médicale, ce qui a entravé clairement le développement de l'autonomie des adolescentes. Les obstacles perçus par les adolescentes lors des IES se réfèrent aux perceptions du manque de partenariat et de confiance avec les intervenants, et du manque de suivi à long terme dans la continuité des apprentissages. Ces obstacles se réfèrent également aux stigmates. Notamment, les adolescentes qui ont déjà vécu des préjugés dans une grossesse antérieure sont moins susceptibles à participer aux IES. Pour les adolescentes de cette étude, le fait que le contenu éducatif lors des IES était axé surtout sur l'aspect médical de la grossesse a nui à l'opportunité d'aborder d'autres sujets éducatifs perçus comme importants au développement de leur compétence parentale. De plus, les outils disponibles jusqu'à présent ne sont pas adaptés à leur âge et à leur niveau de littératie et ne prennent pas en compte le mode de vie des adolescentes.

Bref, la disponibilité et l'accès aux programmes de soutien et aux IES durant la période périnatale chez les adolescentes s'avèrent essentiel, car ces programmes promeuvent leur appropriation de la grossesse et leur autonomie dans la prise en charge du nouveau-né. Les approches utilisées lors des interventions influencent la façon dont elles vont affronter simultanément les défis posés par le développement psychosocial de l'adolescence et de la transition vers la parentalité.

Références

- Aklamanu, I. R. (2018). *The Effectiveness of a Teenage Pregnancy Service and Prevention Program in the Volta Region of Ghana* (publication n° 10976053) (thèse de doctorat, inedite) Southern Illinois University, Illinois, IL.
- Amjad, S., MacDonald, I., Chambers, T., Osornio-Vargas, A., Chandra, S., Voaklander, D., & Ospina, M. B. (2019). Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 33(1), 88-99.
- Azhari, S., Sarani, A., Mazlom, S. R., & Aghamohammadian Sherbaf, H. M. (2015). The relationship between optimism with prenatal coping strategies. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 70-83.
- Bader, A., Hadden, K., Hester, M., & Gan, J. (2020). Exploring Knowledge, Beliefs, and Attitudes about Teen Pregnancy among Latino Parents in Arkansas. *Southern Medical Journal*, 113(8), 386–391. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.14423/SMJ.0000000000001129>
- Bamishigbin Jr, O. N., Schetter, C. D., & Stanton, A. L. (2019). The antecedents and consequences of adolescent fatherhood: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 232, 106-119.
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of personality and social psychology*, 56(5), 805.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546.
- Baş, E. K., Bülbül, A., Uslu, S., Baş, V., Elitok, G. K., & Zubarioğlu, U. (2020). Maternal characteristics and obstetric and neonatal outcomes of singleton pregnancies among adolescents. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e919922-1
- Berg, N., & Nelson, T. D. (2016). Pregnancy and dropout: Effects of family, neighborhood, and high school characteristics on girls' fertility and dropout status. *Population Research and Policy Review*, 35(6), 757-789.

- Bernadat, F. & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale: Style d'attachement et caractéristiques sociodémographiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 64, 59-78. <https://doi.org/10.3917/psy.642.0059>
- Beyrami, M., Zahmatyar, H., & Khosroshahi, J. B. (2013). Prediction Strategies for coping with stress during pregnancy on components of hardiness and social support in nulliparous pregnant women. *Iranian Journal of Nursing Research*, 7(27), 1-9.
- Blais, X. (2013). *Portrait des communautés de l'Outaouais. Rapport final aux partenaires. Gatineau*. Gatineau, QC : Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Reperé à https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2020/02/Rapport-final_portrait_2013.pdf
- Bledsoe, S. E., Rizo, C. F., Wike, T. L., Killian-Farrell, C., Wessel, J., Bellows, A.-M. O., & Doernberg, A. (2017). Pregnant adolescent women's perceptions of depression and psychiatric services in the United States. *Women and Birth*, 30(5), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.006>
- Bonilla, S. (2020). À qui appartient ma grossesse ? Clarification du concept d'appropriation de la grossesse à l'adolescence. Dans F. deMontigny, C. René, S. Zeghiche, P. deMontigny Gauthier (Éds) *Familles d'ici et d'ailleurs. Actes du colloque Familles d'ici et d'ailleurs de l'Équipe Paternité, famille et société et du Centre d'études et de recherche en intervention familiale*. Cahier de recherche no 11. (pp 14-18). Gatineau, QC : CERIF, Université du Québec en Outaouais. Reperé à https://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/cahie11_actescolloquema2019couv_v1numerique_comp.pdf
- Bouillaut, A., Grandazzi, G., & Brielle, N. (2019). Le devenir socioéconomique des mères adolescentes, 10 ans plus tard. *La Revue Sage-Femme*, 18(1), 1-6.
- Boulet, V. (2018). *Maternité précoce et réussite scolaire chez les femmes autochtones au Canada*. (Mémoire de maîtrise inédit) Université de Montreal, QC.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Brahmbhatt, H., Kågesten, A., Emerson, M., Decker, M. R., Olumide, A. O., Ojengbede, O.,...Delany-Moretlwe, S. (2014). Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings Across Five Cities. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S48-S57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.023>
- Bradshaw, P., Schofield, L., & Maynard, L. (2014). The experiences of mothers aged under 20: Analysis of data from the Growing Up in Scotland study. *Scottish*

Government Social Research. <https://www.gov.scot/publications/experiences-mothers-aged-under-20-analysis-data-growing-up-scotland-study/documents/>

- Byerley, B. M., & Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 329.
- Caballero, M. T., Bianchi, A. M., Nuño, A., Ferretti, A. J., Polack, L. M., Remondino, I., ... & Polack, F. P. (2019). Mortality associated with acute respiratory infections among children at home. *The Journal of infectious diseases*, 219(3), 358-364. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1093/infdis/jiy517>
- Campbell, K. A., & Hart, C. (2019). Presenting the Good Mother: Experiences of Canadian Adolescent Mothers Living in Rural Communities. *The Qualitative Report*, 24(7), 1681-1702.
- Caraballo, M., Shimasaki, S., Johnston, K., Tung, G., Albright, K., & Halbower, A. C. (2016). Knowledge, Attitudes, and Risk for Sudden Unexpected Infant Death in Children of Adolescent Mothers: A Qualitative Study. *Journal of Pediatrics*, 174, 78–83.
- Carpenter, D.R. (2011). Phenomenology as Method. Dans H.J. Streubert & D.R. Carpenter (Éds), *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative* (5e éd., pp. 72-96). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (2016). Direction de la Santé publique de L'Outaouais : Plan d'action régional de santé publique 2016-2020, Gatineau. Repéré à https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Plan-daction-r%C3%A9gional_sant%C3%A9publique_2016-2020.pdf
- Centre de Services Sociaux et de Sante de l'Outaouais (2018) suivi pre et potsnatal. Repéré à <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/avoir-un-enfant/grossesse-et-accouchement/suivi-pre-et-postnatal/>
- Chatelain, C. (2019). *Les jeunes mères et l'évolution de leurs trajectoires personnelle, éducationnelle, professionnelle et familiale*. (Mémoire de maîtrise inédit) Université de Laval, QC.
- Chemutai, V., Nteziyaremye, J., & Wandabwa, G. J. (2020). Lived experiences of adolescent mothers attending Mbale Regional Referral Hospital: A phenomenological study. *Obstetrics and gynecology international*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8897709>

- Clayton, C. L. (2016). The lives of young fathers: A review of selected evidence. *Social Policy and Society*, 15(1), 129-140.
- Colin, D. (2016). Mouvement de grandir et quête d'une identité personnelle: le modèle développemental d'Erikson. *Contraste*, (2), 75-91.
- Conde, R. G., Guimarães, C. M. D. S., Gomes-Sponholz, F. A., Oriá, M. O. B., & Monteiro, J. C. D. S. (2017). Breastfeeding self-efficacy and length of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 383-389.
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa, ON: Gouvernement de Canada. Reperé à <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>
- Copeland, R. J. (2017). Experiences of adolescent mothers in Costa Rica and the role of parental support. *Journal of Family Social Work*, 20(5), 416-432.
- Corsi, D. J., Gaudet, L. M., El-Chaar, D., White, R. R., Rybak, N., Harvey, A., ... & Walker, M. (2020). Effect of high-dose folic acid supplementation on the prevention of preeclampsia in twin pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-6.
- Coté, M. (2015). *Les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité*. (thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC. Reperé à <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7626/1/030932505.pdf>
- Cox Jr, R. B., Shreffler, K. M., Merten, M. J., Schwerdtfeger Gallus, K. L., & Dowdy, J. L. (2015). Parenting, peers, and perceived norms: What predicts attitudes toward sex among early adolescents?. *The Journal of Early Adolescence*, 35(1), 30-53.
- Crockett, A., Heberlein, E. C., Glasscock, L., Covington-Kolb, S., Shea, K., & Khan, I. A. (2017). Investing in CenteringPregnancy™ Group Prenatal Care Reduces Newborn Hospitalization Costs. *Women's Health Issues*, 27(1), 60-66.
- Crugnola, C. R., Ierardi, E., Bottini, M., Verganti, C., & Albizzati, A. (2019). Childhood experiences of maltreatment, reflective functioning and attachment in adolescent and young adult mothers: Effects on mother-infant interaction and emotion regulation. *Child abuse & neglect*, 93, 277-290.
- Cunningham, S. D., Lewis, J. B., Thomas, J. L., Grilo, S. A., & Ickovics, J. R. (2017). Expect With Me: development and evaluation design for an innovative model of

- group prenatal care to improve perinatal outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 147.
- Dhami, M. V., Ogbo, F. A., Diallo, T. M., Olusanya, B. O., Goson, P. C., & Agho, K. E. (2021). Infant and young child feeding practices among adolescent mothers and associated factors in India. *Nutrients*, 13(7), 2376.
- Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. L. (2020). Physical and Emotional Repercussions of Pregnancy during Adolescence. *Asian Journal of Pediatric Research*, 17-22.
- DeMarco, N., Twynstra, J., Ospina, M. B., Darrington, M., & Whippey, C. (2021). Prevalence of low birth weight, premature birth, and stillbirth among pregnant adolescents in Canada: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(4), 530-537.
- Demirci, O., Yılmaz, E., Tosun, Ö., Kumru, P., Arınkan, A., Mahmutoğlu, D., ... & Tarhan, N. (2016). Effect of young maternal age on obstetric and perinatal outcomes: results from the tertiary center in Turkey. *Balkan medical journal*, 33(3), 344.
- Desjardins, M. (2008). *Étude exploratoire du lien entre les motivations des adolescentes à poursuivre leur grossesse et la qualité de la relation d'attachement mère-fille*. Ottawa, ON: Library and Archives Canada.
- Dinwiddie, K. J., Schillerstrom, T. L., & Schillerstrom, J. E. (2018). Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3), 168-175.
- Doré, N., & Le Hénaff, D. (2020). *Mieux-vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec, QC : Institut national de Santé Publique du Québec. Rp https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/mieux-vivre/pdf/mv2018_guide_complet.pdf
- Dowden, A. R., Gray, K., White, N., Ethridge, G., Spencer, N., & Boston, Q. (2018). A Phenomenological Analysis of the Impact of Teen Pregnancy on Education Attainment: Implications for School Counselors. *Journal of School Counseling*, 16(8), 8.
- Downey, L. H., Anyaegbunam, C., & Scutchfield, F. D. (2009). Dialogue to deliberation: Expanding the empowerment education model. *American Journal of Health Behavior*, 33(1), 26-36.

- Dufort, F., Saint-Laurent, L., Guilbert, É., & Boucher, K. (2006). La grossesse à l'adolescence: les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant en prévention. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 3, 1-9.
- Dumas-Potvin, P. (2018). *La préparation à la parentalité et le patron d'attachement entre des mères adolescentes et leurs enfants*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal, QC.
- Ellis-Sloan, K. (2014). Teenage mothers, stigma and their 'presentations of self'. *Sociological Research Online*, 19(1), 9.
- Ellis-Sloan, K., & Tamplin, A. (2019). Teenage mothers and social isolation: The role of friendship as protection against relational exclusion. *Social Policy and Society*, 18(2), 203-218.
- Engelbert Bain, L., Zweekhorst, M. B., Amoakoh-Coleman, M., Muftugil-Yalcin, S., Omolade, A. I. O., Becquet, R., & de Cock Buning, T. (2019). To keep or not to keep? Decision making in adolescent pregnancies in Jamestown, Ghana. *PloS one*, 14(9), e0221789.
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Exploring Indonesian adolescent women's healthcare needs as they transition to motherhood: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(6), 544-551.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise: la quête de l'identité*. Nouvelle bibliothèque scientifique. Flammarion
- Fatmawati, A., Rachmawati, I. N., & Budiati, T. (2018). The influence of adolescent postpartum women's psychosocial condition on mother-infant bonding. *Enfermeria clinica*, 28, 203-206.
- Faudzi, N. M., Nor, A. M., & Sumari, M. (2019). Unwanted Pregnancy among Adolescents: Educating Parent. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(5), 920-931. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v9-i5/6018>
- Firk, C., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., Scharke, W., & Dahmen, B. (2018). Cognitive development in children of adolescent mothers: The impact of socioeconomic risk and maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 50, 238-246.
- Fleming, N., Ng, N., Osborne, C., Biederman, S., Yasseen III, A. S., Dy, J.,... & Walker, M. (2013). Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(3), 234-245.

- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... & Spitzer, R. (2015). Adolescent pregnancy guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756.
- Fonds des Nations Unies pour la population (2015) *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*. New York. Repéré à https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf
- Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the Oppressed*. New York, NY: Herder.
- Gbogbo, S. (2021) *Transition to parenthood in adolescence: Lived experiences in the Hohoe Municipality of Ghana*. (Thèse de doctorat inédite). Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, DE.
- Gennaro, S., & Melnyk, B. M. (2016). Improving prenatal care for minority women. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 41(3), 147.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal, QC: Gaëtan Morin Éditeur.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75-82.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology a modified Husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis*, 21(1), 3-22.
- Goletzke, J., Kocalevent, R. D., Hansen, G., Rose, M., Becher, H., Hecher, K.,... & Diemert, A. (2017). Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort. *Journal of psychosomatic research*, 102, 8-14.

- Greco, A., Reggers, J., & Glowacz, F. (2015). Interrompre ou poursuivre la grossesse à l'adolescence: facteurs de risque psychosociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(8), 509-517.
- Gross, O., Gagnayre, R., & Lombrail, P. (2020). L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé: pourquoi privilégier une approche pragmatiste?. *Sante Publique*, 32(4), 301-313.
- Guedeney, A., Guedeney, N., & Tereno, S. (2021). *L'attachement: approche théorique et évaluation*. (5e éd.). Paris, FR : Elsevier Health Sciences.
- Guillemette, F., & Berthiaume, M. J. (2015). Références sur l'analyse qualitative. *Approches inductives: travail intellectuel et construction des connaissances*, 185-248.
- Hanna, K. M., Weaver, M. T., Stump, T. E., Guthrie, D., & Oruche, U. M. (2014). Emerging Adults with Type 1 Diabetes during the First Year Post-High School: Perceptions of Parental Behaviors. *Emerging adulthood (Print)*, 2(2), 128-137. doi: 10.1177/2167696813512621.
- Hafetz, J., & Miller, V. A. (2010). Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child: care, health and development*, 36(5), 655-662.
- Hage, F. E., & Reynaud, C. (2014). L'approche écologique dans les théories de l'apprentissage: une perspective de recherche concernant le «sujet-apprenant». *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, (36).
- Harrison, M. E., Clarkin, C., Rohde, K., Worth, K., & Fleming, N. (2017). Treat me but don't judge me: a qualitative examination of health care experiences of pregnant and parenting youth. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(2), 209-214.
- Harrison, M. E., Weinstangel, H., Dalziel, N., & Moreau, K. A. (2014). A collaborative outreach clinic for pregnant youth and adolescent mothers: Description of a pilot clinic and its patients. *Paediatrics & child health*, 19(5), 247-250.
- Heidegger, M. (1927). *Being and Time*. New York, NY: Harper & Row.
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Weber, M. B. (2019). What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group research. *Qualitative health research*, 29(10), 1483-1496.

- Hérichon, E. (1970). Le concept de propriété dans la pensée de Karl Marx. *L'Homme et la société*, 17(1), 163-181.
- Hoffmann, H., Olson, R. E., Perales, F., & Baxter, J. (2019). “Everyone My Age Doesn’t Know What It’s Like”: A Mixed-Method Study of Young Mothers and Social Support in Australia. *Life Course Centre Working Paper Series*. Institute for Social Science Research: The University of Queensland.
- Honorato, D. J. P., Fulone, I., Silva, M. T., & Lopes, L. C. (2021). Risks of Adverse Neonatal Outcomes in Early Adolescent Pregnancy Using Group Prenatal Care as a Strategy for Public Health Policies: A Retrospective Cohort Study in Brazil. *Frontiers in Public Health*, 9, 333.
- Huang, C. Y., Costeines, J., Kaufman, J. S., & Ayala, C. (2014). Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 255–262. doi: 0.1007/s10826-013-9807-1
- Husserl, E. (1913). *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy* (F. Kersten, 1983, trad.). La Haye: Nijhoff.
- Hunter, L., Magill-Cuerden, J., & McCourt, C. (2015). Disempowered, passive and isolated: how teenage mothers' postnatal inpatient experiences in the UK impact on the initiation and continuation of breastfeeding. *Matern Child Nutr*, 11(1), 47-58. doi: 10.1111/mcn.12150
- Institut de la statistique du Québec. (2022) Taux de fécondité selon le groupe d’âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, par région métropolitaine de recensement, Québec, 2006-2020. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-regions-metropolitaines-de-recensement-rmr/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-synthetique-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-par-region-metropolitaine-de-recensement-quebec>
- Institute de la statistique de Québec. (2021). Bulletin statistique régional, Outaouais. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bulletin-statistique-regional-outaouais-2021.pdf>
- Jalbert, S. (2021). COVID-19: conditions d’efficacité de l’éducation prénatale en ligne. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3130-efficacite-education-prenatale.pdf>.
- Jittitaworn, W. (2019). *Adverse perinatal outcomes and models of maternity care for Thai adolescent pregnant women: A mixed methods study*. (Thèse de doctorat inédite).

University of Technology Sydney. Sydney, AUS. Repéré à <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/135987/2/02whole.pdf>

- Jones, C., Whitfield, C., Seymour, J., & Hayter, M. (2019). 'Other Girls': A Qualitative Exploration of Teenage Mothers' Views on Teen Pregnancy in Contemporaries. *Sexuality & Culture*, 23(3), 760-773.
- Kalb, G. R., & Vu, H. (2021). Teenage mothers' health across different life stages. *Melbourne Institute Working Paper No. 01/21*. Reperé à <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3765107>
- Kantrowitz-Gordon, I. (2013). Internet confessions of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 874– 882.
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C.-C., & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 130-136.
- Kashanian, M., Faghankhani, M., Hadizadeh, H., Salehi, M. M., Roshan, M. Y., Pour, M. E., Ensan, L. S., & Sheikhansari, N. (2020). Psychosocial and biological paternal role in pregnancy outcomes. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(2), 243–252.
- Khavari, F., Golmakani, N., Saki, A., & Aghamohammadian Serbaf, H. (2018). The Relationship between Prenatal Coping Strategies and Irrational Beliefs in Pregnant Woman. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1215-1222.
- Kiani, M. A., Ghazanfarpour, M., & Saeidi, M. (2019). Adolescent pregnancy: a health challenge. *International Journal of Pediatrics*, 7(7), 9749-9752.
- Kirbas, A., Gulerman, H. C., & Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(4), 367-371. doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010
- Kotzé, M., Visser, M., Makin, J., Sikkema, K., & Forsyth, B. (2013). The coping strategies used over a two-year period by HIVpositive women who had been diagnosed during pregnancy. *AIDS care*, 25(6), 695-701.
- Kumar, N. R., Raker, C. A., Ware, C. F., & Phipps, M. G. (2017). Characterizing Social Determinants of Health for Adolescent Mothers during the Prenatal and Postpartum Periods. *Women's Health Issues*, 27(5), 565-572. doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.009

- Kumar, P., Mishra, P. S., Srivastava, S., & Sinha, D. (2021). What predicts the knowledge of breastfeeding practices among late adolescent girls? evidence from a cross-sectional analysis. *Plos one*, *16*(10), e0258347
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, *15*(2), 126-145.
- Laurenzi, C. A., Gordon, S., Abrahams, N., du Toit, S., Bradshaw, M., Brand, A., ... & Skeen, S. (2020). Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. *Reproductive health*, *17*, 1-15.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., Ouellet, F., Devault, A., & Turcotte, G. (2008). *Qu'en pensons-nous ? Des groupes de parents s'expriment. Une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole de parents et de citoyens, en appui aux services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)*. Repéré à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-692-3.pdf
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: a cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *28*(6), 516-521.
- Lee, S. H., Lee, S. M., Lim, N. G., Kim, H. J., Bae, S. H., Ock, M., ... & Jo, M. W. (2016). Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: a nationwide epidemiological study. *Medicine*, *95*(34).
- Levy, L., & Weber, S. (2011). Teenmom. ca: A community arts-based new media empowerment project for teenage mothers. *Studies in Art Education*, *52*(4), 292-309.
- Liu, Y., Wang, Y., Wu, Y., Chen, X., & Bai, J. (2021). Effectiveness of the Centering Pregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *120*, 103981.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- López Rodríguez, Y. (2011). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería*, *27*(4), 337-350.

- Loudon, K., Buchanan, S., & Ruthven, I. (2016). The everyday life information seeking behaviors of first-time mothers. *Journal of Documentation*, 72(1), 24–46.
- Lucas, G., Olander, E. K., Ayers, S., & Salmon, D. (2019). No straight lines—young women’s perceptions of their mental health and wellbeing during and after pregnancy: a systematic review and meta-ethnography. *BMC women's health*, 19(1), 1-17.
- Luhete, P. K., Mukuku, O., Tambwe, A. M., & Kayamba, P. (2017). Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l’accouchement chez l’adolescente à Lubumbashi, République Démocratique du Congo [Study of maternal and perinatal prognosis for vaginal delivery in adolescent girls in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo]. *The Pan African medical journal*, 26, 182. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.182.9479>
- Malabarey, O. T., Balayla, J., Klam, S. L., Shrim, A., & Abenhaim, H. A. (2012). Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 25(2), 98-102.
- Maleya, A., Kakudji, Y. K., Mwazaz, R. M., Nsambi, J. B., Ngwej, H. I., Mukuku, O., Kinenkinda, X., & Luhete, P. K. (2019). Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo [Maternal and fetal outcomes of unattended pregnancies in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo]. *The Pan African medical journal*, 33, 66. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.66.18528>
- Maness, S. B., Buhi, E. R., Daley, E. M., Baldwin, J. A., & Kromrey, J. D. (2016). Social determinants of health and adolescent pregnancy: An analysis from the national longitudinal study of adolescent to adult health. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 636-643.
- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International breastfeeding journal*, 8(1), 1-7.
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., e Cruz, C. C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.
- Marković, S., Cerovac, A., Cerovac, E., Marković, D., Bogdanović, G., & Kunosić, S. (2020). Antenatal Care and Weight Gain in Adolescent Compared to Adult Pregnancy. *International journal of preventive medicine*, 11, 115. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_374_19

- Marret, S., Chollat, C., de Quelen, R., Cardoso, G. P., Abily-Donval, L., Chadie, A., ... & de périnatalité en Haute-Normandie, R. (2015). Parcours et développement neurologique et comportemental de l'enfant prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 22(2), 195-202.
- Mazzoni, S. E., & Carter, E. B. (2017). Group prenatal care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(6), 552-556.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.-O., Messias, D.K.H, & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. Dans A.I. Meleis (Éd.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Mikucka, M., & Rizzi, E. (2016). Does it take a village to raise a child? The buffering effect of relationships with relatives for parental life satisfaction. *Demographic research*, 34, 943-994.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018) Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2018). Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-grossesse-a-ladolescence/>
- 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), 36-48.
- Moreau, I. (2013). *Parentalité précoce et scolarité: l'effet de la trajectoire parentale sur l'obtention du diplôme*. (Mémoire de maîtrise inédit) Université de Montréal, QC.

- Morissette, P., Bourque, S., & Roux, M. È. (2011). Trajectoire d'engagement paternel dans un contexte de consommation paternelle excessive de substances psychoactives. *Intervention, 135*(1), 61-72.
- Morrel-Samuels, S., Hutchison, P., Perkinson, L., Bostic, B., & Zimmerman, M. (2015). Selecting, implementing and adapting youth empowerment solutions. University of Michigan School of Public Health. Repéré à <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/110221/YES%20Adaptation%20Guide%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Munhall, P. (2012). *Nursing research*. Maimi, FL: Jones & Bartlett Learning.
- Ndengeyingoma, A., & Dufresne, C. (2014). Perceptions des patients pouvant influencer l'autonomisation en lien avec l'éducation à la santé tertiaire ainsi que les stratégies potentiellement autonomisantes &58; analyse de synthèse interprétative critique. *Aporia, 6*(3), 41-53.
- Ndengeyingoma, A., Gauvin-Lepage, J., & Ledoux, I. (2017). *Interventions éducatives en matière de santé*. Gatineau, QC: PUQ.
- Nesbitt, S. A., Campbell, K. A., Jack, S. M., Robinson, H., Piehl, K., & Bogdan, J. C. (2012). Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC pregnancy and childbirth, 12*(1), 1-14.
- Ninacs, W. (1995). Empowerment et service social: approches et enjeux. *Service social, 44*(1), 69-93.
- Ninacs, W. A. (2003). Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *La Clé*. Québec, QC. Repéré à https://www.passerelles.quebec/system/files/upload/documents/posts/a22_ninacs_cle_csctl empowerment 2003.pdf
- Ninacs, W. A. (2008). Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité. *Passerelles. Les Presses de l'Université Laval, 1*, 1.
- Nolan, S., Hendricks, J., Ferguson, S., & Towell, A. (2017). Social networking site (SNS) use by adolescent mothers: Can social support and social capital be enhanced by online social networks?—A structured review of the literature. *Midwifery, 48*, 24-31.
- Nolan, S., Hendricks, J., Williamson, M., & Ferguson, S. (2018). Using narrative inquiry to listen to the voices of adolescent mothers in relation to their use of social networking sites (SNS). *Journal of advanced nursing, 74*(3), 743-751.

- Nolan, S. J., Hendricks, J., Williamson, M., & Ferguson, S. L. (2021). Social networking sites: Can midwives and nurses working with adolescent mothers harness their potential value?. *International Journal of Nursing Practice*, 27(3), e12895.
- Nogueira, A. P. F., de Lucena, K. D. T., Pinto, B. P. V., Araujo, M. F., de Ataíde, M. C. C., Neto, W. D. P., & Deininger, L. D. S. C. (2017). The importance of using genograms for understanding of family dynamics. *Journal of Nursing UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 11(12), 5110-5115.
- Ntinda, K., Thwala, S. L. K., & Dlamini, T. P. (2016). Lived experiences of school-going early mothers in Swaziland. *Journal of Psychology in Africa*, 26(6), 546-550.
- Nuampa, S., Tilokskulchai, F., Sinsuksai, N., Patil, C. L., & Phahuwatanakorn, W. (2018). Breastfeeding experiences among Thai adolescent mothers: a descriptive qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 288-303.
- Odrowąż-Coates, A., & Kostrzevska, D. (2021). A Retrospective on Teenage Pregnancy in Poland: Focussing on Empowerment and Support Variables to Challenge Stereotyping in the Context of Social Work. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 38(2), 165-174.
- Ologeanu-Taddei, R., Gauche, K., Morquin, D., & Bourret, R. (2015). La capacité d'appropriation, une capacité organisationnelle immatérielle négligée dans l'adoption des systèmes d'information et de gestion. *Innovations*, (2), 79-100.
- Oppliger, E., Pomyers, I. D., & Busto Rodriguez, Y. (2019). *Quelles interventions infirmières, en termes de prévention primaire et secondaire afin d'améliorer la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes immigrées en Suisse?* (Travail de bachelor) Haute Ecole de Santé Vaud. Lausanne, CH.
- Ordre des infirmières et infirmiers de Québec (2015) *standards de la pratique infirmière en soins de proximité en périnatalité*. Montreal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers de Québec. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web_2017-11-01.pdf
- Organisation mondiale de la santé (1978) Déclaration de Alma-Ata. Repéré à https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
- Organisation mondiale de la santé (2004) Contraception in adolescence. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42901/9241591447_eng.pdf

- Organisation mondiale de la santé (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;sequence=1>
- Oumar, T. S., Cheickna, S., Alou, S., Saleck, D., Amadou, B., Seydou, F., ... & Ingré, D. A. (2020). Pregnancies without Prenatal Care in the Health District of Commune V in Bamako: Obstetrical Prognosis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(08), 1086.
- Palmquist, A. E., Parry, K. C., Wouk, K., Lawless, G. C., Smith, J. L., Smetana, A. R., ... & Sullivan, C. S. (2020). Ready, Set, BABY live virtual prenatal breastfeeding education for COVID-19. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 614-618.
- Pasadino, F., DeMarco, K., & Lampert, E. (2020). Connecting with families through virtual perinatal education during the COVID-19 pandemic. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(6), 364-370.
- Pease, A., Ingram, J., Blair, P. S., & Fleming, P. J. (2017). Factors influencing maternal decision-making for the infant sleep environment in families at higher risk of SIDS: a qualitative study. *BMJ paediatrics open*, 1(1).
- Polit, D., & Beck, C. (2020). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (10 éd.). Philadelphia, PA:Lippincott Williams & Wilkins.
- Potin, É., Henaff, G., Trelu, H., & Sorin, F. (2018). Enfants placés et familles connectées: Approche sociojuridique de la correspondance familiale numérique. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (31).
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70.
- Quiniou, Y. (2011). Le spectre moral de Marx. *Cites*, (1), 186-190.
- Quosdorf, A., Peterson, W. E., Rashotte, J., & Davies, B. (2020). Connecting with adolescent mothers: perspectives of hospital-based perinatal nurses. *Global qualitative nursing research*, 7. Reperé à <https://doi.org/10.1177/2333393619900891>
- Recto, P., & Champion, J. D. (2020). Social support and perinatal depression: The perspectives of Mexican-American adolescent mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 932-939.

- Rempel, G. R., Neufeld, A., & Kushner, K. E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing, 13*(4), 403-419.
- Rexhepi, M., Besimi, F., Rufati, N., Alili, A., Bajrami, S., & Ismaili, H. (2019). Hospital-based study of maternal, perinatal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy compared to adult women pregnancy. *Open access Macedonian journal of medical sciences, 7*(5), 760.
- Rhugenda, S. M., & Alladatin, J. (2019). La «science ouverte» comme outil d'Empowerment. *Sciences Actions Sociales, (1)*, 156-184
- Ricaud-Droisy, H., Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2014). *Manuel visuel de psychologie du développement-: Enfance et adolescence*. Malakoff, FRA :Dunod.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A., & Downing, G. (2016). Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology, 7*, 195.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., & Canevini, M. P. (2018). Reflective functioning, maternal attachment, mind-mindedness, and emotional availability in adolescent and adult mothers at infant 3 months. *Attachment & human development, 20*(1), 84-106.
- Rodríguez, J. C. (2021). Factores asociados al embarazo adolescente en menores de 15 años, San Miguelito, Panamá, 2014-2018. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5*(3), 2847-2855.
- Ross-Lavoie, S. (2015). *Maternité Répétée À L'adolescence Et Événements Difficiles Vécus Chez Des Jeunes Mères Vulnérables: Une Étude Exploratoire* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrook, Sherbrook, QC.
- Ruthven, I., Buchanan, S., & Jardine, C. (2018). Isolated, overwhelmed, and worried: Young first-time mothers asking for information and support online. *Journal of the Association for Information Science and Technology, 69*(9), 1073-1083.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health behavior: Theory, research, and practice, 5*, 43-64.
- Sanders, J. (2015). *Adaptation and Appropriation* (2nd ed.). London:Routledge.
- Sarrouf, M., & Hajal, G. E. C. (2017). Étude phénoménologique sur l'expérience de l'allaitement maternel chez des femmes libanaises vivant en milieu rural. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière, 3*(2), 97-106.

- Schmidt, N.A., & Brown, J.M. (2009). *Evidence-Based Practice: Appraisal and Application of Research*. Toronto, ON: Jones and Bartlett Publishers.
- Sekharan, V. S., Kim, T. H., Oulman, E., & Tamim, H. (2015). Prevalence and characteristics of intended adolescent pregnancy: an analysis of the Canadian maternity experiences survey. *Reproductive health, 12*(1), 1-6.
- Serfaty-Garzon, P. (2003). L'appropriation. *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement, 2*, 2-7.
- Shea, R., Bryant, L., & Wendt, S. (2016). 'Nappy bags instead of handbags': Young motherhood and self-identity. *Journal of Sociology, 52*(4), 840-855.
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 27*(3), 138-150.
- Sigalla, G. N., Rasch, V., Gammeltoft, T., Meyrowitsch, D. W., Rogathi, J., Manongi, R., & Mushi, D. (2017). Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. *BMC Public Health, 17*, 1–12. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1186/s12889-017-4157>
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M... & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC pregnancy and childbirth, 14*(1), 152
- Smith, P., Buzi, R., Kozinetz, C., Peskin, M., & Wiemann, C. (2016). Impact of a Group Prenatal Program for Pregnant Adolescents on Perceived Partner Support. *Child & Adolescent Social Work Journal, 33*(5), 417–428. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s10560-016-0441-9>
- SmithBattle, L. I. (2013). Reducing the stigmatization of teen mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 38*(4), 235-241.
- SmithBattle, L., & Freed, P. (2016). Teen mothers' mental health. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 41*(1), 31-36.
- Soares, M. C., de Matos, M. B., da Cunha, G. K., Leite, C. F., Caruccio, H. S., Trettim, J. P., ... & Pinheiro, K. A. T. (2021). Suicide risk and prematurity: A study with pregnant adolescents. *Journal of psychiatric research, 133*, 125-133.

- Soltani, H., Marvin-Dowle, K., & Burley, V. (2019). Perspectives of youth-support professionals on encouraging healthy eating in adolescent pregnancies. *Evidence Based Midwifery*, 17(3), 84-91.
- Srivastava, S., Mishra, P. S., Sinha, D., & Kumar, P. (2020). Population attributable risk for breastfeeding practices on diarrhea and acute respiratory infections among children aged 0–23 months in India—What we know and we do not know?. *Children and Youth Services Review*, 119, 105531.
- Sriyasak, A., Almqvist, A.-L., Sridawruang, C., & Häggström-Nordin Elisabet. (2018). Parents' experiences of their teenage children's parenthood: an interview study. *Nursing & Health Sciences*, 20(1), 39–45. <https://doi.org/10.1111/nhs.12378>
- Statistique Canada (2021a). Tableau 13-10-0420-01 Naissances vivantes, selon le groupe d'âge et l'état matrimonial de la mère. Repéré à <https://doi.org/10.25318/1310042001-fra>
- Statistique Canada. (2021b). Tableau 13-10-0416-01 Naissances vivantes, selon l'âge de la mère. Repéré à <https://doi.org/10.25318/1310041601-fra>
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative* (5e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Supphanasup, A., Banwell, C., Kelly, M., Yiengprugsawan, V. S., & Davis, J. L. (2021). Child feeding practices and concerns: Thematic content analysis of Thai virtual communities. *Maternal & Child Nutrition*, 17(2), e13095.
- A Therriault, D. (2020). *Facteurs associés à la qualité des relations d'attachement aux parents et aux pairs à l'adolescence et associations avec les comportements sexuels à risque précoces* (thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Therrien, L., & Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Quebec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Thomas, K. A. (2020). *Social Support for Teen Moms* (thèse de doctorat inédite). California State University, Northridge.

- Thompson, G., Société canadienne de pédiatrie, & Comité de la santé de l'adolescent. (2016). Répondre aux besoins des parents adolescents et de leurs enfants. *Paediatrics & Child Health*, 21(5), 273-273.
- Torchin, H., Ancel, P. Y., Jarreau, P. H., & Goffinet, F. (2015). Épidémiologie de la prématurité: prévalence, évolution, devenir des enfants. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(8), 723-731.
- Torvie, A. J., Callegari, L. S., Schiff, M. A., & Debiec, K. E. (2015). Labor and delivery outcomes among young adolescents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 95-98. doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.024.
- Tu, M. & Poissant, J. (2015). Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe. *Institut national de santé publique du Québec*, 140 p. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2060_effets_rencontres_prenatales_groupe.pdf
- Waller, A., Bryant, J., Cameron, E., Galal, M., Quay, J., & Sanson- Fisher, R. (2016). Women's perceptions of antenatal care: are we following guideline recommended care? *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 191.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379–394. <https://doi.org/10.1177/109019818801500402>
- Wenham, A. (2016). “I know I'm a good mum—no one can tell me different.” Young mothers negotiating a stigmatised identity through time. *Families, Relationships and Societies*, 5(1), 127–144.
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1059-1068.
- Wilkie, G. L., Leung, K., Kumaraswami, T., Barlow, E., & Moore Simas, T. A. (2016). Effects of Obstetric Complications on Adolescent Postpartum Contraception and Rapid Repeat Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6), 612-616. doi.org/10.1016/j.jpog.2016.05.002
- Wong, S. P., Twynstra, J., Gilliland, J. A., Cook, J. L., & Seabrook, J. A. (2020). Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a Canadian sample. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 33(2), 153-159.

- Wright, A., Elcombe, E., & Burns, E. S. (2021). "Paper, face-to-face and on my mobile please": A survey of women's preferred methods of receiving antenatal education. *Women and Birth*, 34(6), e547-e556.
- Young Scot (2015), Co-designing the teenage pregnancy & young parent strategy. Edinburgh: Scottish Government. Repéré à <https://youngscot.net/wp-content/uploads/2014/11/Teenage-Pregnancy-and-Young-Parent-Strategy.pdf>
- Yussif, A. S., Lassey, A., Ganyaglo, G. Y. K., Kantelhardt, E. J., & Kielstein, H. (2017). The long-term effects of adolescent pregnancies in a community in Northern Ghana on subsequent pregnancies and births of the young mothers. *Reproductive health*, 14(1), 1-7.
- Zaltzman, A., Falcon, B., & Harrison, M. E. (2015). Body Image in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(2), 102-108. doi.org/10.1016/j.jpag.2014.06.003
- Zanchi, M., Mendoza-Sassi, R. A., Silva, M. R. D., Almeida, S. G. D., Teixeira, L. O., & Gonçalves, C. V. (2017). Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(7), 628-635.
- Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39-4.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.
- Zimmerman, M. A., & Eisman, A. B. (2017). Empowering interventions: Strategies for addressing health inequities across levels of analysis. Dans M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys, & M. Shinn (Éds.), *APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues* (pp. 173–191). American Psychological Association. Repéré à <https://doi.org/10.1037/14954-011>

Appendice A

Lettre de recrutement

PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DES MÈRES ADOLESCENTES



<https://www.pinterest.es/pin/604115737492016900/>

Vivre une grossesse ou prendre soin d'un enfant à l'adolescence peuvent être des expériences éprouvantes. Les enseignements en santé qu'elles reçoivent avant et après l'accouchement peuvent aider les jeunes femmes à être plus autonomes comme mères adolescentes.

Dans le but de mieux **comprendre l'expérience vécue des mères adolescentes lors des interventions éducatives en santé reçues**, une équipe des chercheuses de l'Université du Québec en Outaouais sollicite la participation des jeunes femmes répondant aux critères suivants :

- Avoir entre 14 et 19 ans.
- Être enceinte ou avoir donné naissance dans la dernière année.
- Être capable de s'exprimer en français.
- Avoir utilisé les services de santé du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais dans la période périnatale. (par exemple : contrôle prénatale au CLSC ou GMF, recevoir les services du programme SIPPE, avoir été à l'hôpital dans le service de périnatalité : clinique gare, obstétrique et/ou maternité).

Personnes à contacter : Si vous souhaitez participer à ce projet de recherche ou si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec Mme Sandra Bonilla (819) 775 9602 ou par courriel : bons11@uqo.ca

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais

Appendice B

Formulaires de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
ENTREVUE INDIVIDUELLE – PARTICIPANTE DE 14 ANS JUSQU' À 17 ANS

Titre du projet. La perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période

Équipe des chercheuses :

Sandra Bonilla Ms. Sc. Inf. (c).

Assumpta Ndengeyingoma Inf., Ph.D. en psychologie.

Roseline Galipeau, inf. PhD en sciences infirmières

Introduction

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce projet. Avant de signer le formulaire de consentement, prenez le temps de lire attentivement toutes les informations. Vous pouvez demander des explications et poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable.

Nature et objectifs du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet afin de mieux comprendre votre point de vue sur les enseignements en santé reçus durant la grossesse et/ou l'accouchement de votre enfant et comment ceux-ci vous ont aidé à être plus autonome comme mère adolescente. Cette connaissance nous permettra d'améliorer les services offerts aux jeunes enceintes.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 8 mères adolescentes pour réaliser des entrevues individuelles.

Vous pouvez participer à ce projet de recherche parce que (critères d'inclusion):

- 1) vous êtes âgée de 14 à 19 ans
- 2) vous êtes enceinte ou vous avez donné naissance à un enfant durant la dernière année
- 3) vous êtes capable de vous exprimer en français.
- 4) vous avez utilisé les services de santé en périnatalité.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment et votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur les services de santé que vous recevez actuellement ou que vous recevrez dans le futur. **Votre contribution à ce projet consiste à rencontrer la chercheuse principale pour une entrevue individuelle téléphonique ou par vide appel. Cette entrevue devrait durer 45 minutes.**

Bénéfices

En acceptant de participer à cette étude, vous aurez l'occasion de partager votre expérience en tant que jeune mère. Les informations que vous partagerez nous permettront de comprendre comment les interventions éducatives en santé que vous avez reçues ont facilité ou non la façon de vous approprier de votre grossesse et si elles vous ont aidé à être plus autonome dans la prise en charge de votre grossesse et de votre enfant.

Risques et inconvénients

Le temps prévu pour l'entretien est le principal inconvénient identifié. Il est possible que vous vous sentiez mal à l'aise et que vous ayez des difficultés à partager certains renseignements reliés à votre vie personnelle ou à votre santé. Toutefois, vous avez le droit de ne pas répondre aux questions qui vous mettent mal à l'aise. De plus, une liste des ressources disponibles vous sera donnée en cas où vous aurez besoin.

Personnes ressources à contacter en cas de difficulté :

- Info-social

Appelez le **811** et choisissez l'**option 2 Info-Social**. Un intervenant social vous répondra et vous conseillera en se référant à un protocole précis et un répertoire de ressources pour vous indiquer où consulter selon votre état.

- CLSC

Vous pouvez appeler directement au CLSC le plus proche chez vous et demander le service d'aide psychosocial. Vous pouvez trouver la liste de CLSC et leurs coordonnées dans ce lien <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/mon-ciyss/installations2/>

Confidentialité

Il est convenu que l'équipe de recherche mettra tout en œuvre pour garder confidentielles les informations recueillies. Ces informations ne seront partagées qu'avec les autres co-chercheuses. Afin d'assurer la confidentialité des données, un numéro d'identification substituera votre nom. Tout le matériel utilisé lors de l'entrevue sera numérisé et conservé sur l'ordinateur de la chercheuse principale à l'aide d'un mot de passe et sera transféré sur le serveur sécurisé qui est de la propriété de l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude. En cas que vous décidiez de vous retirer du projet, toutes les informations que vous avez données seront détruites.

Lors de l'entretien, il est possible que certaines informations que vous partagez puissent être considérées comme des informations à divulgation obligatoire par la chercheuse. C'est-à-dire que malgré le lien de confidentialité, elle est dans l'obligation de signaler toute situation où la sécurité ou le développement d'un mineur de moins de 18 ans est considéré comme compromis ou que peut être considéré comme compromis. Voici des exemples de situations où la chercheuse a l'obligation de signaler: quand la jeune fille manifeste être abandonnée, négligée, subir de mauvais traitements psychologiques, subir des abus sexuels, subir des abus physiques ou elle est en fugue.

Le matériel utilisé dans ce projet de recherche sera entreposé dans un classeur et sur un serveur sécurisé, situés dans un local verrouillé à l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude. Après ce temps, toutes les données seront détruites. Les documents qui sont sous format papier seront déchiquetés. Les fichiers audio sur l'enregistreuse seront effacés après leur transcription. Les fichiers informatiques et audio sur l'ordinateur seront supprimés à l'aide d'une application, avec un outil nommé « Effacement sécurisé ».

Les résultats seront partagés dans des revues ou lors des congrès scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier, car seulement les codes seront utilisés. Afin de pouvoir communiquer avec vous si nécessaire, votre nom, vos coordonnées ainsi que la date de votre participation au projet seront conservés pour une période de 5 ans après la fin du projet, dans un répertoire à part géré par la chercheuse principale de ce projet de recherche à l'Université du Québec en Outaouais.

Personnes ressources

Si vous avez des questions ou si vous éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet

Chercheuse responsable du projet

Mme Sandra Bonilla

☎ 819 775 9602 (Gatineau)

✉: bons11@uqo.ca

Co- chercheuse

Mme Assumpta Ndengeyingoma

☎ 819 595 3900 poste 2274 [sans frais : 1 800 567-1283], [UQO, Gatineau].

✉: Assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Co- chercheuses

Mme Roseline Galipeau

☎ 819 595 3900 poste 2305 [sans frais : 1 800 567-1283], [UQO, Gatineau].

✉: roseline.galipeau@uqo.ca

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participante à cette recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur

Gatineau (Québec) J8X 1C5

☎ : 819 771-4179 (sans frais : 1(844) 771-4179)



819 771-7611

✉ : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Les comités d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais UQO ont approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

CISSS de l'Outaouais

124, rue Lois, bureau 248

Gatineau (Québec), J8Y 3R7

☎ : 819 770-6528, poste 339199

✉ : 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca

🌐 : www.csssgatineau.qc.ca

Vous pouvez aussi vous référer au président du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec en Outaouais :

M. André Durivage

☎ 1(800) 567-1283, poste 1781 (UQO, Gatineau),

✉ : andre.durivage@uqo.ca

Attestation de consentement

Ma signature sur ce document ne signifie pas que je renonce à mes droits et que la chercheuse n'a plus de responsabilités juridiques ou professionnelles. Ma signature indique que j'ai clairement compris les renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche et j'accepte d'y participer. Je comprends également que si j'ai des

questions ou si j'ai besoin d'éclaircissements, ou de nouveaux renseignements, je ne dois pas hésiter à les demander.

Signature et engagement de la participante pour participer à l'étude

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom de la participante:

Signature de la participante

Date

Signature et engagement de la participante pour l'enregistrement de l'entretien

Si je choisis de participer à l'entrevue, j'accepte que notre conversation soit enregistrée (audio).

Signature de la participante

Date

Signature et engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Signature de la chercheuse

Date



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ENTREVUE INDIVIDUELLE – PARTICIPANTE DE 18 ANS ET PLUS

Titre du projet. La perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période

Équipe des chercheuses :

Sandra Bonilla Ms. Sc. Inf. (c).

Assumpta Ndengeyingoma Inf., Ph.D. en psychologie.

Roseline Galipeau, inf. PhD en sciences infirmières

Introduction

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce projet. Avant de signer le formulaire de consentement, prenez le temps de lire attentivement toutes les informations. Vous pouvez demander des explications et poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable.

Nature et objectifs du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet afin de mieux comprendre votre point de vue sur les enseignements en santé reçus durant la grossesse et/ou l'accouchement de votre enfant et comment ceux-ci vous ont aidé à être plus autonome comme mère adolescente. Cette connaissance nous permettra d'améliorer les services offerts aux jeunes enceintes.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 8 mères adolescentes pour réaliser des entrevues individuelles.

Vous pouvez participer à ce projet de recherche parce que (critères d'inclusion):

- 1) vous êtes âgée de 14 à 19 ans
- 2) vous êtes enceinte ou vous avez donné naissance à un enfant durant la dernière année
- 3) vous êtes capable de vous exprimer en français.
- 4) vous avez utilisé les services de santé en périnatalité.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment et votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur les services de santé que vous recevez actuellement ou que vous recevrez dans le futur. **Votre contribution à ce projet consiste à rencontrer la chercheuse principale pour une entrevue individuelle téléphonique ou par vide appel. Cette entrevue devrait durer 45 minutes.**

Bénéfices

En acceptant de participer à cette étude, vous aurez l'occasion de partager votre expérience en tant que jeune mère avec d'autres adolescentes dans la même situation. Les informations que vous partagerez nous permettront de comprendre comment les interventions éducatives en santé que vous avez reçues ont facilité ou non la façon de vous approprier de votre grossesse et si elles vous ont aidé à être plus autonome dans la prise en charge de votre grossesse et de votre enfant.

Risques et inconvénients

Le temps prévu pour l'entretien est le principal inconvénient identifié. Il est possible que vous vous sentiez mal à l'aise et que vous ayez des difficultés à partager certains renseignements reliés à votre vie personnelle ou à votre santé. Toutefois, vous avez le droit de ne pas répondre aux questions qui vous mettent mal à l'aise. De plus, une liste des ressources disponibles vous sera donnée en cas où vous aurez besoin.

Personnes ressources à contacter en cas de difficulté :

- Info-social

Appelez le **811** et choisissez l'**option 2 Info-Social**. Un intervenant social vous répondra et vous conseillera en se référant à un protocole précis et un répertoire de ressources pour vous indiquer où consulter selon votre état.

- CLSC

Vous pouvez appeler directement au CLSC le plus proche chez vous et demander le service d'aide psychosocial. Vous pouvez trouver la liste de CLSC et leurs coordonnées dans ce lien <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/mon-ciyss/installations2/>

Confidentialité

Il est convenu que l'équipe de recherche mettra tout en œuvre pour garder confidentielles les informations recueillies. Ces informations ne seront partagées qu'avec les autres co-chercheuses. Afin d'assurer la confidentialité des données, un numéro d'identification substituera votre nom. Tout le matériel utilisé lors de l'entrevue sera numérisé et conservé sur l'ordinateur de la chercheuse principale à l'aide d'un mot de passe et sera transféré sur le serveur sécurisé qui est de la propriété de l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude. En cas que vous décidiez de vous retirer du projet, toutes les informations que vous avez données seront détruites.

Le matériel utilisé dans ce projet de recherche sera entreposé dans un classeur et sur un serveur sécurisé, situés dans un local verrouillé à l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude. Après ce temps, toutes les données seront détruites. Les documents qui sont sous format papier seront déchiquetés. Les fichiers audio sur l'enregistreuse seront effacés après leur transcription. Les fichiers informatiques et audio sur l'ordinateur seront supprimés à l'aide d'une application avec un outil nommé « Effacement sécurisé ».

Les résultats seront partagés dans des revues ou lors des congrès scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier, car seulement les codes seront utilisés. Afin de pouvoir communiquer avec vous si nécessaire, votre nom, vos coordonnées ainsi que la date de votre participation au projet seront conservés pour une période de 5 ans après la fin du projet, dans un répertoire à part géré par la chercheuse principale de ce projet de recherche à l'Université du Québec en Outaouais.

Personnes ressources

Si vous avez des questions ou si vous éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet

Chercheuse responsable du projet

Mme Sandra Bonilla

☎ 819 775 9602 (Gatineau)

✉: bons11@uqo.ca

Co- chercheuse

Mme Assumpta Ndengeyingoma

☎ 819 595 3900 poste 2274 [sans frais : 1 800 567-1283], [UQO, Gatineau].

✉: Assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Co- chercheuse

Mme Roseline Galipeau

☎ 819 595 3900 poste 2305 [sans frais : 1 800 567-1283], [UQO, Gatineau].

✉: roseline.galipeau@uqo.ca

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participante à cette recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5

☎: 819 771-4179 (sans frais : 1(844) 771-4179)



819 771-7611

✉: commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Les comités d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais UQO ont approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

CISSS de l'Outaouais

124, rue Lois, bureau 248

Gatineau (Québec), J8Y 3R7

☎: 819 770-6528, poste 339199

✉: 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca

🌐: www.csssgatineau.qc.ca

Vous pouvez aussi vous référer au président du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec en Outaouais :

M. André Durivage

☎ 1(800) 567-1283, poste 1781 (UQO, Gatineau),

✉: andre.durivage@uqo.ca

Attestation de consentement

Ma signature sur ce document ne signifie pas que je renonce à mes droits et que la chercheuse n'a plus de responsabilités juridiques ou professionnelles. Ma signature indique que j'ai clairement compris les renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche et j'accepte d'y participer. Je comprends également que si j'ai des questions ou si j'ai besoin d'éclaircissements, ou de nouveaux renseignements, je ne dois pas hésiter à les demander.

Signature et engagement de la participante pour participer à l'étude

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom de la participante:

Signature de la participante

Date

Signature et engagement de la participante pour l'enregistrement de l'entretien

Si je choisis de participer à l'entrevue, j'accepte que notre conversation soit enregistrée (audio).

Signature de la participante

Date

Signature et engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Nom de la chercheuse :

Signature de la chercheuse

Date.

Appendice C

Guide d'entretien

OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES
Guide d'entrevue individuelle
(Bonilla, Ndengeyingoma et Galipeau, 2020)

CONSIGNES

Introduction

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui. Avant de débiter l'entrevue, j'ai quelques consignes à vous donner:

La chercheuse doit :

1. Rappeler à la participante le but de la recherche;
2. Expliquer le déroulement de l'entrevue semi-dirigée et sa durée;
3. Spécifier le caractère confidentiel des informations recueillies;
4. Expliquer le but de l'enregistrement de l'entrevue et obtenir l'accord verbal de la participante pour l'utilisation de l'enregistreur;
5. Obtenir le consentement écrit de la participante.

Informez la participante que :

Ce projet vise à comprendre votre prise en charge de votre grossesse et des interventions éducatives que vous avez reçues à l'hôpital ou dans d'autres points du système de santé. Avant de commencer, j'aimerais savoir si vous souhaitez toujours participer à cette entrevue (obtenir l'accord verbal puis poursuivre). La rencontre d'aujourd'hui durera entre 45 minutes et 1 heure. Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré, je pourrai ainsi retranscrire la conversation et cela me donnera le temps de mieux vous comprendre. Seules les chercheuses auront accès à l'enregistrement. L'enregistrement de l'entrevue sera détruit 5 ans après la fin du projet.

Consentement écrit

Informez la participante de bien lire le formulaire de consentement avant de le signer. Demandez à la participante si elle veut toujours participer à l'étude et lui rappelez que même si le formulaire a déjà été signé qu'il lui est possible de refuser, qu'elle est libre de

répondre ou non aux questions et qu'elle peut mettre fin à l'entrevue à tout moment. Demander à la participante si elle est toujours d'accord pour que l'entrevue soit enregistrée. Avec le formulaire de consentement signé et l'accord verbal le jour de l'entretien, la chercheuse débute l'entrevue.

Renseignements généraux

Les renseignements généraux seront recueillis par le génogramme et l'écocarte (voir : outils pour la collecte des données)

Renseignements spécifiques (exemples questions pour faciliter la discussion)

Expérience de la périnatalité

Mise en contexte de l'événement :

- Pense à votre premier enseignement visant à apprendre comment prendre soin de l'enfant que vous portez
- Raconte-moi brièvement comment ça s'est passé. (Pause)
- Dis-moi comment(Pause)
- Après l'enseignement qu'est-ce qui était difficile à mettre en application. Cela peut être au niveau de l'alimentation, au niveau des choses que vous aimez, mais que vous deviez renoncer ?
- Que s'est-il passé ? Comment as-tu réagi ?
- Qu'est-ce que tu te disais dans ta tête ? Que pensais-tu ?
- Qu'est-ce qui était le plus important pour toi à ce moment-là ?
- À qui as-tu parlé de cette situation ? Comment lui as-tu expliqué la situation ? Comment les personnes autour de toi ont-ils réagi,
- qu'est-ce qu'ils t'ont dit ou qu'ont-ils fait ? As-tu été satisfait de leurs réactions ? Te sentais-tu écoutée ?
- Qu'est-ce que tu aurais voulu qu'on fasse pour toi et qu'on n'ait pas fait ?

L'appropriation de la grossesse et du rôle de mère

- Comment te sens-tu par rapport à ta grossesse ? Est-ce que c'est une bonne chose pour toi ? Tu te sens prête pour être mère ? Raconte-moi comment ?
- Est-ce que dans ta famille il y a d'autres femmes qui sont tombées enceintes durant l'adolescence ? Comment cela a influencé la façon dont tu vois ta grossesse ?
- Comment penses-tu que les autres (professionnels, de la santé) voient le fait que tu es enceinte à ton âge ? Ton chum ? Et ta famille ? Tes amis ?
- Dirais-tu que tu te sens responsable de ta grossesse ? selon toi, qui devrait être aussi responsable ? Pour quoi ?

- Lors de l'événement significatif que tu viens de me raconter, as-tu eu l'impression que les infirmières/médecin t'ont aidé à te responsabiliser par rapport à ta grossesse ? Si oui ou non pourquoi ? De quelle façon ?
- Et du côté de ta famille ?
- Est-ce que tu sens que cette grossesse t'appartient totalement ? Comment le sens-tu? Explique-moi ?
- À quel moment as-tu senti ou réfléchi au fait que cette grossesse t'appartenait ou pas?
- Quelles pourraient les causes ou les raisons pour lesquelles les jeunes mères ne se sentent pas responsables de leur grossesse/enfant ?
- Est-ce que lors des rencontres avec l'infirmière/médecin, ils t'ont demandé si tu te sentais prête pour être mère? Est-ce qu'ils t'ont aidé dans ce sens ? De quelle façon ?
- Si non, selon toi pourquoi les professionnels de la santé ne favorisent pas chez les jeunes mères que la grossesse leur appartienne?
- Si je te demande que peuvent faire comme infirmière \ médecin pour aider les jeunes mères à ressentir que la grossesse leur appartienne que dirais-tu ? Quels conseils donnerais-tu ? Qu'aimerais-tu, écouter ou recevoir des professionnels de la santé pour t'aider à te sentir plus sûre ou certaine de ton rôle de mère ?
- Selon toi, quelles seraient les conséquences pour la mère et l'enfant si la mère ne se sent pas responsable de sa grossesse ?
- Selon toi, qu'est-ce que les jeunes mères ont besoin pour se sentir plus responsables et impliquées dans les soins ?
- Crois-tu qu'il existe des croyances dans la société qui n'aident pas les mères adolescentes à se sentir compétentes comme mères ?
- As-tu vécu cette expérience ? Raconte-moi ?

Perception de la participation

- Lors des contrôles prénataux ou des rendez-vous médicaux ou de suivi étais-tu plus motivée à participer aux soins de ta grossesse ?
- De quelle façon te sens-tu plus impliquée dans toutes les activités des soins ?
- te déplaces-tu à toutes les activités des soins? Comment ? Seule ? Avec qui ?
- As-tu trouvé le temps de parler avec d'autres jeunes mères enceintes ?
- As-tu cherché de l'information par toi-même sur les soins de la grossesse ou de votre enfant ? De quelle façon ? Comment cette information t'a aidé ?
- Qui t'a aidé avec les tâches ? La préparation à l'accouchement ? Les soins du bébé ?
- De quelle façon lors de l'enseignement as-tu appris à t'organiser pour les soins de ton enfant?
- Lors des enseignements as-tu senti l'impression que votre implication pouvait améliorer les soins ? Tes connaissances?
- Lors de rencontres prénatales de groupes, as-tu senti que cela t'a aidé ? De quelle façon ? Raconte-moi ton expérience de partage avec autres mères ?
- as-tu parlé au groupe de ce que tu vivais ?

- As-tu senti que ces enseignements t'ont permis de prendre soin plus facilement de ta grossesse ou de ton enfant ? De quelle façon ?
- Selon toi ces enseignements sont la meilleure façon d'apprendre ?
- Selon toi, comment s'impliquer dans les soins pourrait être une bonne façon de ne pas trop t'en faire avec le fait d'être enceinte si jeune

Conscience critique

- Selon toi, dans quelles conditions une mère adolescente peut-elle prendre en charge sa grossesse et son enfant ?
- Selon toi, c'est quoi le plus difficile que tu as vécu lors de ta grossesse?
- Comment lorsqu'on est seule pour prendre soin de la grossesse ou élever son enfant, est-il plus difficile de répondre à tous ses besoins.
- Selon toi si l'offre de soins était plus adaptée aux mères adolescentes, est-ce qu'il y aurait plus de participations aux soins ? Pourquoi?

Sentiment d'efficacité personnelle (SEP)- estime de soi

Après les enseignements reçus, raconte-moi, de quelle manière tu t'es senti capable de ?

- d'aller rencontrer l'infirmière du CLSC ou le médecin par ta propre initiative
- De participer à une activité réservée aux soins de ta grossesse ou de soins de ton enfant
- de t'associer avec d'autres mères pour améliorer tes conditions de santé ou de vie ?
- D'aider à l'organisation des soins de ton enfant ?
- D'aider à t'organiser dans tes projets de vie ? Par exemple, le retour à l'école ? La recherche d'un travail?

Synthèse

Faire la synthèse de l'entrevue, de l'événement raconté.

- Si tu étais à la place de la chercheuse qui essaie de comprendre ce qui est important pour comprendre les besoins de mères adolescentes que lui dirais-tu?

Fin et mot de remerciement :

Ex. de texte « Je tiens à te remercier vivement pour ta participation à cet entretien. J'apprécie ton ouverture à me raconter ton expérience. Si cet entretien t'a bouleversé ou si d'autres questions surgissent, n'hésite pas à le dire à..... Mes coordonnées se trouvent sur le formulaire de consentement que tu as signé. As-tu d'autres choses à ajouter ? Encore une fois merci et bonne journée. »

Une fois le magnétophone éteint :

Je demande à la jeune si elle a aimé cette entrevue, si elle a trouvé l'expérience intéressante. Je n'hésiterai pas à partager avec elle sur ce que j'ai trouvé intéressant, touchant, dans son récit. Il importe de reconnaître la valeur de son témoignage

Appendice D

Génogramme et écocarte

Outils pour la collecte des données

Titre du projet : La perception des adolescentes au regard de leur expérience de la périnatalité et des interventions en santé reçues durant cette période.

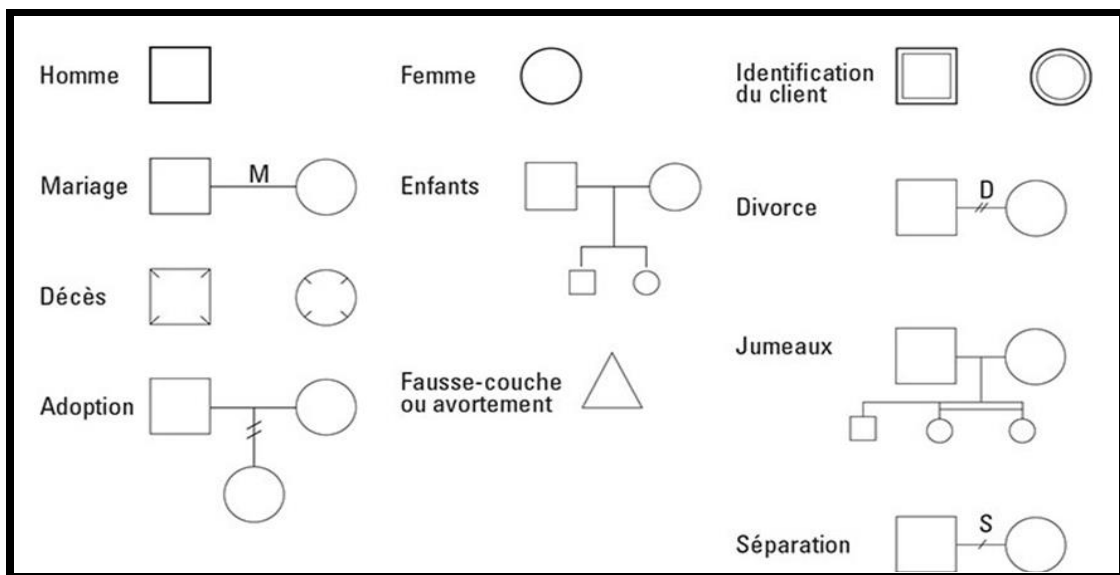
Génogramme et écocarte

Introduction :

Dans le cadre du projet de recherche auprès des mères adolescentes utilisatrices des interventions en santé dans la période périnatale, deux outils: le génogramme et l'écocarte seront utilisés pour obtenir des informations sur la structure interne et externe des participantes et de leur famille. La collecte des données débutera par le génogramme et par la suite, l'écocarte sera utilisée.

Génogramme

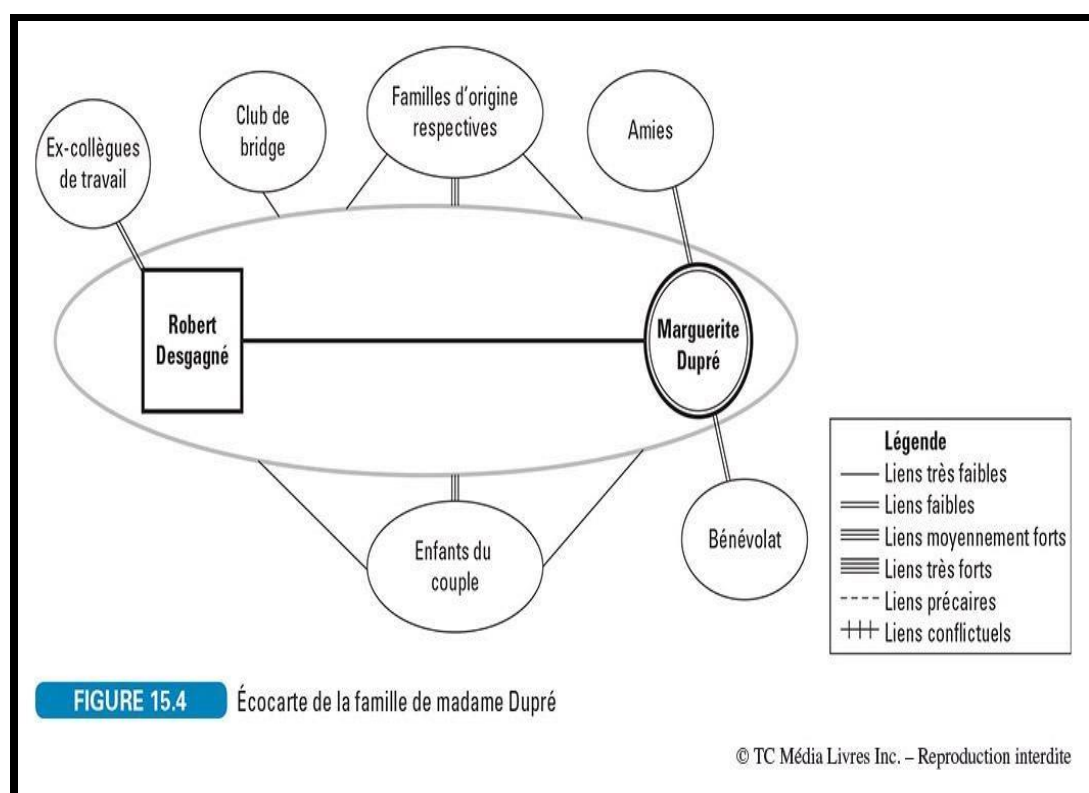
Le génogramme est un outil qui se présente sous la forme d'un schéma. Il permet de résumer et d'illustrer les informations sur la structure interne du client/famille. Cet outil facilite la lecture de la composition de la famille de l'adolescente enceinte permettant ainsi une meilleure compréhension du contexte familial où la grossesse se développe.



Écocarte

L'écocarte est une représentation schématique visant à fournir des informations sur la structure externe de la famille des participantes. Il comprend les systèmes qui sont en relation avec la participante et sa famille tels que les institutions de santé, le système scolaire, le milieu de travail, la communauté culturelle, etc. Ce schéma offre ainsi l'opportunité d'évaluer le degré d'intensité des rapports entre la participante, les membres de sa famille et les différents systèmes avec lesquels elle est en relation. L'écocarte est particulièrement important dans le cadre de ce projet car il permettra non seulement d'explorer les liens entre les services de santé utilisés pour les mères adolescentes ainsi que les ressources communautaires mais aussi les autres milieux fréquentés et que l'apparition d'une grossesse a pu affecter.

Exemple d'une écocarte :



Appendice F

Approbations comités éthique



Le 17 mai 2019

À l'attention de :
Sandra Bonilla Alvarez
Étudiante
Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet : 2019-524, 3118

Titre du projet de recherche : Perceptions des mères adolescentes québécoises et colombiennes au regard des interventions éducatives en santé reçues durant la période périnatale

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 17 mai 2019. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

17 mai 2020.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de l'UQO



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Perceptions des mères adolescentes au regard des interventions éducatives en santé reçues durant la période périnatale.**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Sandra Bonilla Alvarez**

Date de dépôt du formulaire : **2021-06-10 14:36**

Date d'approbation du projet par le CER : **2019-05-17**

Numéro(s) de projet : **2019-524, 3118**

Statut du formulaire : **Approuvé**

Déposé par : **Ndengeyingoma, Assumpta**

Identifiant Nagano : **3118**

Formulaire : **F9-6021**

Suivi du BCER

1. **Objet: renouvellement de l'approbation éthique**

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2022-05-17

Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

Si votre projet se termine avant cette échéance, vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin de signifier au CER la fin de votre projet de recherche.

Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.



Direction générale

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 19 novembre 2019

Madame Assumpta Ndengeyingoma
Chercheuse principale
UQO
assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Madame Sandre Bonilla
Chercheuse
UQO
bons11@uqo.ca

OBJET : Approbation finale

N/Référence : Projet 2019-270_147

V/Référence : « Perceptions des mères adolescentes québécoises et colombiennes au regard des interventions éducatives en santé reçues durant la période périnatale »

Mesdames,

En suivi de l'analyse du projet précité et considérant la recommandation positive du Comité d'éthique de la recherche (CÉR), en comité de révision déléguée, la direction générale autorise le projet.

De plus, l'examen de la convenance Institutionnelle par la Direction des programmes jeunesse est terminé et est jugé satisfaisant.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet de recherche et nous vous prions de recevoir, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La présidente-directrice générale,

Josée Filion

JF/PAA/cr

c. c. M. Henri Fournier, président du CÉR du CISSS de l'Outaouais
M. Pasto Wann, adjoint au directeur, Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche, Bureau de la recherche

81, avenue Gouffard
Sudbury (Québec), QC A1C
Téléphone : 819 987-4100
Téléfax : 819 987-3570
<http://ci.sss.ourouais.gouv.qc.ca>

CERTIFICAT DE RENOUELEMENT D'APPROBATION ÉTHIQUE
du 28 janvier 2022 au 27 janvier 2023

Perceptions des mères adolescentes québécoises et colombiennes au regard des interventions éducatives en santé reçues durant la période périnatale

Référence : Projet 2019-270_147

Soumis par : Assumpta Ndengeyingoma, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais
Sandra Bonilla, chercheuse, Université du Québec en Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;

Appendice E

Approbation du projet et des directrices de recherche

APPROBATION OU MODIFICATION DU SUJET DE RECHERCHE

Notez que le masculin est utilisé afin d'alléger le texte.

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent : BONS27577901	
Prénom et nom :	Sandra Bonilla
Nom du programme :	
Code : 3576	
Type de projet de recherche : mémoire ou mémoire de création	
Trimestre d'admission : automne 2017	Trimestre en cours : été 2021
Régime d'études demandé à l'admission (ou révisé) : temps complet <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> temps partiel	
SUJET DE RECHERCHE	
Prénom et nom du directeur de recherche : Assumpta Ndengeyingoma	
Sujet de la recherche :	
<p>1^{re} version <input type="checkbox"/> 1^{re} modification <input type="checkbox"/> 2^e modification <input type="checkbox"/></p>	
Mots clés (cinq au maximum permettant d'identifier la discipline et le sujet de recherche) :	
Mères adolescentes – intervention éducative – périnatalité – empowerment – appropriation	

Résumé de la recherche :

La grossesse à l'adolescence est considérée comme une grossesse à risque médicale et à risque psychosocial du aux impacts économiques et sociaux pour la dyade mère-enfant et la société (Torvie et al., 2015). Cette situation est soutenue par des attitudes sociétales et les croyances envers la grossesse durant l'adolescence (Rowlands, 2010) et des politiques restrictives à l'avortement et l'accès aux moyens de contraception (Fleming et al., 2013 ; Hunter et al., 2015). Il a été démontré que l'offre de soins adaptés à la réalité des jeunes mères confèrera une certaine protection contre la mortalité fœtale et infantile au sein de la population adolescente (Malabarey et al., 2012). Malheureusement, la participation active aux soins périnataux est considérablement moins fréquente chez les adolescentes (Fleming et al., 2013). Lors de l'utilisation des interventions éducatives en santé (IES) standardisées en périnatalité, les jeunes mères ont un rôle passif, ceci les rend incapables de prendre le contrôle de leur apprentissage ou d'agir sur les propres initiatives (Hunter et al., 2015 ; Wilkie et al., 2016). Il est reconnu que l'inclusion des stratégies autonomisantes lors des IES pourrait s'avérer essentielle pour répondre aux besoins d'apprentissages des adolescentes enceintes (Hanna et Ouruche, 2014).

Le but de l'étude est d'explorer les perceptions de mères adolescentes au regard d'IES reçues durant la période périnatale et comment celles-ci favorisent l'appropriation de la grossesse et l'autonomisation optimale de sa prise en charge.

Une étude qualitative de type phénoménologique sera faite auprès des 13 à 15 jeunes mères âgées entre 14 à 19 ans dans la région de l'Outaouais

Suite au verso

2/2

RÉSERVÉ À L'ÉTUDIANT ET AU DIRECTEUR DE RECHERCHE

J'atteste avoir respecté les règlements qui encadrent la procédure d'approbation du sujet de recherche conformément aux articles 8.21-8.26 du *Règlement des études de cycles supérieurs*.

Sandra Bonilla

Signature de l'étudiant

Date

Je recommande l'approbation du sujet de recherche tel que soumis par _____

N'ASSI

Signature du directeur de recherche

Date

RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DE PROGRAMME ET AU DÉCANAT DES ÉTUDES

<p>En qualité de responsable de programme, j'approuve le sujet de recherche tel que soumis par l'étudiant.</p>	
<p><i>Lucie Lemelin</i></p> <hr/> <p>Signature du responsable de programme</p>	
<p>Le décanat des études atteste de la réception du formulaire « Approbation ou modification du sujet de recherche » en provenance du responsable de programme.</p>	
<p><i>Catherine St-Amour</i></p> <hr/> <p>Attestation du t des</p>	<p><i>14 Juillet 2021</i></p> <hr/>
<p>ATTENTION</p>	
<p>Le sujet de recherche _____ approuvé le <i>14 Juillet 2021</i>, est exclusif à _____ tant que ce dernier est inscrit au programme <i>Sandra Bonilla</i>. <i>maîtrise en sciences infirmières</i></p>	

Articles du Règlement des études de cycles supérieurs en lien avec ce formulaire :

SOUS-SECTION V A – APPROBATION DU SUJET DE RECHERCHE POUR LE MÉMOIRE, L'ESSAI OU LA THÈSE

- 8.21 Inscription du sujet de recherche au deuxième cycle (p. 56)
- 8.22 Inscription du sujet de recherche au troisième cycle (p. 56)
- 8.23 Inscription du sujet de recherche pour les programmes sur mesure (p. 56)
- 8.24 Procédure d'approbation du sujet de recherche (p. 56)
- 8.25 Critères d'approbation du sujet de recherche (p. 57)
- 8.26 Modification du sujet de recherche (p. 57)



Décanat des études
Reçu le
06-11
par 001
01 JUN 2018
Université du Québec
en Outaouais

NOMINATION DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Cods parentant BONS27577901
 Nom de famille BONNIA Prénom Sandra
 Nom et code du programme
3516 maîtrise sc. inf. avec mémoire
 Trimestre d'admission
 Signature de l'étudiant Sandra Bonnia Date 13-02-2018

DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ

NOMINATION CHANGEMENT AJOUT DE CODIRECTION
 Prénom et nom André-Guy Département ISEI
 Prénom et nom (codirecteur, s'il y a lieu) Yves-Guy Département SCIENCE INFORMATIQUES
 Responsabilités du directeur de recherche
 Le directeur de recherche s'il a l'étudiant à ses responsabilités
 a) d'aider, à l'égard de cet étudiant, à titre de tuteur;
 b) d'aider l'étudiant à définir son projet de recherche;
 c) de superviser l'étudiant à tout moment de la réalisation de son projet de recherche;
 d) de convenir avec l'étudiant, aux conditions de son inscription, durant la réalisation de son projet de recherche;
 e) de procéder, par écrit à l'évaluation transmise de l'étudiant;
 f) de valancer le dépôt final du travail de recherche;
 g) et de superviser l'étudiant dans le processus de corrections du travail de recherche;
 h) et de valancer à ce que l'étudiant se conforme à la politique d'éthique de la recherche avec des autres humains
 avant le début et pendant toute la durée des activités de recherche
 Règles des codes parents/parents, article 3.2
 Condition (B) d'encadrement (à remplir si différent des responsabilités nominales du directeur)

Signature du directeur de recherche proposé N. J. J. J. Date 13/02/2018
 Signature du codirecteur de recherche proposé Yves-Guy Date 13/02/2018

DÉCISION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME

Je recommande la nomination des personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.
 Signature du responsable du programme Luce Lemelin Date 27 février 2018

DÉCISION DU DOYEN DES ÉTUDES

Je nomme les personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.
 Signature du Doyen des études Francis Piquant Date 01/06/2018

Vous devez retourner le formulaire au secrétariat du Décanat des études