

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

LOUISE GILBERT INF, BScN, IBCLC

QUAND EST-CE QUE ÇA VA PARAÎTRE?
EXPLORATION DU VÉCU DE GROSSESSE
CHEZ LES FEMMES QUI ONT UN IMC ≥ 40 KG/M² EN PRÉCONCEPTION

AVRIL 2014

Sommaire

La prévalence de l'obésité va en augmentant au Canada, pour tous les groupes démographiques, y compris les femmes enceintes. Ces femmes obèses qui autrefois étaient marginales sur les unités d'obstétrique représentent maintenant plus de 20 % de la clientèle obstétricale (Shields, Conner Gorber & Tremblay, 2008). Les effets de l'obésité sur la grossesse et le nouveau-né sont bien documentés (Chu, 2011), mais on connaît peu le vécu de grossesse de ces femmes en lien avec leur obésité. Pourtant, les femmes obèses s'expriment abondamment sur Internet où il est facile de trouver des blogues sur le sujet, tant en français qu'en anglais. Selon plusieurs auteurs (Nyman, Prebensen & Flensner, 2008; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2007), ces femmes sont considérées comme faisant partie d'une clientèle vulnérable; toutefois leur vécu reste ignoré puisqu'absent de la littérature scientifique sur le sujet, et pourtant présent dans les blogues sur Internet.

Ce projet explore le vécu de grossesse des femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 40 kg/m² en préconception. La théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger de même que celle de l'identité maternelle de Reva Rubin (1984) guident l'analyse des blogues et des entrevues générées par *photo elicitation*, avec quatre participantes au cours de leur deuxième ou troisième trimestre. Cette recherche qualitative utilise l'ethnographie ciblée.

Trois grands thèmes émergent de cette recherche : l'importance d'avoir l'air enceinte, le désir de vivre une grossesse normale et l'importance dans le quotidien des relations, tant négatives que positives, avec les autres. Ces thèmes sont expliqués en lien avec les théories existantes sur l'adaptation durant la grossesse et en post-partum en vue d'amener des recommandations pratiques pour la pratique et la formation infirmière, de même que pour les recherches futures.

Mots-clés : grossesse; obésité; *photo-elicitation*; ethnographie ciblée; Leininger; recherche qualitative

Remerciements

Tout d'abord merci à Louise Dumas. Sans son soutien, cette aventure n'aurait pas été possible. Louise a été une directrice extraordinaire et nos échanges m'ont permis de me remettre en question et d'avancer. Louise a toujours été tellement généreuse de son temps et de son énergie!

Merci à ma famille qui a cru en moi. Hugues, tout spécialement, mais aussi Kim, Julie, Thomas, David et Zoé. Sans vous tous, je n'y serais pas arrivée.

Merci à mes collègues et à la gestion de Santé Publique Ottawa, plus particulièrement à Denise Hébert, ma gestionnaire, de m'avoir appuyée et d'avoir facilité l'achèvement de ce mémoire. Merci aussi à Isabelle Jodouin pour sa patience.

Enfin, merci aux femmes qui m'ont fait confiance et qui m'ont partagé leurs mots et leurs images. Sans vous ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des figures	vi
Introduction.....	7
Phénomène d'intérêt	10
Recension des écrits	12
La prévalence de l'obésité	13
La grossesse et l'obésité : une perception des risques	14
Les professionnels de la santé et leur attitude envers les femmes obèses	15
Les femmes obèses : une clientèle vulnérable	16
Les femmes enceintes obèses et leur vécu de grossesse	17
But de la recherche.....	27
Perspective infirmière	28
Cadres théoriques.....	29
Théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel	30
Modèle de l'identité maternelle	34
Méthodologie	37
Éléments de la triangulation.....	39
Les blogues et groupes de discussions en ligne	40
Les entrevues semi-dirigées avec photo elicitation	41
Identification du thème initial pour prendre les photographies	43
Appareil photographique	45
Formation des participantes	45
Documentation des photographies	46
Utilisation durant l'entrevue	47
Choix du milieu de l'étude.....	48
Avantages et limites de la recherche	49
Échantillon	51
Formulaires de consentement	53
Considérations éthiques	56
Éthique et grossesse	57

Éthique et images	57
Éthique et Internet.....	59
Collecte des données.....	60
Résultats et interprétation	67
Avoir l'air enceinte	68
Grossesse cachée.....	69
Appartenance à un « club ».....	78
Grossesse normale	81
Être mère.....	82
Mon corps peut	85
Mouvements fœtaux.....	92
Gain pondéral durant la grossesse.....	95
Importance des relations, tant positives que négatives	100
Professionnels de la santé	100
Attitudes et relations négatives	104
Relations positives, soutenantes.....	107
Prendre soin de soi	113
Recommandations pour les sciences infirmières	119
Recommandations pour la pratique	120
Le maintien du soin.....	120
La négociation du soin	121
La restructuration du soin	121
Recommandations pour la formation.....	122
Recommandations pour la recherche	123
Conclusion	125
Références.....	127
Appendice A.....	137
Appendice B.....	142
Appendice C.....	147

Liste des figures

Figure 1. Modèle Sunrise (Kuster, Goulet & Pépin, 2002).....	33
Figure 2. Photographie de la boîte de l'appareil photographique utilisé pour l'étude (Participante 1).....	64
Figure 3. Photographie du sac à main rose de M., la compagne de travail de la participante (Participante 1).....	70
Figure 4. Photographie du ventre de la participante (Participante 4)	72
Figure 5. Photographie de la boutique de vêtements de maternité qui vend des vêtements pour les femmes obèses enceintes (Participante 1).....	76
Figure 6. Photographie illustrant l'utilisation difficile des transports en commun pour les femmes obèses enceintes (Participante 2).....	78
Figure 7. Photographie du site web Babycentre.ca (Participante 1).....	81
Figure 8. Photographie prise selon la perspective du bébé (Participante 3)	83
Figure 9. Photographie du journal que la participante tient avec son conjoint pour le bébé (Participante 3).....	84
Figure 10. Photographie de la porte d'un bureau de sages-femmes (Participante 3)	88
Figure 11. Photographie d'un sphygmomanomètre. (Participante 4)	90
Figure 12. Photographie du livre What to expect when you're expecting (Participante 1)	93
Figure 13. Photographie d'un pèse-personne (Participante 2).....	98
Figure 14. Photographie d'une paire de pantalons mauve. (Participante 1)	102
Figure 15. Photographie d'un sac à main (Participante 2).....	105
Figure 16. Photographie des mains du conjoint d'une des participantes en train de faire la vaisselle (Participante 4)	108
Figure 17. Photographie du fils de la participante (Participante 2)	110
Figure 18. Photographie du bouquet que la participante a reçu d'une « amie » anonyme (Participante 2).....	112
Figure 19. Photographie d'une maison pour l'idée de l'agencement des couleurs (Participante 4).....	114
Figure 20. Photographie du châle et de la réserve de laine dont la participante voulait parler (Participante 3)	115
Figure 21. Photographie d'une pédicure récente (Participante 2).....	116

Introduction

La prévalence de l'obésité va en augmentant au Canada, pour tous les groupes démographiques, y compris les femmes enceintes. Ces femmes obèses qui autrefois étaient marginales sur les unités d'obstétrique représentent de plus en plus une proportion importante de la clientèle obstétricale (Shields, Conner Gorber & Tremblay, 2008; McCabe, 2008). Les effets de l'obésité sur la grossesse et le nouveau-né sont bien documentés, mais on connaît peu le vécu de grossesse de ces femmes en lien avec leur obésité. Pourtant, les femmes obèses s'expriment abondamment sur Internet où il est facile de trouver des blogues et des groupes de discussions sur le sujet, tant en français qu'en anglais. Selon plusieurs auteurs (Nyman, Prebensen & Flensner, 2008; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2007), ces femmes sont considérées comme faisant partie d'une clientèle vulnérable, toutefois leur vécu reste ignoré. Ce projet vise donc à explorer le vécu de grossesse des femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 40 kg/m^2 en préconception, à travers leurs images et leurs mots.

L'auteure décrit d'abord le phénomène d'intérêt de cette recherche et en établit le but. Les deux cadres de référence qui guideront l'analyse des résultats de cette recherche qualitative de type ethnographique seront la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Madeleine Leininger (1991) de même que celle de l'identité maternelle de Reva Rubin (1976). Ces modèles ne guident pas le projet, mais l'analyse des résultats puisqu'il s'agit d'une étude ethnographique et que les données doivent émerger d'elles-mêmes à partir de l'immersion de la chercheuse dans un milieu autre que le sien. L'auteure révisé l'état actuel des connaissances sur l'obésité et sur le vécu de grossesse

des femmes obèses, en vue de bien camper les objectifs de la recherche, la méthodologie utilisée de même que les considérations éthiques liées au projet. Finalement, les résultats de cette recherche sont décrits tout en les discutant en lien avec les théories connues sur le vécu de grossesse et du postpartum. Des conclusions et recommandations pour la pratique, l'éducation et la recherche scientifique sont émises.

Phénomène d'intérêt

La prévalence toujours croissante de l'obésité au Canada en fait un sujet d'intérêt important pour tous les professionnels de la santé. Les risques de pathologies associées à cette condition sont bien documentés. Il semblerait toutefois que des préjugés persistent envers cette clientèle malgré toutes les connaissances scientifiques disponibles.

En tant qu'infirmière en santé mère-enfant, la chercheuse s'intéresse à cette clientèle de plus en plus représentée parmi les femmes enceintes canadiennes. Au fur et à mesure de ses lectures professionnelles, elle a été surprise par le silence de ces femmes, si l'on parle beaucoup d'elles et des risques que leur poids présente pour elles et leurs enfants, il semblerait qu'on ne se soit pas attardé à leur vécu de grossesse. Et pourtant, elles s'expriment sur Internet, tant en anglais qu'en français, sur leurs réalités, sur les difficultés liées à leur obésité qu'elles rencontrent et aussi sur leurs joies d'être enceintes.

Si selon plusieurs auteurs (Nyman, Prebensen & Flensner, 2008; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2007), les femmes obèses constituent une clientèle vulnérable, qu'en est-il donc des femmes obèses enceintes? Sont-elles vulnérables? Ont-elles un vécu de grossesse différent des autres femmes? Cette vulnérabilité interpelle la chercheuse en tant qu'infirmière et une meilleure connaissance du vécu des femmes enceintes obèses est nécessaire pour pouvoir leur prodiguer des soins de qualité et surtout, des soins culturellement adaptés.

La question qui préoccupe la chercheuse est donc la suivante : Quel est le vécu de grossesse des femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception?

Recension des écrits

Trois bases de données ont été utilisées pour effectuer la recension des écrits, soient CINAHL, Medline et Psychology and Behavioral Sciences Collection. Les mots clés utilisés étaient obésité et grossesse. Les articles d'importance ont été retenus pour présenter la prévalence de l'obésité, la grossesse et l'obésité, l'attitude des professionnels de la santé envers les femmes obèses, la vulnérabilité des femmes obèses et leur vécu de grossesse.

La prévalence de l'obésité

Pour la présente recherche, l'auteure a retenu la définition de l'obésité de l'Association médicale canadienne. La classe d'IMC qui constitue l'obésité se divise en trois catégories, soit l'obésité légère ou classe I (IMC entre 30,0 kg/m² et 34,9 kg/m²), l'obésité modérée ou classe II (IMC entre 35,0 kg/m² et 39,9 kg/m²) et l'obésité sévère ou classe III (IMC \geq 40 kg/m²) (Lau, Douketis, Morrison, Hramiak, Sharma & Ur, 2006).

Selon un rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (ASPC & ICIS, 2011), le taux d'obésité (IMC \geq 30 kg/m²) chez les Canadiens est près de 25 % en 2009. Si l'on considère aussi l'embonpoint (IMC entre 25,0 kg/m² et 29,9 kg/m²), la prévalence de l'obésité monte à 62,1 % lorsqu'on se base sur des données mesurées, les données obtenues par les participants résultant habituellement en des taux d'obésité plus bas (Aktar-Danesh, Dehghan, Merchant, & Rainey, 2008). Le taux d'obésité chez les femmes va aussi en augmentant depuis les dernières décennies. Il était de 15,7 % en 1979 et de 23,2 % en 2004 (Tjepkema, 2005). Plus précisément, pour la population à l'étude, les

femmes obèses représentent maintenant près de 20 % des femmes en âge de procréer (Shields, Conner Gorber & Tremblay, 2008).

Il est intéressant de noter qu'aux États-Unis, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique par l'American Medical Association (2013). L'Association médicale canadienne quant à elle n'a pas franchi cette étape.

Si les effets néfastes et les risques associés à l'obésité sont bien connus dans la population en général (Lau, Douketis, Morrison, Hramiak, Sharma & Ur, 2006), ils sont aussi documentés durant la grossesse tant pour la mère que pour le bébé.

La grossesse et l'obésité : une perception des risques

La question de l'obésité durant la grossesse et les complications possibles qui s'y rattachent ont été largement documentées dans des publications professionnelles tant en médecine qu'en sciences infirmières (Massiah & Kumar, 2008; Smith, Gulsey & Goodnight, 2008; Ockenden, 2008).

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (Davies, Maxwell & McLeod, 2010) recommande que les femmes enceintes qui ont un IMC de plus de 30 kg/m² aient un suivi conjoint et fréquent assuré par une diététicienne qualifiée et par un gynécologue. La SOGC allègue aussi certains risques associés à l'obésité durant la grossesse, pour la mère (hypertension, diabète gestationnel, risques accrus en cas d'anesthésie et formation de caillots) et pour l'enfant (malformations cardiaques congénitales et malformations du tube neural). On reconnaît aussi que l'obésité chez la femme enceinte est associée à la macrosomie foetale, à la prématurité, à un faible poids de naissance et à un taux plus élevé de césarienne (Smith, Hulsey & Goodnight, 2008).

Localement, l'Hôpital d'Ottawa, campus Civic (McCabe, 2008) a mis en place un protocole particulier pour les clientes enceintes qui ont un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ (obésité sévère) en préconception. Celles-ci sont aiguillées vers la clinique des grossesses à risques élevés (GARE), l'anesthésiste et la diététicienne. D'autres services sont ajoutés au besoin.

Les professionnels de la santé sont préoccupés par l'impact, à court terme (prématurité, hypoglycémie néonatale et macrosomie) et à long terme (gain de poids excessif durant la grossesse, rétention de poids en postpartum et poids excessif plus tard dans la vie), que l'obésité présente pour la santé des femmes obèses et pour leurs enfants (Chu, 2011). Plus précisément un poids élevé en préconception augmente les risques de complications durant la grossesse (diabète gestationnel, hypertension gravidique, prééclampsie, éclampsie, dystocie des épaules et césarienne), les risques d'issues négatives de la grossesse (fausse-couche, mort fœtale intra-utérine, anomalies congénitales incluant celles du tube neural, prématurité et macrosomie) et les risques de conséquences défavorables tout au long de la vie de l'enfant (obésité durant l'enfance, l'adolescence et la vie adulte, hypertension, syndrome métabolique et complications cardiaques plus tard dans la vie (Lang Dunlop, Narayan & Mayes, 2011). Toutefois ces préoccupations semblent porter sur les effets physiologiques et tératologiques de l'obésité, soit une vision axée davantage sur l'absence de maladie que sur la santé.

Les professionnels de la santé et leur attitude envers les femmes obèses

Un élément qui complique la situation est la perception qu'ont les professionnels de la santé des clientes obèses. Les professionnels de la santé en général reconnaissent les

risques associés à l'obésité et les besoins particuliers de la clientèle obèse. Et pourtant, selon Huizenga, Cooper, Bleich Clark & Beach (2009), le respect des médecins pour leurs clients obèses est indirectement proportionnel à leur taux d'obésité. La prévalence des préjugés contre les clients obèses a été documentée dans plusieurs disciplines, tant en nutrition et en sciences infirmières qu'en médecine (Puhl & Heuer, 2009; Puhl, Wharton & Heuer, 2009; Brown, 2006; Bocquier, Verger, Basdevant, Andreotti, Baretge, Villani, et al, 2005; Wray & Deery, 2008). Ces préjugés incluent la paresse, le manque de volonté et de motivation et l'incapacité à respecter un traitement. De plus, cette clientèle est perçue comme ayant une diète et une santé pires que celles de la population en général, même quand il s'agit souvent de clients en santé.

Carryer (2001) souligne que l'obésité empêche les femmes obèses d'être en santé. Elle explique que ce n'est pas l'obésité comme telle qui en est la cause, mais plutôt les restrictions imposées par la société et par les personnes obèses elles-mêmes qui préviennent la participation de ces femmes à des activités de relaxation, de récréation, d'exercices physiques et qui entravent leur accès aux services de santé. Un article de Graves (2010) pour *CNN Health* abonde dans le même sens et parle de discrimination basée sur la grosseur (*fat discrimination*). À la suite de ces préjugés amplement documentés, on peut s'interroger sur la vulnérabilité des clientes obèses.

Les femmes obèses : une clientèle vulnérable

Selon de Chesnay (2008), sont vulnérables ceux qui sont plus à risque que la moyenne de développer des problèmes de santé en raison de leur statut socioculturel marginalisé, de leur accès limité aux ressources économiques ou de certaines

caractéristiques individuelles (âge, sexe...). Le poids est une caractéristique individuelle et selon Nyman, Prebensen & Flensner (2008), les clientes enceintes obèses constituent une clientèle vulnérable justement parce que leur obésité est une caractéristique extrêmement visible. Wainwright & Turner (2003) parlent aussi de la valeur du corps (forme et visibilité) dans la société et de sa contribution aux inégalités sociales.

Plusieurs auteurs viennent appuyer le concept de la vulnérabilité des clientes obèses enceintes. Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell (2007) affirment que les préjugés et la stigmatisation dont sont victimes les personnes obèses menacent leur santé émotionnelle et physique. Selon Wang, Brownell & Wadden (2005), les préjugés contre les personnes obèses sont même socialement acceptables. De plus, cette stigmatisation est dirigée davantage vers les jeunes adultes (Hebl, Ruggs, Singletary & Beal, 2008) et les femmes (LaCoursiere, 2011), donc la clientèle d'intérêt pour cette recherche, soit les femmes en âge de procréer.

Les femmes enceintes obèses et leur vécu de grossesse

Les femmes enceintes obèses sont nombreuses à s'exprimer dans différentes communautés virtuelles, tant dans les blogues que dans les forums de discussion. Les préoccupations à propos des risques pour la santé ne se retrouvent à peu près pas sur ces blogues et ces forums de discussion que les femmes obèses visitent, tant en français qu'en anglais. Différents sujets y sont toutefois abordés : difficulté à visualiser le fœtus à l'échographie (babycenter.com, 2009), recherche de gynécologues non « grossophobes » (vivelesrondes.com, 2009) ou grossesse cachée (theshapeofamother.com, 2009), pour ne nommer que ceux-là.

Malgré tous les aspects physiopathologiques reliés à l'obésité et documentés dans une multitude d'articles scientifiques, très peu d'auteurs se sont attardés au vécu de grossesse des femmes obèses. Amador, Juárez, Guízar & Linares (2008) ont comparé la qualité de vie de ces femmes en relation avec la santé dans le contexte plus large de la santé maternelle et de l'issue de la grossesse. Ils ont comparé la qualité de vie des femmes obèses enceintes (110 femmes obèses) à celle de femmes enceintes de poids normal (110 femmes de poids normal) à deux moments pendant la grossesse, soit à la première visite et durant le troisième trimestre. Cette comparaison a été effectuée à l'aide d'un court questionnaire de santé, le *Short Form-12*. Ce questionnaire validé, qui est une version abrégée du *Short Form 36*, produit deux scores, l'un mental et l'autre physique. Cette approche visait à évaluer la contribution de l'obésité sur la qualité de vie d'une femme enceinte. Ils ont conclu que les femmes obèses enceintes ont une qualité de vie inférieure à celle des femmes enceintes de poids normal. Selon eux, cette différence est principalement liée au score de la composante physique du questionnaire au troisième trimestre et est associée au poids en préconception, au gain de poids ainsi qu'aux complications durant la grossesse. Les femmes obèses enceintes ont rapporté plus de symptômes physiques affectant négativement leur qualité de vie comme de la douleur et des limitations physiques plus grandes dans le troisième trimestre de la grossesse.

Che, Jiang et Mao (2009) mentionnent une association entre la dépression et l'obésité, plus spécifiquement chez les femmes de 18 à 39 ans, donc les femmes en âge de procréer. LaCoursiere (2011) rapporte une association similaire chez les femmes ayant une obésité de classe III ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Même en comparant des participantes obèses

de classe I, II et III, les femmes ayant une obésité de classe III ont rapporté significativement plus de symptômes dépressifs que celles de classe I ou II (Wadden, Butryn, Sarwer, Fabricatore, Crerand, Lipschutz, Falconbridge, Raper & Williams, 2006). Une théorie retenue par LaCoursiere explique cette association complexe entre l'obésité et la dépression par le lien entre l'obésité, le stress et la stigmatisation, ce qui altère les défenses psychosociales et mène à la dépression. LaCoursiere (2011) insiste sur l'importance de déceler le plus tôt possible la dépression chez la femme enceinte afin de prévenir des symptômes plus importants chez la mère et des problèmes de comportements chez l'enfant.

Haedt & Keel (2007) ont examiné l'association entre l'attachement maternel, la dépression et l'insatisfaction corporelle chez des femmes de poids normal en préconception. Pour ce faire, ils ont utilisé différents questionnaires préalablement validés auprès de 196 femmes enceintes pour mesurer l'insatisfaction corporelle (*Body Shape Questionnaire*), la dépression (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) et l'attachement maternel (*Maternal Fetal Attachment Scale*). L'association entre ces divers facteurs a été déterminée grâce à un coefficient de corrélation de Pearson. Pour les femmes ayant une insatisfaction corporelle faible ou moyenne, l'attachement au fœtus augmente avec le nombre de semaines de grossesse ($p < 0.001$ dans les deux groupes). Toutefois pour les femmes ayant un taux élevé d'insatisfaction corporelle l'attachement au fœtus n'augmente pas avec les semaines de grossesse ($p = ns$). Les auteurs avaient prévu que la dépression serait un facteur important dans le développement de l'attachement au fœtus, mais il s'est avéré que la dépression n'a eu aucun effet ($p = 0.64$).

Ils rapportent donc qu'un haut taux d'insatisfaction corporelle diminue significativement l'attachement au fœtus. Il est à noter qu'aucune étude sur ce sujet n'a été recensée en ce qui concerne les femmes obèses.

Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom (2008) ont recruté 215 femmes enceintes entre 15 et 25 semaines pour leur étude sur la relation entre les symptômes physiques, la qualité du sommeil, la dépression, l'estime de soi et l'insatisfaction corporelle durant la grossesse. Ces participantes ont rempli différents questionnaires au sujet de l'image corporelle (*Body Attitude Questionnaire*), la dépression (*Beck Depression Inventory*), l'estime de soi (*Rosenberg Self-esteem Scale*), la qualité du sommeil (*Pittsburg Sleep Quality Index*) et les symptômes somatiques à partir d'une liste des 29 symptômes somatiques (Wallace, Boyer, Dan & Holm, 1986) les plus fréquents durant la grossesse, dont la nausée, la sensibilité des seins, la constipation, etc. L'association entre ces divers facteurs a été déterminée grâce à un coefficient de corrélation de Pearson. Ils insistent sur l'importance pour les professionnels de la santé d'évaluer la qualité du sommeil et la possibilité de dépression durant la grossesse en présence de symptômes physiques négatifs plus importants. Ils ont aussi relevé que l'insatisfaction corporelle par rapport à son poids est associée durant la grossesse à des symptômes physiques plus intenses, à un sommeil de piètre qualité, à des symptômes dépressifs plus importants et à une baisse de l'estime de soi.

Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom (2009) ont exploré l'expérience des femmes quand leur corps et leur humeur à deux moments durant la période périnatale, soit en fin de grossesse et au début du postpartum. Les auteurs ont réalisé deux

entrevues en profondeur avec 20 femmes enceintes, une entrevue en fin de grossesse et une autre au début du postpartum. Elles soulignent un aspect intéressant lié à l'image corporelle durant la grossesse chez des femmes ayant un IMC normal : être consciente que la grossesse est visible contribue à la satisfaction corporelle durant la grossesse. Les femmes dans cette étude ont insisté sur l'importance d'avoir l'air enceintes et non pas grosses. La chercheuse s'interroge donc quant aux effets sur la santé mentale en présence d'une grossesse cachée, comme celle chez les femmes obèses.

En 2011, Smith & Lavender ont réalisé une métaanalyse de l'expérience de maternité des femmes ayant un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. La majorité des articles retenus ne touchent qu'un aspect spécifique de l'expérience de grossesse des femmes obèses soit les relations que les femmes obèses entretiennent avec leurs professionnels de la santé (Nyman, Prebensen & Flensner, 2010). D'autres articles ont trait à l'image corporelle et aux changements associés à la grossesse chez les femmes de différents poids (Fox & Yamaguchi, 1997), à la transition au rôle de parent pour des femmes de différents poids (Keenan & Stapleton, 2010), aux croyances des femmes ayant un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ par rapport au gain de poids durant la grossesse (Wiles, 1998) et à l'exercice physique durant la grossesse (Weir, Bush, Robson, McParline, Rankin & Bell, 2010). Ces six articles sont décrits plus en détails plus bas.

Nyman, Prebensen & Flensner (2010) ont interviewé dix femmes ayant un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ au moment de leur première visite au centre de santé, entre quatre et six semaines postnatales. L'entrevue se concentrait principalement sur les relations des femmes avec les professionnels de la santé durant la grossesse et l'accouchement et non

pas sur le vécu global de ces femmes durant la grossesse. Leurs résultats font ressortir la vulnérabilité des femmes obèses enceintes face aux professionnels de santé qui les soignent et l'importance pour ces professionnels de prendre conscience de leurs attitudes et de leur pouvoir sur ces femmes.

Fox & Yamaguchi (1997) ont recruté 76 primigestes à plus de 30 semaines de grossesse dont 42 avaient un IMC normal et 34 avaient un IMC se situant entre 25 kg/m² et 39 kg/m². En entrevues qualitatives, ils ont utilisé des questions ouvertes et une version modifiée du *Body Shape Questionnaire*. Leurs résultats indiquent que les femmes ayant un IMC ≥ 25 kg/m² avaient des sentiments plus positifs envers leurs changements corporels durant la grossesse à 30 semaines. Malgré tout, ces femmes avaient une image corporelle plus négative que les femmes ayant un IMC entre 18 kg/m² et 25 kg/m². Les auteurs ont noté plusieurs limites à leur recherche. Une de ces limites était liée au recrutement; en effet, ils n'ont recruté que des primigestes et les résultats pourraient s'avérer différents pour des multigestes. De plus, les femmes du groupe ayant un surplus de poids étaient uniquement des femmes ayant une obésité de classe I ou II, ce qui rend une généralisation de leurs résultats plus problématique chez les multigestes ou chez les femmes enceintes ayant un IMC ≥ 40 kg/m². Pourtant, cette recherche illustre une donnée d'importance quant au vécu de femmes obèses durant leur grossesse.

Keenan & Stapleton (2010) ont voulu explorer la transition au rôle maternel chez les femmes ayant un surplus de poids et leurs relations avec les professionnels de la santé. Pour ce faire, ils ont interrogé 60 primipares de différents poids qui étaient susceptibles d'avoir des préoccupations quant à leur relation avec la nourriture, leur poids ou leur

image corporelle. Les trois entrevues ont été réalisées durant la grossesse et, à trois et neuf mois postpartum. Les participantes obèses avaient un IMC entre 30 kg/m^2 et 57 kg/m^2 (taille et poids autodéclarés). Les auteurs ont analysé les entrevues longitudinales réalisées avec les participantes pour explorer la transition à la maternité chez ces femmes ayant un surplus de poids. Ils ont conclu que l'expérience de grossesse et de maternité des femmes ayant un surplus de poids est négativement influencée par les commentaires venant de leur famille et des médias à propos de leur poids. Ils soulignent aussi que les remarques jugées blessantes de la part des professionnels de la santé survenaient en postpartum plutôt que durant la grossesse.

De son côté, Wiles (1998) a utilisé des entrevues en profondeur avec 37 femmes ayant atteint un poids de 90 kg à 30 semaines de grossesse (IMC en préconception entre 25 kg/m^2 et 45 kg/m^2) pour explorer la croyance des femmes ayant un poids supérieur à la moyenne de ce qui constitue, selon elles, un gain de poids adéquat durant la grossesse. Généralement, les participantes de cette étude avaient deux principales préoccupations : retourner à leur poids de préconception et avoir un bébé en santé. Wiles conclut donc que les professionnels de la santé devraient explorer les croyances des femmes ayant un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ quant au gain de poids gestationnel, car les croyances à ce sujet varient considérablement d'une femme à l'autre. L'auteur pense aussi que de remettre de l'information écrite à ces femmes pourrait les aider à comprendre ce qui constitue un gain de poids acceptable durant la grossesse selon le poids en préconception.

Finalement, Weir, Bush, Robson, McParlin, Rankin & Bell (2010) ont examiné l'expérience de femmes ayant un surplus de poids (60 % des participantes) ou obèses

(40 % des participantes) quant à l'activité physique durant la grossesse. Des 22 femmes recrutées lors de leur inscription à la clinique, seulement 14 ont participé à des entrevues en profondeur, semi-structurées, pour explorer spécifiquement les vues et l'expérience des participantes quant à l'importance des saines habitudes de vie durant la grossesse, les avantages et les barrières à l'activité physique durant la grossesse et finalement les interventions possibles pour améliorer les habitudes de vie. Les résultats des entrevues ont été analysés en utilisant la *théorie du comportement planifié* (Ajzen, 1985). Pour ces femmes, la nutrition avait plus d'importance pour la santé de la mère et de l'enfant que l'activité physique. Elles mentionnaient aussi leur désir de faire de l'activité physique en postpartum et leur croyance que l'activité physique durant la grossesse pouvait être dommageable pour le fœtus. Les auteurs soulèvent aussi que les participantes à l'étude ne s'inquiétaient pas de leur gain de poids durant la grossesse, ces préoccupations faisant partie du postpartum. Les auteurs concluent que les professionnels de la santé devraient encourager l'activité physique chez ces patientes de façon constante durant la grossesse.

Des six articles retenus par Smith & Lavender, seul celui de Furber & McGowan (2010) explore de manière plus holistique l'expérience de la maternité spécifiquement chez les femmes ayant un $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$. Les dix-sept participantes ont été recrutées lors du test de tolérance au glucose à 28 semaines. Deux entrevues semi-structurées ont été utilisées, une au troisième trimestre et l'autre en postpartum (entre trois et neuf semaines), pour colliger l'information relative au vécu de grossesse de femmes obèses. Les questions d'entrevue durant la grossesse couvraient les sentiments des participantes quant à leur poids, leurs interactions avec les professionnels de la santé et leur expérience

de grossesse au moment de l'entrevue. Les questions durant la période du postpartum touchaient leur expérience de l'accouchement, leurs rapports avec les professionnels de la santé, leurs attentes quant à leur poids après la naissance et finalement, le soutien et les conseils pour perdre du poids. Les deux principaux éléments qui ressortent de leur étude sont l'humiliation d'être à la fois enceinte et obèse et la médicalisation de la grossesse chez les femmes obèses. Les femmes ont en effet rapporté avoir l'impression que le bien-être de leur enfant était le seul élément qui importait pour les professionnels de la santé. L'une d'elles disait même se sentir comme « un fourneau ». Il est aussi à noter que plusieurs des participantes à cette étude ont décrit se sentir embarrassées lors de l'échographie à cause des remarques désobligeantes des professionnels de la santé à propos de leur poids. Les auteurs recommandent aux professionnels de la santé de prendre en considération les aspects psychologiques associés à l'obésité, spécifiquement durant la grossesse par exemple en utilisant un langage concret et basé sur des faits quotidiens, surtout en parlant de questions relatives au poids. Ils suggèrent aussi aux professionnels de la santé de prendre toutes les occasions possibles pour parler positivement de la grossesse à ces femmes obèses puisque leur grossesse est souvent ignorée dans leur environnement.

Des femmes ayant un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ en préconception ont participé à ces études, mais celles-ci ne donnent qu'une image fragmentée du vécu de grossesse des femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Comme ces femmes sont très présentes sur des blogues, tant en anglais qu'en français, et qu'elles expriment ouvertement des préoccupations qui ne sont pas ressorties dans les études les concernant,

l'image du vécu de grossesse de ces femmes est à tout le moins incomplète. Il est donc nécessaire d'avoir une compréhension plus holistique et émiqve du vécu de grossesse des femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ afin de leur prodiguer des soins adéquats. La chercheure croit donc qu'il est important d'explorer spécifiquement le vécu de cette population émergente.

But de la recherche

« Quand est-ce que ça va paraître? » est un projet de recherche qualitative ayant pour but l'exploration du vécu de grossesse des femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Le choix du titre vient des commentaires de plusieurs primipares sur les forums de discussion pour les femmes obèses enceintes. « Quand est-ce que ça va paraître? » est une des premières questions à avoir attiré l'attention de la chercheuse sur le sujet de la présente étude.

Perspective infirmière

L'importance d'avoir une perspective infirmière, plus holistique, est soulignée par Buxton (2008). Elle déplore en effet que trop souvent les infirmières oublient leurs racines et adoptent une vision médicale de la santé chez les femmes obèses, axée sur l'absence de pathologie au lieu d'une vision infirmière plus globale, basée sur le bien-être. Cette recherche veut explorer le vécu des femmes obèses enceintes dans cette perspective holistique afin de mieux outiller les infirmières qui prennent soin de ces clientes.

Cadres théoriques

Cette étude se préoccupe du vécu de femmes vulnérables. Elle vise à mieux comprendre la population des femmes enceintes obèses et leurs besoins; elle s'inscrit dans un cadre ethnographique et ne se base sur aucun cadre théorique infirmier particulier en vue de laisser les données émerger du contexte ethnographique spécifique. Par contre, l'auteure s'est empreinte de deux cadres infirmiers qu'elle utilisera ensuite pour encadrer l'analyse des données : la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Madeleine Leininger (1991) et le modèle de l'identité maternelle de Reva Rubin (1984).

Théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel

Madeleine Leininger a utilisé ses connaissances et son expérience en anthropologie et en sciences infirmières pour développer la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel (Leininger & McFarland, 2006; Kuster, Goulet & Pépin, 2002). Dès 1985, Leininger établit les bases générales de sa théorie et prédit que si des cultures différentes perçoivent, connaissent et pratiquent le soin de différentes manières, elles ont aussi des points communs (Reynolds & Leininger, 1993).

Law & John (2012) soutiennent que si les théories transculturelles en nursing associent habituellement le concept de culture à l'appartenance à un groupe ethnique, le concept de culture dépasse de loin la simple ethnicité. Ces auteurs ont d'ailleurs utilisé un modèle théorique transculturel pour évaluer les besoins de santé des sans-abris au Royaume-Uni (John & Law, 2011).

Or, les femmes obèses enceintes n'appartiennent pas toutes à un même groupe ethnique. Cette clientèle représentée dans les différentes couches de la société (ASPC & ICIS, 2011) peut être considérée comme une sous-culture ou un sous-groupe des femmes enceintes. Un sous-groupe culturel est aussi un groupe d'appartenance reliant des personnes partageant des caractéristiques sociales différentes, donc un sous-groupe social (Law & John, 2012). L'approche ethnographique permet à la chercheuse d'étudier un tel groupe social auquel elle ne fait pas partie. Il s'agit donc d'étudier de l'extérieur en recherchant les divers aspects du vécu des personnes du groupe choisi.

Law & John (2012) apportent un point important à considérer lors de l'évaluation de la culture du soigné, soit la différence entre les individus d'une même culture. En effet, ils maintiennent que c'est l'attention à ces différences qui prévient la création de stéréotypes. Cette attention aux différences à l'intérieur d'un même groupe viendra supporter des soins culturellement adaptés à chaque individu. Le modèle *Sunrise* de Leininger (Leininger & McFarland, 2006) vient supporter l'analyse des caractéristiques du sous-groupe des femmes obèses enceintes et de leurs interactions avec leur environnement.

L'approche de Leininger est faite de dualité : culture du soignant et du soigné, différences et similitudes du soin, mais aussi de l'expérience du soigné et de celle du soignant. Hughes & Farrow (2007) dans leurs réflexions sur la culture du soignant pensent que les infirmières doivent reconnaître trois éléments importants pour éviter de stigmatiser les clients obèses. Premièrement, elles doivent être conscientes de leurs propres valeurs quant à l'obésité, deuxièmement, des valeurs de la société occidentale

dont nous faisons partie où minceur égale santé et où l'obésité est une maladie dont la personne obèse est la cause et finalement, de la valeur du concept culturel de la minceur pour les femmes en Occident.

Le modèle *Sunrise* (Figure 1) est une représentation graphique de la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Madeleine Leininger (Leininger et McFarland, 2006). Il décrit les différents facteurs qui influencent un individu ou un groupe. Selon cette théoricienne, la vision du monde d'un individu interagit avec les structures sociales et culturelles dans lesquelles il vit. Ces éléments à leur tour influencent la religion, la politique, les lois, l'économie, l'éducation, les relations familiales et les valeurs culturelles. Tous ces facteurs influent sur les pratiques et les expressions du soin pour cet individu ou ce groupe. C'est un modèle dynamique où Leininger a mis l'accent sur les interactions constantes entre les diverses composantes du modèle (Lévesque, 2013).

Rosenbaum (1986) suggère que ce modèle peut être utilisé de manière inductive pour mettre à jour un phénomène spécifique. Elle soutient d'ailleurs que Leininger préfère une approche émiqque, soit une approche où les connaissances émergent des clients eux-mêmes. L'information recueillie pour cette étude provient de la clientèle d'intérêt, les femmes, dont l'IMC en préconception est \geq à 40 kg/m², à travers les forums de discussions, les blogues et les entrevues réalisées.

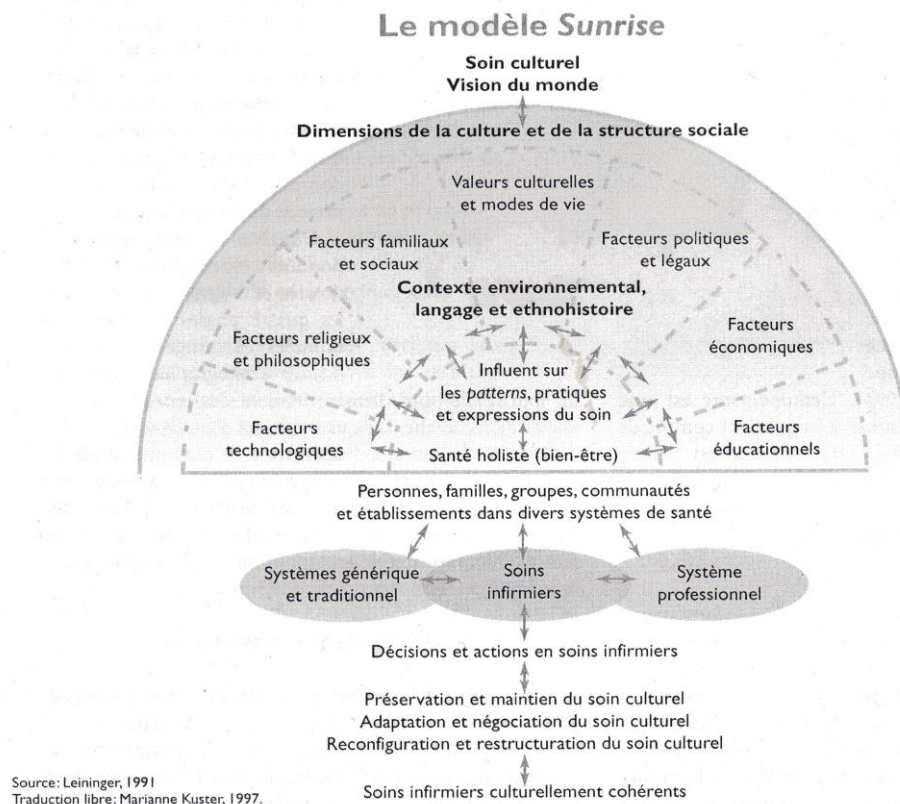


Figure 1. Modèle Sunrise (Kuster, Goulet & Pépin, 2002)

Selon Kuster, Goulet & Pépin (2002), un des défis pour l'infirmière est de saisir les comportements, les pratiques et les attitudes en fonction des valeurs culturelles, sociales et religieuses afin d'adapter les soins. Pour ce faire Leininger a conceptualisé la méthode de recherche ethnonursing (Leininger & McFarland, 2006). Elle a aussi développé ses propres outils afin de structurer et guider ses interactions pour entrer en contact comme coparticipante avec les participants et demeurer avec les participants dont elle voulait connaître l'univers de soins. Leininger (Leininger et McFarland, 2006) insiste sur l'importance d'utiliser des questions ouvertes et non directives pour accéder à la culture et aux différents modes de vie ainsi que pour explorer les différentes interactions

selon le modèle *Sunrise*. Le modèle *Sunrise* soutient l'approche holistique que la chercheuse veut utiliser pour explorer le vécu de grossesse des femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Leininger (Leininger & McFarland, 2006) mentionnent deux types de recherche ethnonursing mini et maxi. La mini recherche ethnonursing s'apparente à l'ethnographie ciblée (Robinson, 2013). Ce type de recherche concerne plus particulièrement des problèmes de santé spécifiques pour des populations données. L'auteure présente le cadre de Leininger car c'est la seule théoricienne infirmière à lier ethnographie et sciences infirmières; toutefois comme il s'agit ici d'ethnographie ciblée (concept expliqué dans la section suivante), donc un domaine de recherche très pointu, la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel ne peut s'appliquer intégralement. De plus l'auteure n'a pas voulu utiliser un cadre spécifique, car cela aurait voulu dire encadrer les données plutôt que de les laisser émerger. Toutefois si le modèle de Leininger et celui de l'identité maternelle de Reva Rubin n'ont pas été utilisés pour guider la collecte des données, ils se sont avérés essentiels à l'analyse et à l'interprétation des données.

Modèle de l'identité maternelle

Reva Rubin (1984) a mis à profit ses études comme infirmière et sage-femme ainsi que sa vaste expérience avec les femmes enceintes pour développer à la fin des années soixante le modèle de l'identité maternelle. Rubin (1976) a reconnu que la grossesse dépasse le développement et la croissance du fœtus et implique pour la femme une reformulation de son identité, une maturation de sa personnalité.

Plus précisément Rubin (1976) a décrit quatre tâches que la femme se doit d'accomplir tout au long de sa grossesse. Deux de ces tâches sont accomplies au nom de son enfant à naître, soit le passage sécuritaire pour elle et pour son enfant et l'acceptation par les autres de cet enfant. Les deux autres tâches visant à développer le rôle maternel et le lien avec l'enfant sont la capacité à donner et l'attachement vital de la mère à l'enfant qui va naître [traduction libre de l'anglais *binding-in to the child*].

Le passage sécuritaire consiste à vivre sa grossesse le plus sereinement possible et à prendre soin d'elle et du bébé à naître. Ce passage sécuritaire implique pour la mère un désir croissant, durant le développement de la grossesse, de protéger son enfant contre tout danger externe. Quant à l'acceptation du bébé par les autres, il s'agit faire accepter son enfant d'abord par le père de l'enfant à naître ou le partenaire de vie, puis par les personnes significatives, souvent la grand-mère maternelle.

L'attachement vital de la mère à l'enfant se développe au fur et à mesure que le fœtus grandit et que la mère devient plus consciente de sa présence. L'enfant théorique du début de la grossesse est bien présent au troisième trimestre et c'est cette présence qui encourage la mère à s'investir et à assurer son rôle de mère. Le don de soi que la mère assume en relation à son enfant à naître se transforme au cours du temps pour devenir compagnonnage et réconfort.

Plusieurs auteurs (Huffnung, 1985; Ament, 1989; Gay, Edgil & Douglas, 1988) ont souligné que le modèle de Rubin manquait de rigueur et qu'il ne s'appuyait pas suffisamment sur des études empiriques. Si Huffnung (1985) reconnaît que le modèle de Rubin a des forces certaines de par la nouveauté de son approche au moment de sa

publication, elle souligne aussi les lacunes du modèle de Rubin quant au manque de rigueur et l'utilisation fréquente de stéréotypes. Elle souligne toutefois l'importance du travail de Rubin pour les infirmières oeuvrant en périnatalité, soit plus particulièrement la description des changements corporels, de l'expérience de l'accouchement et des conditions du postpartum favorisant l'attachement au bébé.

Gay, Edgil et Douglas (1988) abondent dans le même sens en faisant remarquer qu'avant Rubin, on ne s'était pas intéressé à cette relation mère-enfant privilégiée dans son entier, au-delà de l'aspect physique. Ces auteurs soulignent l'impact majeur que le travail de Rubin a eu sur les soins infirmiers mère-enfant.

Ament (1989) va même plus loin en affirmant que les concepts développés par Rubin sont toujours applicables. Il faut d'ailleurs noter que ces concepts sont encore utilisés dans les manuels de base récents en soins infirmiers à la mère et à l'enfant (Ward & Hisley, 2009).

Mercer a poursuivi le travail de Rubin et a publié plusieurs articles sur ce modèle qu'elle a contribué à développer davantage. Elle (2004) soutient que l'oeuvre de Rubin a permis une meilleure connaissance du développement de l'identité maternelle. Elle ajoute que Rubin continue d'être une source de soutien tant pour les praticiens en milieu clinique qu'en recherche (Mercer, 1995).

Ces deux cadres théoriques sont utilisés uniquement pour l'analyse et l'interprétation des données de la présente étude et non comme base théorique de cette recherche en ethnographie ciblée.

Méthodologie

La méthodologie choisie pour explorer le vécu de grossesse de femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ est une recherche qualitative utilisant une approche ethnographique et plus précisément l'ethnographie ciblée. L'ethnographie a connu une évolution considérable au cours des dernières décennies. Selon le sujet à l'étude et selon le chercheur, il y a une multitude de nuances ethnographiques qui semblent pouvoir répondre à une même question de recherche. Pour le néophyte qui approche l'ethnographie, les possibilités semblent sans fin.

La perspective infirmière a offert un éclairage nouveau et holistique sur l'ethnographie. Roper & Shapira (2000) arguent que la plupart des recherches ethnographiques en sciences infirmières de nos jours se concentrent sur un problème particulier dans un contexte spécifique à l'intérieur d'un petit groupe d'individus, d'où l'utilisation de l'ethnographie ciblée. Selon Robinson (2013), « l'ethnographie ciblée est la meilleure façon de comprendre comment les personnes donnent un sens à leurs comportements et à leurs expériences de santé » (p. 14) [traduction libre].

Knoblauch (2005) a d'ailleurs fait une comparaison intéressante de l'ethnographie conventionnelle et de l'ethnographie ciblée. Ce qui s'en dégage plus particulièrement, ce sont les différences dans les notions de temps (long pour l'un, intense pour l'autre), de sujet étudié (ouvert pour l'un, ciblé pour l'autre) et finalement de support technologique (facultatif pour l'un, essentiel pour l'autre). En effet, la collecte des données en ethnographie ciblée s'appuie dans une grande mesure sur différents dispositifs d'enregistrement soit dans le cas de cette recherche : appareil photographique, appareil

d'enregistrement numérique audio et Internet. Selon Knoblauch (2005), cette utilisation de la technologie apporte plus d'objectivité à la production des données que les notes du chercheur sur le terrain (ce qu'il appelle « l'incurable subjectivité »).

En ethnographie ciblée, la cueillette des données est basée sur plusieurs sources de données qui s'apparentent à la triangulation nécessaire pour toute recherche qualitative sérieuse. La triangulation comme stratégie en recherche qualitative vient renforcer la validité d'une étude (Roper & Shapira, 2000; Janesick, 1994).

Éléments de la triangulation

Les éléments qui constituent la recherche qualitative avec une méthodologie ethnographique proviennent obligatoirement de sources multiples par exemple, l'observation participante, l'entrevue formelle et informelle, la revue de la documentation et la collection d'artéfacts. Dans le cadre de cette étude, la triangulation des données s'effectue à partir de quatre sites web où les femmes obèses s'expriment, aux différents milieux d'où provenaient les femmes rencontrées pour les entrevues et aux discussions informelles avec la directrice de recherche et avec d'autres chercheuses dans le domaine, rencontrées lors des études de maîtrise.

Pour la collecte des données, l'auteure a réalisé des entrevues en profondeur, semi-dirigées à partir de photographies prises par les participantes (*photo elicitation*) pour démarrer les discussions. Les verbatim des entrevues et les photographies fournissent deux éléments de la triangulation. Un troisième élément provient des échanges dans les blogues et groupes de discussions en ligne. La notion de terrain étant beaucoup plus fluide et dynamique de nos jours, l'Internet est de plus en plus utilisé

comme terrain pour les recherches ethnographiques (Flick, 2009). De plus, l'auteure écrit un journal de terrain, y notant ses réflexions, ses perceptions ou des détails liés au contexte lors des entrevues. Chacune des méthodes de cueillette des données est expliquée plus bas.

Selon l'outil des phases d'observation-participation-réflexion de Leininger [traduction libre], pour explorer une culture déterminée la chercheuse devrait passer par plusieurs étapes allant de l'observation à la participation active. L'étape de la réflexion se déroule simultanément durant l'observation, l'écoute active et enfin la participation. La découverte des blogues et des forums de discussion a permis l'amorce de la phase d'observation et de la réflexion pour la chercheuse. Cette réflexion s'est d'ailleurs poursuivie lors de la phase plus active d'entrevues avec les participantes.

Les blogues et groupes de discussions en ligne

L'utilisation de l'Internet en recherche est un phénomène relativement nouveau. Holmes (2009) synthétise bien les forces et les faiblesses de la recherche en ligne. Parmi les points positifs qu'elle retient, mentionnons l'accès facile à des populations variées, les faibles coûts associés à ce type de recherche, les risques d'erreurs réduits lors de la transcription et les possibilités accrues d'honnêteté que l'anonymat procure. Toutefois, elle met aussi en garde contre les limites de ce médium entre autres, les populations étudiées sont limitées à celles ayant un accès Internet, il est difficile de s'assurer que les critères de sélection sont respectés et finalement, on ne peut vérifier la véracité des dires des participants. Holmes (2009) reconnaît aussi que les communautés qui se forment sur Internet à propos d'un sujet spécifique peuvent être une source de données intéressantes.

Les entrevues semi-dirigées avec photo elicitation

D'après Hansen-Ketchum & Myrick (2008) la *photo elicitation* est une méthode utilisée pour stimuler le dialogue durant une entrevue individuelle ou de groupe. Il y a deux manières d'utiliser la *photo elicitation*; les photographies peuvent être prises par les participantes ou elles peuvent être prises par quelqu'un d'autre (chercheur ou tierce partie). Pour cette recherche, c'est la participante et non pas la chercheuse qui tient l'appareil, qui choisit le sujet de la photo et qui l'interprète. C'est donc la participante qui dirige l'entrevue à partir des photos qu'elle a prises; ce n'est pas la chercheuse qui détermine les thèmes à l'avance. C'est donc la participante qui, selon Mitchell (2008), devient l'experte du sujet à l'étude. Cette façon de faire soutient une appréciation de l'expérience subjective des femmes (ou de tout groupe marginalisé) (Wang, 2005). Plusieurs auteurs (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008; Harper, 2000) vont même jusqu'à dire qu'une photographie révèle plus d'information à propos du photographe qu'à propos de l'image elle-même, ce qui est recherché ici. Richard Avedon (Glenn Dowling, 2000), photographe professionnel, affirmait : "L'objectivité n'existe pas. Dès que vous tenez un appareil photo, vous commencez à mentir – ou à dire votre propre vérité." (p. 140) (traduction libre).

Harper (2002) soutient que l'utilisation de la photographie dans les études utilisant la *photo elicitation* permet de stimuler la mémoire des participants plus efficacement que les entrevues basées seulement sur la parole. En effet, contrairement à une entrevue sur le vif, la participante a, dans le cadre de cette étude, plusieurs semaines pour réfléchir sur ce qu'elle veut partager avec la chercheuse. L'entrevue est donc

nécessairement centrée sur ce que les participantes veulent faire ressortir de leur propre vécu et non pas sur ce que la chercheuse voudrait faire émerger à partir de grands thèmes définis à l'avance. Collier et Collier (1986) soulignent comment les images invitent les participants à prendre en charge l'entrevue en utilisant pleinement leur expertise. À titre d'exemple, la *photo elicitation* a été largement utilisé pour explorer des problématiques aussi diverses que l'expérience des femmes recevant de la chimiothérapie (Frith & Harcourt, 2007), le concept de sécurité pour des femmes victimes de violence (Frohmann, 2005) ou le concept de santé et de bien-être pour des migrants (Ortega-Alcázar & Dyck, 2012).

Lors de l'élaboration de la procédure entourant la *photo elicitation* pour la présente recherche, l'auteure a emprunté plusieurs éléments développés pour le *photovoice* (Haines, Oliffe, Bottoroff & Poland, 2010) par exemple, les trois formulaires de consentement. En effet, les deux méthodes ont plusieurs éléments en commun, mais aussi plusieurs différences. Le *photovoice* repose sur des principes de promotion de la santé, d'éducation critique, de théorie féministe et de documentation photographique communautaire (Wang & Pies, 2004). *Photovoice* est un protocole de recherche-action participative de plus en plus utilisé dans le cadre de recherches dans la collectivité. Ce processus communautaire utilise seulement une partie des photographies prises par les participants sur la problématique à l'étude. Parmi toutes leurs photographies, les participants choisissent deux ou trois photos qui leur semblent décrire le plus significativement la problématique en question. Ces photographies servent de base à la discussion de groupe et éventuellement à une action communautaire.

La *photo elicitation* quant à elle est un type d'entrevue utilisant un support visuel. Dans le cas de la *photo elicitation*, les photographies peuvent être prises par quelqu'un d'autre que le participant. Le participant choisit toutes les photographies dont il veut discuter à l'entrevue et la finalité du processus est habituellement une étude et non pas nécessairement une action communautaire (Frohmann, 2005, Firth & Harcourt, 2007).

Si l'utilisation de la photographie en recherche vient enrichir l'information recueillie, elle ajoute aussi un élément de complexité important. Les différents éléments à considérer lorsqu'on utilise des images générées par les participantes sont

- l'identification du thème initial pour prendre les photographies
- l'appareil photographique
- la formation des participantes
- la documentation des photographies
- l'utilisation durant l'entrevue

Identification du thème initial pour prendre les photographies

Il ne s'agit pas ici de la question de recherche comme telle, mais plutôt des thèmes ou questions qui seront utilisés pour guider les participantes dans leur réflexion et dans leurs choix de sujets à photographier. Moffitt & Vollman (2004) ont utilisé le *photovoice* pour explorer les croyances en santé et les pratiques de promotion de la santé des femmes enceintes de Tlicho dans les Territoires du Nord-Ouest. Les chercheurs avaient alors utilisé des questions ciblées pour diriger la photographie des participantes, par exemple « Qu'est-ce que vous faites pour vous garder en santé, ou vous sentir mieux pendant votre grossesse? Qu'est-ce qui vous inquiète durant votre grossesse? Qu'est-ce qui vous empêche d'être bien durant cette grossesse? »

Pour la présente recherche, des questions similaires sont utilisées lors de la présentation du projet aux participantes pour influencer le choix des thèmes qu'elles choisiront de photographier. La question générale proposée par l'auteure est : « Comment est-ce d'être enceinte quand on a un IMC de plus de 40? »

Quelques sous-questions permettent d'expliquer davantage le but recherché par les photographies :

- Qu'est-ce qui vous rend heureuse durant votre grossesse?
- Qu'est-ce qui vous rend malheureuse ou vous inquiète?
- Est-ce que votre poids fait une différence dans la façon dont vous vivez votre grossesse?

Chaque participante dispose de deux à trois semaines pour réfléchir à ces questions et pour prendre autant de photographies qu'elle le désire. La période de temps dont dispose la participante pour réfléchir à ce qu'elle veut partager et pour prendre les photographies varie selon sa disponibilité et celle de la chercheuse pour la deuxième rencontre.

Plusieurs des outils développés par Leininger dans le cadre de la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel sont utilisés dans la présente recherche, toutefois la chercheuse n'a pas voulu s'inspirer du guide d'enquête complète [traduction libre] de Leininger. Ce guide, composé de multiples questions, est trop prescriptif et l'auteure a préféré utiliser les trois questions ouvertes mentionnées plus haut pour diriger la prise des photos et donc l'entrevue.

Appareil photographique

Lors de la première rencontre avec la chercheuse, les participantes à cette étude signent le premier consentement (*Formulaire de consentement pour la recherche, Partie 1– Participation, Appendice A*) et reçoivent chacune une caméra digitale neuve, d'une valeur d'environ 100 dollars qu'elles garderont une fois l'entrevue complétée. Garder l'appareil photographique permet d'atteindre deux buts bien précis. Premièrement, la caméra est une façon tangible de remercier les participantes pour leur temps et leur participation. Deuxièmement, le fait que l'appareil appartienne aux participantes les incite à prendre le temps d'apprendre à se servir de l'appareil. Elles investissent leur énergie pour apprendre à utiliser un outil qu'elles conservent. Comme les appareils photographiques utilisés sont différents pour chacune des participantes, la chercheuse ne développe pas d'instructions pour faciliter l'apprentissage de l'utilisation de chacun des appareils, mais recommande plutôt les participantes au mode d'emploi fourni par le fabricant. La chercheuse a défrayé elle-même le coût des appareils.

Formation des participantes

La formation des participantes comprend une courte présentation sur l'appareil utilisé en lien avec le guide d'utilisation fourni par le fabricant et l'explication du formulaire de consentement à utiliser pour photographier les sujets (*Formulaire de consentement pour la recherche, Partie 3 – Autorisation de prendre et de publier des photos, Appendice C*).

Enfin, la chercheuse insiste auprès des participantes sur l'importance de ne pas se mettre dans des situations qui pourraient compromettre leur sécurité lorsqu'elles prennent des photographies (Royce, Parra-Medina & Messias, 2006). Plus précisément, être consciente de son environnement physique (circulation automobile, escaliers, irrégularités dans le pavé...) ou social (prendre quelqu'un en photo sans son consentement et risquer de le mettre en colère) lors de la prise d'une photographie. À cette fin les participantes reçoivent un guide pour prendre des photographies (*Guide pour prendre des photographies dans le cadre du projet de recherche Quand est-ce que ça va paraître?* Appendice D).

Une des suggestions faites aux participantes pour éviter les situations difficiles ou désagréables où, si un individu ne veut pas être pris en photo, est de prendre une photographie qui leur permet de se rappeler ce dont elles veulent discuter lors de l'entrevue, mais qui ne les mettra pas dans une situation compromettante. Par exemple, pour parler de l'importance du soutien que son conjoint lui apporte, une des participantes prend une photo des mains de son conjoint pendant qu'il fait la vaisselle. Une autre participante prend la photographie d'un pantalon mauve pour parler de son expérience plutôt négative avec l'infirmière de sa clinique qui porte toujours cette couleur.

Documentation des photographies

Chacune des participantes reçoit un cahier ou journal pour documenter les photographies qu'elle prend ainsi que ses questions ou réflexions au cours de la durée du projet (Royce, Parra-Medina & Messias, 2006). Même si l'usage de l'ordinateur est très répandu, la chercheuse pense qu'un cahier ou un calepin serait plus facile à glisser dans

un sac à main. Ce cahier est ensuite remis à la chercheuse, mais seulement si la participante l'a utilisé pour y prendre des notes.

Utilisation durant l'entrevue

La discussion s'articule autour des photographies que la participante a prises et dans l'ordre choisi par la participante. La chercheuse ne tente pas de diriger l'entrevue à partir de thèmes particuliers, mais plutôt d'écouter la participante exposer son vécu particulier. La participante explique pourquoi elle a pris cette image ou pourquoi elle est particulièrement importante ou significative.

Initialement l'auteure s'est inspirée des questions développées par Wang (1999) où la participante raconte et critique ses images en fonction de cinq questions. Ces questions correspondent en anglais à l'acronyme « SHOWeD » :

- Qu'est-ce que vous voyez ici? (What do you See here?)
- Qu'est-ce qui se passe vraiment? (What is really Happening here?)
- En quoi est-ce que ça concerne nos vies? (How does this relate to Our lives?)
- Pourquoi est-ce que cette situation, préoccupation ou force existe? (Why does this situation, concern or strength exist?)
- Qu'est-ce qu'on peut y faire? (What can we Do about it?)

Ces cinq questions furent développées par Wang pour son modèle de *photovoice*. Comme expliqué précédemment, dans le cadre de *photovoice*, les entrevues sont effectuées en groupe. Comme les séances de discussions sont restreintes dans le temps, les participants ne peuvent discuter de toutes leurs photographies durant l'entrevue. On leur demande donc de choisir une à deux images, celles qui sont les plus significatives

pour eux (Wang & Pies, 2004) et ce sont ces photographies qui sont expliquées selon les cinq questions ci-haut.

Comme cette étude utilise la *photo elicitation*, les participantes peuvent mettre sur la table pour discussions toutes les photographies qu'elles veulent. Contrairement aux entrevues de groupe, ces entrevues individuelles et en profondeur n'ont pas de temps limite ce qui permet réellement de comprendre le vécu de ces femmes en vue de répondre au but de recherche visé. Couplée aux données recueillies dans les blogues et les groupes de discussions asynchrones en ligne, cette méthode s'avère très riche.

Choix du milieu de l'étude

Pour les données recueillies en ligne, il n'y a pas à proprement parler de milieu spécifique étant donné que les femmes enceintes et ayant un IMC ≥ 40 kg/m² qui ont écrit leurs commentaires proviennent de plusieurs pays et de divers milieux. Le choix des différents sites est le résultat d'un échantillon de commodité. En effet, il est difficile de trouver des sites qui s'affichent clairement pour les femmes enceintes obèses.

La chercheuse recense les blogues et groupes de discussions asynchrones en ligne qui s'affichent spécifiquement pour les femmes enceintes ayant un IMC de plus de 30 kg/m² avant la grossesse, soit :

- *Vive les rondes – au féminin*
 - (www.vivelesrondes.com),
- *The Well-Rounded Mama*
 - (<http://wellroundedmama.blogspot.ca/>),
- *Shape of a mother – Plus-Sized*
 - (<http://theshapeofamother.com>) et,
- *Babycenter.ca-Plus-Sized*
 - (<http://www.babycenter.ca/g25001749/pregnant-and-plus-sized>)

À partir de ceux-ci, seuls les commentaires qui peuvent indiquer que les participantes ont un IMC de plus de 40 kg/m^2 sont retenus. Pour les sites web francophones, les participantes s'identifient comme venant de France et du Québec, et pour les sites anglophones, les participantes proviennent du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis.

Pour les entrevues, les clientes recrutées sont des femmes habitant la grande région de la capitale nationale canadienne et parlant français ou anglais. Trois sources principales sont utilisées pour recruter les participantes pour l'entrevue : les sages-femmes et les médecins accoucheurs à l'Hôpital Montfort d'Ottawa, le site web *babycenter.ca* et le milieu de travail la chercheure (Santé publique Ottawa).

Avantages et limites de la recherche

Cette étude veut explorer de façon globale le vécu de grossesse des femmes ayant un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Les écrits révisés dans le cadre de cette recherche se concentraient tous sur un aspect spécifique du vécu de grossesse soit la qualité de vie (Amador, Juárez, Guízar & Linares, 2008), les relations avec les professionnels de la santé (Nyman, Prebensen & Flensner, 2010), l'image corporelle et les changements associés à la grossesse (Fox & Yamaguchi, 1997), la transition au rôle de parent (Keenan & Stapleton, 2010), les croyances par rapport au gain de poids durant la grossesse (Wiles, 1998), l'exercice physique durant la grossesse (Weir, Bush, Robson, McParline, Rankin & Bell, 2010) et finalement, les sentiments des participantes quant à leur poids, leurs interactions avec les professionnels de la santé et leur expérience de grossesse au moment

de l'entrevue (Furber & Mc Gowan, 2010).

L'avantage de cette recherche est d'avoir laissé aux participantes le choix de ce dont elles voulaient discuter. Les trois questions se veulent suffisamment ouvertes pour permettre aux participantes d'exprimer ce qui est important pour elles dans leur vécu de grossesse. Ces questions ouvertes permettent aussi à la chercheuse d'observer ces femmes sans le filtre d'un questionnaire restrictif. Il est aussi intéressant de noter que les commentaires des participantes ont validé les éléments partagés sur Internet par les blogueuses et les participantes aux forums de discussion.

La taille de l'échantillon et le fait qu'il s'agisse d'un échantillon de convenance sont probablement les deux éléments qui limitent peut-être l'éventail des différents vécus de grossesse. Cependant, les résultats obtenus permettront par la suite d'étudier de manière quantitative les divers éléments du vécu qui sont ressortis dans un souci de généralisabilité.

Un autre élément qui limite la portée de cette recherche est l'utilisation de blogues et de forum de discussion sur Internet comme source de données. Si l'Internet procure un accès facile à une population aussi pointue que celle des femmes obèses enceintes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception, il est toutefois impossible de vérifier qui sont vraiment ces femmes qui s'y expriment et si elles représentent les femmes obèses en général dans la population.

L'auteure croit que malgré les limites de cette étude, celle-ci offre de nouvelles pistes aux professionnels de la santé tant en recherche qu'en planification et en administration des soins de même qu'en enseignement aux professionnels de la santé.

Échantillon

Pour les entrevues, l'échantillon est constitué de quatre femmes enceintes (primipare ou multipare), âgées de plus de 20 ans, capables de comprendre et de s'exprimer en anglais ou en français, ayant eu une première échographie de routine normale et ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Trois des entrevues ont été réalisées en français, une en anglais.

Le fait d'exclure les clientes de moins de 20 ans a été motivé par le fait que les adolescentes enceintes connaissent, plus que les autres femmes enceintes, la violence familiale et l'abus de drogues durant la grossesse (ASPC, 2009). Ce facteur de risque serait venu compliquer l'analyse des données pour cette clientèle dont la vulnérabilité est déjà connue (Montgomery, 2003; Beststart Resource Centre, 2002). De plus, le but de ce projet est de documenter le vécu de grossesse des femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ et non pas de se concentrer sur un parcours de grossesse parsemé de défis qui sont connus.

Effectuer le recrutement après la première échographie de routine normale permet d'avoir un échantillon d'âge gestationnel plus consistant (fin des deuxième et troisième trimestres) et dont la grossesse se déroule normalement au moment de l'intervention.

L'autre restriction qui a été appliquée concerne l'IMC. On parle cliniquement d'obésité à partir de 30 kg/m^2 (Lau, Douketis, Morrison, Hramiak, Sharma & Ur, 2007); toutefois, pour ce projet, seules les femmes ayant une obésité sévère ont été considérées. Ceci avait pour but de faire ressortir plus clairement, s'il y a lieu, les différences au niveau du vécu de grossesse de cette clientèle.

Formulaires de consentement

En raison de la nature parfois délicate de la photographie (prendre une image ou être sur l'image), l'utilisation de la photographie requiert non pas un, mais trois formulaires de consentement (Wang, 2005; Haines, Oliffe, Bottorff, & Poland, 2010; Wang & Jones-Redwood, 2001). Les formulaires de consentement utilisés pour cette recherche ont été adaptés de consentements créés par Haines, Oliffe, Bottorff et Poland (2010) pour le *photovoice Smoke In My Eyes*.

Le premier formulaire couvre le consentement pour la recherche (*Formulaire de consentement pour la recherche*) et est signé par la participante. On y retrouve une courte explication du projet ainsi que les droits et les responsabilités de la participante. Ce formulaire doit être signé par la participante avant le début du projet (voir appendice A)

Le deuxième formulaire couvre l'attestation et l'autorisation de publier (*Formulaire de consentement pour la recherche Partie 2 – Attestation et autorisation de publier*, voir appendice B). Il détaille les utilisations, autres que pour le projet comme tel, pour lesquelles les photographies pourraient être utilisées (site web, communications orales ou écrites). Ce formulaire permet aussi à la participante de retirer certaines photographies (ou même toutes) et de préciser sous quel nom sa contribution sera reconnue. Ce formulaire doit être signé avant la fin du projet pour permettre à la participante de préciser sa volonté à la fin du processus.

Enfin, le troisième formulaire (*Formulaire de consentement pour la recherche, Partie 3 – Autorisation de prendre et de publier des photos*, voir appendice C) doit être utilisé par les participantes pour documenter la permission d'une personne apparaissant

sur une photo. Ce formulaire doit être signé par le sujet avant que la participante ne le prenne en photo.

Considérations éthiques

Éthique et grossesse

Toute recherche qui se déroule durant la grossesse doit tenir compte de deux sujets, la mère et son enfant (Helmreich, Hundley, Norman, Ighedosa & Chow, 2007). Une femme enceinte qui consent à participer à un projet de recherche le fait donc pour elle-même et pour son enfant à naître. Même si la femme enceinte est un être responsable qui peut donner un consentement éclairé, toute femme enceinte est considérée comme vulnérable en raison des dommages possibles qui peuvent être subis par le fœtus (Lupton & Williams, 2004). Selon la chercheuse et sa directrice de recherche, la présente recherche ne comporte aucun risque pour la mère ou pour son fœtus.

Éthique et images

Les principes éthiques qui guident la prise de photographies par les participants dans le cadre d'une recherche sont décrits par Wang & Redwood-Jones (2001). Elles ont identifié quatre types possibles d'intrusion qui pourraient porter atteinte au respect et à la vie privée des individus qui sont photographiés : l'intrusion dans l'espace privé d'un individu, la divulgation de faits embarrassants à propos d'un individu, le fait de placer un individu dans une situation embarrassante et finalement, l'utilisation de l'image d'un individu à des fins commerciales. Le formulaire *Autorisation de prendre et de publier des photos* est développé pour assurer le respect et la protection de la personne photographiée et doit être utilisé avant de photographier quelqu'un (voir appendice B).

Les trois formulaires de consentement existent pour prévenir l'intrusion dans l'espace privé d'un individu. On peut arguer que le fait de faire signer le consentement par le sujet avant de prendre la photo diminue la spontanéité du sujet. Pour remédier à cette situation, Wang & Jones-Redwood (2001) suggèrent d'attendre seulement un peu plus longtemps après l'obtention de la signature pour que le sujet ait le temps d'« oublier » le photographe. Cela permet toutefois de respecter les droits de toute personne qui est prise en photo. Cette étape donne à l'individu la possibilité de refuser son consentement.

Divulguer des faits embarrassants à propos d'un individu et placer un individu dans une situation embarrassante peuvent tous deux être accomplis tant par des mots que par des images. En effet, la *photo elicitation* est une combinaison d'images et de mots. Il s'agit donc pour l'auteure et la participante d'être vigilantes et conscientes du message de chacune des photographies ainsi que du texte qui y est associé.

La possibilité d'utiliser l'image d'une personne à des fins lucratives sans que celle-ci en partage les gains est réduite dans le cas de la *photo elicitation* puisque la participante conserve une copie de toutes ses photographies et que la permission de la personne photographiée doit être obtenue avant la prise de l'image. De plus, il s'agit ici d'une méthode de collecte de données pour une recherche sans visées commerciales.

Finalement, l'appareil photo n'est pas un bouclier et il doit être clair pour tous que la sécurité (physique, sociale et émotionnelle) des participantes est de la plus haute importance.

Éthique et Internet

Aucun des comités d'éthique de la recherche n'a remis en question l'utilisation des blogues et des forums de discussions en ligne. Eastham (2011) souligne le caractère privé et à la fois très public des blogues et des forums de discussions. Privé, car les internautes s'y expriment passionnément et public, car n'importe qui peut avoir accès à ce discours intime. Elle a d'ailleurs développé un modèle pour guider les chercheurs dans l'évaluation de l'intention des utilisateurs de blogues quant à la protection de leur vie privée. Selon l'application du modèle d'Eastham (2011), les blogues et forums utilisés par la chercheuse étaient de nature publique et donc leur contenu pouvait être utilisé sans demander un consentement explicite.

Cette recherche a obtenu l'approbation de deux comités d'éthique de la recherche, celui de l'Université du Québec en Outaouais (certificat d'éthique numéro 1273) et celui de l'Hôpital Montfort (certificat d'éthique #LG-29-12-10).

Collecte des données

L'exposition initiale de la chercheuse aux concepts qui ont fait l'objet de cette recherche s'est effectuée à travers les blogues et les forums de discussions en ligne. Le premier texte consulté a été mis en ligne le 18 juillet 2008; près de cinq ans (et des douzaines de commentaires) plus tard, il suscite toujours l'intérêt de plusieurs femmes qui s'identifient à la réalité qui y est décrite. Ce texte (*My thoughts on being a plus-size mom to be*, disponible à <http://theshapeofamother.com/blog/my-thoughts-on-being-a-plus-size-mom-to-be-anonymous/>) est un cri du cœur. Cette mère y décrit sa joie d'être enceinte et d'avoir le soutien de sa famille, mais aussi la réalité de sa grossesse, une réalité différente à bien des points de vue de celle d'une femme ayant un poids santé (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²). L'auteure de ce texte parle de son poids, de sa grossesse cachée et du miracle de son corps qui peut porter un enfant même si elle est obèse. Par la suite, la chercheuse a retrouvé l'expression de sentiments similaires sur d'autres blogues et forums de discussion asynchrones. Aux fins de cette recherche, la revue des blogues et des groupes de discussions s'est effectuée du 25 février 2012 au 13 mars 2012. Les pages web ont été imprimées et seules les interventions les plus significatives ont été copiées en version texte et importées dans HyperRESEARCH (logiciel qui soutient les méthodes de recherches qualitatives) pour être analysées. Un document texte a été créé pour chacun des sites web. Pour deux de ces sites, le matériel disponible était tellement volumineux que ces sites ont été transcrits en plusieurs textes (trois documents pour *ShapeofaMother.com* et six documents pour *BabyCentre.ca*). Les multiples mentions de « *You go girl* » ou « *You're beautiful* » n'ont pas été retenues, ces manifestations d'encouragement se répétant plusieurs fois après la plupart des textes.

Afin de comparer les idées exprimées en ligne avec la réalité de femmes au quotidien, la chercheuse a réalisé quatre entrevues en profondeur avec des femmes enceintes ayant un IMC ≥ 40 kg/m² en préconception. Les quatre participantes ont été recrutées sur une période de 11 mois. Les difficultés de recrutement rencontrées par la chercheuse correspondent aux difficultés rapportées par Tierney, Butterfield, Stringer, Fox, McGowan & Furber (2010) tant avec les participantes potentielles (crainte d'être jugées ou de devoir discuter de leur poids et de leurs habitudes de vie) qu'avec les recruteurs en clinique dont l'auteure dépendait pour approcher les participantes (manque de temps pour discuter l'étude avec les femmes, absence de prise de conscience des bénéfices de l'étude).

Les participantes recrutées pour cette étude rapportaient toutes avoir un IMC de plus de 40 kg/m² en préconception. Hill, Skouteris, McCabe & Fuller-Tyszkiewicz (2013) constatent la difficulté d'obtenir une mesure objective de l'IMC en préconception d'où la pratique acceptable en recherche durant la grossesse d'utiliser les valeurs d'IMC rapportées par les participantes elles-mêmes. L'IMC minimal rapporté pour les participantes recrutées pour l'entrevue était de 41 kg/m². Aucune des participantes n'a été pesée ou mesurée et la chercheuse ne leur a pas demandé leur valeur d'IMC spécifique. Toutes les participantes recrutées ont complété l'étude. Une des participantes était primipare (Participante 3), les trois autres participantes étaient des multipares.

Lors de la première rencontre, la chercheuse a expliqué la recherche plus en détail, a obtenu le consentement (appendice A) pour participer à l'étude et a expliqué les deux autres consentements (appendices B et C). La participante a reçu l'appareil photo

neuf ainsi qu'un cahier pour prendre des notes. La chercheuse a expliqué que l'utilisation du cahier n'était pas obligatoire. La date et l'heure pour la prochaine rencontre ont été déterminées. Cette première rencontre a duré de 30 à 45 minutes. Deux des participantes ont été rencontrées dans un lieu public, les deux autres à leur domicile. Selon la disponibilité de la chercheuse et de la participante, la deuxième rencontre a été planifiée dans les deux ou trois semaines suivantes.

La deuxième rencontre s'est déroulée au domicile des participantes. Cette rencontre a varié de 45 minutes à 150 minutes. Aucune des participantes n'a eu besoin d'utiliser le cahier. Une seule des participantes a pris des notes pour accompagner les photographies et ces notes ont été rédigées directement sur son ordinateur.

Les participantes ont pris une moyenne de 17 photographies (entre neuf et 22 photographies) pour documenter leur entrevue. Pour chacune des photographies qu'elle avait prises, la participante a expliqué en quoi cette photographie répondait à une des trois questions initiales :

- Qu'est-ce qui vous rend heureuse durant votre grossesse?
- Qu'est-ce qui vous rend malheureuse ou vous inquiète?
- Est-ce que votre poids fait une différence dans la façon dont vous vivez votre grossesse?

Il est à noter qu'une des participantes a pris une photographie de la boîte de l'appareil qui lui avait été donné pour participer à la recherche. Elle a expliqué ce que l'appareil photographique voulait dire pour elle :

C'est d'la thérapie, c'est ça que j'ai appris aussi. Therapy. Pis ça m'a forcée à mettre des mots à mes émotions. Pis ça m'a forcée à – it – it forced me to feel. Parce que moi j'aurais pas – quand j'ai parlé avec (mon conjoint) quand j'ai dit t'sais la chercheuse a va venir pis on va

faire ça il dit tu va en jaser, j'ai dit oui j'ai 90 minutes, j'va changer... mais j'parle pas de moi. J'parle pas mes émotions pis ça là. This. Ça a débouché. Parce que moi si j'aurais pas fait ça, j'aurais passé ma grossesse dans Baby Center, dans mon livre, avec mon médecin qui m – pis l'infirmière qui m'auraient stressée, pis j'aurais été de même. J'aurais voulu faire le MOM (Maternal Obesity Management) trial, mais j'pense pas que j'aurais été autant fascinée par le MOM trial, si j'aurais pas été capable de partager, de le parler de – de – de ressentir pis de mettre des mots à mes sentiments, j'aurais eu de la misère. (Participante 1)



Figure 2. Photographie de la boîte de l'appareil photographique utilisé pour l'étude (Participante 1)

Cet effet thérapeutique décrit par la participante n'avait pas été prévu ou planifié par la chercheuse. Harper (2002) a décrit la *photo elicitation* et son utilisation de façon exhaustive. S'il souligne que les images font appel à une partie du cerveau plus ancienne sur le plan de l'évolution, et donc que les images vont chercher des éléments plus profondément enfouis dans la conscience humaine que les mots n'en sont capables, il ne

réfère toutefois pas à la *photo elicitation* comme une thérapie. Par contre, l'une des participantes avoue que c'est ce qu'elle a vécu au cours de la présente recherche.

Les sessions ont été enregistrées, le verbatim transcrit et la version texte importée dans HyperRESEARCH. Chacune des entrevues a été traitée comme un texte. Les photographies ont servi d'appui visuel, mais n'ont pas été importées dans HyperRESEARCH.

La planification des analyses s'appuie sur le guide ethnonursing de l'analyse des données en quatre phases de Leininger (phase un, collection et documentation des données brutes; phase deux, identification et catégorisation des éléments; phase trois, saturation des données et analyse contextuelle; phase quatre, identification des thèmes principaux et recommandations) (Leininger & McFarland, 2006) [traduction libre]. L'analyse des données a commencé dès le début de la collecte des données et s'est poursuivie tout au long de l'étude. Les données ont été codées et les principaux thèmes identifiés.

Il est intéressant de noter qu'aucune des participantes n'a utilisé le troisième consentement : *Autorisation de prendre et de publier des photos* (appendice C). Elles ont toutes pris des images qui suggéraient la personne qu'elles voulaient photographier ou dont elles voulaient parler, sans la prendre en photo réellement. Il s'agissait soit d'une partie du corps, soit d'un objet qui leur rappelait cette personne. Par exemple, une des participantes qui voulait parler de ses enfants, sans montrer leur visage, a pris leur photo de dos, en train de regarder dehors. Une autre, pour discuter de sa relation difficile avec

l'infirmière de sa clinique, a pris une photo d'un vêtement de la couleur de l'uniforme que celle-ci porte habituellement.

Enfin, dans les mois qui ont suivi cette entrevue, lors d'une rencontre informelle non planifiée, une participante a partagé avec la chercheuse qu'elle utilisait encore l'appareil photographique pour documenter son vécu, un peu comme un journal qui vient faciliter sa réflexion. La chercheuse a été surprise par cet effet imprévu de la méthode. La participante dit en avoir aussi parlé à d'autres femmes enceintes obèses qui ont, elles aussi, commencé à documenter leur vécu en images comme la base d'un journal intime propre à la réflexion personnelle sur son vécu. Il est aussi apparu évident lors des entrevues que toutes les participantes, comme les blogueuses, avaient accès à l'Internet.

Résultats et interprétation

Les thèmes évoqués dans le texte du blogue consulté initialement (*Shape of a Mother; My Thoughts on Being A Plus-size Mom*) se sont répétés dans les textes apparus subséquentement dans ces blogues et dans des forums de discussion. Ces mêmes thèmes ont aussi été repris spontanément par les participantes lors des entrevues individuelles, tant en français qu'en anglais. Ainsi, l'analyse de contenu des blogues, des forums de discussion et des entrevues s'est réalisée concurremment.

Les résultats des analyses de contenu font ressortir 10 éléments qui sont regroupés en trois grands thèmes, soit :

- Avoir l'air enceinte
 - grossesse cachée
 - partage ou appartenance à un « club »
- Grossesse normale
 - être mère
 - mon corps peut
 - mouvements fœtaux
 - gain pondéral durant la grossesse
- Importance des relations, tant positives que négatives
 - professionnels de la santé
 - attitudes et relations négatives
 - relations positives, soutenantes
 - prendre soin de soi

Avoir l'air enceinte

Au et à mesure du développement du fœtus, les changements corporels associés à la grossesse sont de plus en plus visibles chez les femmes de poids santé (c'est-à-dire un IMC situé entre 18 et 25 kg/m²). Rubin (1984) explique qu'avoir l'air enceinte apporte plusieurs bénéfices. Psychologiquement, le ventre rond de la femme enceinte est apprécié par la société et cette reconnaissance sert à renforcer son attachement à l'enfant à naître et

son affection pour celui-ci. Cette transformation du corps de la femme démontre aussi la croissance de l'enfant et s'avère une représentation visuelle de la capacité d'une femme à nourrir la vie qui se développe en elle. Physiquement, au fur et à mesure que sa grossesse se développe, que son corps change et que son centre de gravité se déplace, la femme devient plus vulnérable. Rubin (1984) souligne que la femme enceinte devient alors plus dépendante de la protection des autres et ceux-ci la lui accordent spontanément, car ils réalisent l'état de grossesse.

Il en va autrement chez les femmes ayant un IMC se situant autour de 40 kg/m² ou plus en préconception. Deux principaux thèmes sont ressortis des blogues, des forums de discussions et des entrevues autour du concept d'avoir l'air enceinte soit : la grossesse cachée et le partage ou l'appartenance à un « club » (un groupe spécifique).

Grossesse cachée

Ce concept de grossesse cachée suscite une foule d'émotions chez les femmes obèses. Plusieurs comparent leur grossesse avec celles de femmes de poids santé et déplorent l'absence de visibilité de leur état. Cette situation est décrite sur plusieurs sites web, dont shapeofamother.com :

...I don't have much to complain about. And I try not to compare myself to my friends and girls I see at the doctor's office, random girls I pass at the grocery store. But at the same time, it gets to me sometimes. See... they are all on the thinner side and you can see their bodies changing shape, see them gaining weight, obviously tell they are pregnant. (...) They get to wear cute little shirts that accentuate their bumps. People are constantly asking them about their pregnancy and touching their bellies. But with me... well... My baby is nestled down inside a slightly more tubby tummy, so I still just look fat and like I'm gaining weight again... (The Shape of A Mother)

Une des participantes est même allée plus en profondeur en parlant de l'importance d'avoir un beau ventre rond de femme enceinte et a expliqué ses sentiments ambivalents envers une compagne de travail qui était enceinte en même temps qu'elle.

Ça, c'est ma belle M. (...) Oui. Elle a toujours des sacoches, la meilleure que j'aime c'est sa sacoche rose. (...) It's mixed. It's mixed. Um au début, she was my strongest rock. Elle venait me voir à tous les matins. ...), my biggest rock. Quand sa bedaine a commencé à grossir...jealous. Jealous. Parce que était parfaite enceinte. Elle était pas typique enceinte. Elle était parfaite enceinte. Y'avait rien qui gonflait, elle avait une belle bedaine. (...) Quand j'passais à son bureau pis je la voyais froter sa bedaine, it hit me. So you just walk away. Mais quand elle venait m'voir ou quand j'allais la voir pour quelque chose, même si moi j'allais la voir pour quelque chose en dehors de l'ouvrage, té-tu correcte, ça va tu bien? (...) elle m'a toujours fait sentir coupable pour m'avoir sentie jalouse mais c'était positif. T'sais c'était toujours quelque chose de positif qu'elle voulait dire. Fait que c'est mélangeant. Fait que vendredi quand qu'elle partait je sens un peu d'émotion parce que c'était comme, j'suis-tu contente que tu t'en vas que j'e ne vois plus ta bedaine? T'sais, my little rock is gone. (Participante 1)



Figure 3. Photographie du sac à main rose de M., la compagne de travail de la participante (Participante 1)

Cette grossesse devient pour certaines comme un secret que les femmes doivent choisir de partager ou non avec leur entourage, un secret qui n'est pas visible pour les non-initiés. Souvent, à cause de leur poids, ces femmes n'ont pas l'air enceintes. Les participantes interviewées avouent donc avoir une difficulté à partager spontanément leur état de grossesse dans leurs activités de la vie quotidienne, ce qui n'est pas le cas dans le monde virtuel. En effet, les différents sites pour les femmes enceintes rondes ou « plus-size » sont achalandés. En plus des idées qui y sont échangées, ces sites permettent aussi de partager des photographies qui permettraient de normaliser leur état de grossesse.

I have been searching the web looking for overweight women who are pregnant so I may gain the confidence that I am a normal beautiful woman even if I am larger. Even while browsing, I get the “she’s-still-smaller-than-me” syndrome, so I wanted to submit my picture to show that even a large number can have a beautiful body. I weight 345 pounds and this is me at 9 weeks pregnant. (Shape of A Mother)

L'impact de ces grossesses cachées n'a pas été évalué. Smith & Lavender (2011) remarquent que lorsque des étrangers s'intéressent à leur grossesse, les femmes enceintes rapportent un sentiment accru d'estime de soi. À la lumière des observations de Rubin (1984), on peut s'interroger quant aux effets que ces grossesses invisibles ont sur l'attachement mère-enfant et sur la capacité de la femme à développer graduellement son rôle maternel.

Un élément qui semble particulièrement irriter les femmes obèses enceintes quand leur utérus commence à sortir de la cavité pelvienne est cette forme en « B » que prend leur ventre au lieu de la forme plus classique en « D ». « Avoir l'air enceinte » s'articule autour du fait d'avoir un beau ventre rond et ferme. Les questions sur l'aspect de

l'abdomen des femmes obèses enceintes reviennent régulièrement sur les forums de discussion. En effet, plusieurs femmes se demandent quand leur ventre en « B » (B belly) va devenir un « D » : « I am 20 weeks and I know exactly how you feel. I am having a hard time with having the B belly and not the D belly. » (Babycentre.ca) Les blogueuses réfèrent fréquemment à ce concept de ventre en forme de B ou de D. « I'm 28 weeks and I still have the B belly. It's slowly expanding around my belly button and evening out but I still think I look more like I've eaten too many cookies than like a pregnant lady. » (Babycentre.ca). Ceci est d'ailleurs suffisamment fréquent pour avoir inspiré le titre accrocheur de la présente étude.

Une des participantes a aussi photographié son ventre, car elle voulait aborder la question d'avoir l'air enceinte.



Figure 4. Photographie du ventre de la participante (Participante 4)

Elle s'exprime alors ainsi :

Comme, je trouve ça tellement beau t'sais comme une femme par exemple qui va à la piscine faire l'aqua fitness mais que comme c'est très défini pis elle peut porter un bikini, mais tu vois que c'est vraiment un bedon de femme enceinte, t'sais c'est pas pareil pour moi, pis ça ça m'attriste t'sais ce côté-là le – le physique, le look physique d'une femme enceinte que j'ai pas, puis l'autre aspect c'est le fait que les gens peuvent pas savoir elle est – elle est enceinte ou elle a un gros ventre t'sais (...) celle-là, c'est – c'est mon ventre de côté. Comme, ça c'est mon sein là, ça c'est mon ventre. Puis, ce qui – ce qui me dérange c'est que la – le ventre d'une femme enceinte ne paraît pas comme chez une petite femme, donc les gens ne savent pas nécessairement que je suis enceinte, ou t'sais là quand ils savent, ah oui, t'es enceinte, pis j'imagine, ben d'habitude, j'ai pas un gros ventre comme ça, t'sais? Comme, fait que, ça c'est dérangeant un peu, pis j'aimerais mieux avoir une plus petite silhouette pis que mon ventre soit vraiment apparent. (Participante 4)

Selon Rubin (1984), les femmes sentent le besoin de partager leur état de grossesse avec les autres. Certaines blogueuses décrivent les trucs qu'elles utilisent quand elles veulent faire connaître leur état à des étrangers, comme tenir leur ventre. « Anyway, I just wanted to let you know you're not alone in wanting people to notice...I actually started holding my belly in public so people knew! Sad. » (The Shape of A Mother)

Elles sont parfois plus directes dans leur message.

I have been plus size for both my pregnancies. I weigh around 320-330 pounds. I tend to LOOSE weight when pregnant! I finally bought a T-shirt that says "I'M NOT FAT.....I'M PREGNANT!!!! (and fat)". I love it...gets people talking. (The Shape of A Mother)

Elles vont même jusqu'à être très explicites avec de purs étrangers.

I wanted to announce it too, and found myself coming up with reasons to tell people, just so I could have the experience of gushing with a total stranger. My weight is carried mostly in my stomach, so if I pooch it out enough I look 8 months pregnant when I'm not (quand elle n'est pas vraiment enceinte de huit mois). (The Shape of A Mother)

Les avantages d'une grossesse visible, tels que décrits par Rubin (1984), sont en sorte validés par toutes les différentes manières que les femmes obèses utilisent pour que leur grossesse soit apparente. Par exemple, habituellement, les femmes enceintes portent des vêtements de maternité, ce qui signale aussi aux autres qu'elles sont enceintes. Rubin (1984) souligne que dans la vie, les vêtements sont choisis en fonction de la situation anticipée; par exemple, on ne portera pas les mêmes vêtements pour jardiner, se marier ou être enceinte. Adam et Galinsky (2012) vont même jusqu'à dire que les vêtements que l'on porte influencent non seulement notre rapport avec les autres, mais aussi notre façon d'être et de penser. Cet échange, ou ce va-et-vient, entre l'individu et la société qui l'entoure est bien décrit par Leininger.

Plusieurs femmes obèses avouent avoir de la difficulté à trouver des vêtements de maternité qui soulignent leur grossesse. C'est probablement pourquoi les noms de boutiques qui vendent des vêtements de maternité pour les clientes obèses enceintes circulent librement sur les blogues, tant au Canada qu'aux États-Unis. Les vêtements de maternité sont importants pour les femmes enceintes, car ils permettent de partager leur grossesse avec tous ceux qui les entourent; ils sont une des façons d'éviter une grossesse cachée. Pourtant, la majorité des femmes obèses déplorent le fait qu'il soit difficile de trouver des vêtements de maternité à leur taille. Il semble que porter des vêtements de

maternité fait partie de l'expérience de grossesse et que la difficulté de trouver des vêtements flatteurs et à la bonne taille est un irritant. Rubin (1984) va jusqu'à dire que porter des vêtements de maternité est une façon pour la femme de copier le comportement d'autres femmes dans la même situation pour éventuellement arriver à s'approprier [traduction libre pour *bind-in*] l'expérience de grossesse

I would get crabby at times though when I would walk into a fancy maternity store planning to splurge on a nicer outfit to be told that my size was not carried. One time I walked out and loudly exclaimed to my husband "They don't think fat chicks have sex!" (Babycenter.ca)

Il ne semble pas que l'aspect financier pose problème puisqu'une seule femme sur un des blogues a mentionné que le fait de porter les mêmes vêtements durant toute la grossesse pouvait présenter un avantage sur le plan financier « I never needed maternity clothes, and let me tell you, it's an extremely odd feeling to be nine months pregnant and wearing your normal clothes. Saved many bucks though! » (Babycentre.ca)

Les inconvénients reliés au manque de vêtements de maternité adaptés à leur taille sont d'un autre ordre. Premièrement l'inconfort d'avoir des vêtements qui ne sont plus vraiment confortables, au fur et à mesure que la grossesse avance.

Tu sais l'extra large, c'est l'autre magasin là, mais j'avais acheté beaucoup de linge pour quand j'étais enceinte de S., mais ça m'a pas amenée jusqu'à la fin de la grossesse, t'sais, c'est comme, à un moment donné, ça fait, mais à la fin, ça fait pas, t'sais pis c'est supposé là... (Participante 4)

Deuxièmement la difficulté d'avoir l'air enceinte sans vêtements de maternité. En effet, les vêtements de maternité aident à avoir l'air enceinte, car ils accentuent la

silhouette de femme enceinte, « My best advice for you is to get a few nice maternity tops asap (they are great for defining a pregnant belly)... » (Babycentre.ca)

Une des participantes a d'ailleurs pris la photographie d'une boutique de son environnement où elle pouvait acheter des vêtements de maternité à sa taille. Elle souligne aussi l'aide qu'elle a reçue de la vendeuse.

Fait que avec elle (la commis...) c'est comme, pis quand la première fois j'étais rentrée pis elle m'avait fait essayer un chandail, she goes, uh c'tait pas un – un t-shirt c'tait – vraiment un maternity shirt. She goes you know what the fun part about this? She goes it makes you show faster. (Participante 1)



Figure 5. Photographie de la boutique de vêtements de maternité qui vend des vêtements pour les femmes obèses enceintes (Participante 1)

Si la visibilité de la grossesse présente des avantages certains, l'absence de la reconnaissance de leur état par les autres contribue donc à leur vulnérabilité et, d'une certaine façon, à leur isolement. Rubin (1984) a parlé de l'importance de la « protection

sociale » apportée par les gens dans l'environnement de la femme enceinte, par exemple dans les transports en commun. Leininger (2006), dans le modèle *Sunrise*, reconnaît elle aussi les rapports entre les facteurs sociaux et la santé holiste des individus. Plusieurs participantes dans les blogues et les forums de discussions ont souligné comment l'absence de visibilité équivalait à l'absence de « protection sociale » attendue dans leur état de femmes enceintes :

...and Yes I get the crazy looks on the train when I don't get up for an older person (just last week as a matter of fact), and on the train there are always announcements about how if you see a pregnant woman you should give up your seat....WILL NEVER HAPPEN FOR ME!! (Shape of A Mother)

La frustration de cette non-reconnaissance de leur grossesse est évidente.

I am plus sized, 19, and pregnant and it saddens me when people are surprised to learn that I am 6 months pregnant. I have had people look at me funny when I didn't offer my seat on the bus to a woman carrying bags or an older man with a cane and I just wanna scream "hello, I'm pregnant, exhausted, and nauseas and need to sit down unless you want me puking on everyone!" lol [laughing out loud]... (Babycentre.ca)

Une des participantes interviewées a d'ailleurs fourni une photographie en vue d'en parler de la façon suivante :

Ouais, euh... encore, avec ma grosseur, ça paraît pas que j't'enceinte, mais avec ma douleur [à la symphyse pubienne], j'ai besoin de m'asseoir, je veux pas être debout (...)
J'essaie de pas trop m'obstiner avec le monde, parce que le monde me regarde comme c'est ouais, whatever! Fait que j'ai envie des fois juste de les regarder puis de dire « Yes big people do have sex », Mais anyways [rires]. Fait que, hum! J'ai – j'ai... j'ai arrêté de prendre l'autobus à cause de ça, parce que j'étais juste plus capable de... je rageais. À chaque fois que je rentrais dans l'autobus, je venais enragée, fait que, pis je dis rien, fait que j'ai [rire], j'ai arrêté. (Participante 2)



Figure 6. Photographie illustrant l'utilisation difficile des transports en commun pour les femmes obèses enceintes (Participante 2)

Il semble donc que les femmes obèses ne vivent pas cet aspect social de leur grossesse comme les femmes ayant un indice de masse corporelle santé. Elles doivent en effet faire des efforts supplémentaires pour obtenir une certaine « reconnaissance sociale » de leur état et donc de bénéficier de la protection qui y est liée. D'ailleurs, le fait que leur grossesse ne soit pas apparente semble aussi priver ces femmes d'un sentiment d'appartenance à un groupe bien spécifique, celui des femmes visiblement enceintes.

Appartenance à un « club »

Un deuxième aspect ressorti des commentaires recueillis est relié aux difficultés de partager spontanément leur état de grossesse avec d'autres femmes enceintes. Les femmes en parlent comme si elles se sentaient exclues d'un club spécifique, celui des femmes enceintes :

...because I am so happy and bursting with joy that I want to just shout from the rooftops, "I'M PREGNANT!" I want to tell everyone my secret!!! I want to see other preggos and other moms out and about and share that soft smile with each other... it's like belonging

to a super secret club, where's MY membership!? I want random strangers to come up and rub my belly!!! (Ok maybe not so much on that last one, but still!!!) (Shape of A Mother)

I, too, am a plus sized mom. I was with my daughter and am once again with this little princess. I feel soo many of the same emotions you spoke of. Maybe next go round I can be part of that secret mommy club I would like to belong to just once!!! (Shape of A Mother)

Ce désir d'appartenance n'a été exprimé que sur les blogues et les forums de discussions et par aucune des participantes interviewées. Par contre, les participantes dans l'étude de Clarke, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom (2009) rapportent comment avoir l'air enceintes les rendait plus abordables. Les femmes interviewées dans cette étude rapportaient que les changements corporels associés à la grossesse accroissent le sentiment de connexion avec le monde. Or des blogueuses mentionnent que cette connexion ne se fait pas spontanément chez les femmes obèses enceintes, ce qui ne les inclut pas d'emblée dans le club des femmes enceintes :

People can't really tell I'm pregnant just by looking at me... so I don't get that random conversation in the baby department at [un magasin de vêtements]... This has driven me to tears at time... (Shape of A Mother)

Ce partage semble difficile dans le monde réel, mais il en va autrement dans le monde virtuel. Ce club que les femmes obèses disent ne pas trouver dans leurs interactions de tous les jours, elles le trouvent sur Internet. Rubin (1984) mentionne l'importance pour toute femme enceinte de pouvoir entrer en contact avec d'autres femmes enceintes afin d'apprendre de la source même à quoi s'attendre durant la grossesse et l'accouchement et si auparavant les femmes se renseignaient dans le monde

réel, elles sont de plus en plus nombreuses de nos jours à se rencontrer dans le monde virtuel. Il est intéressant de noter que le modèle de soins de Leininger peut s'étendre au monde virtuel, là où les femmes vont chercher le soutien de leurs pairs. Les femmes ayant un IMC se situant autour de 40 kg/m^2 ou plus font partie d'une minorité. L'Internet leur offre plus de possibilités d'interactions avec des femmes ayant un vécu similaire.

Le texte précédemment rapporté sur le besoin de partager des photos de femmes obèses enceintes a d'ailleurs suscité plus d'une vingtaine de réponses de blogueuses, dont celles-ci : « I really have to say it's great to see other large women on here :) I am almost 11 week pregnant and I weigh 404 pounds so gratz to you and be proud of who you are » (Shape of A Mother) ainsi que « OMG [Oh My God], thank you so much. I was just searching the web, just as you said you had... and was starting to feel horrible about myself. Looking at your page made me tear and know that everything will be fine. » (Shape of A Mother) et finalement,

Beauty is all in the attitude and you have a great one so I guess that makes you beautiful. Good luck with your pregnancy and enjoy the amazing journey that is motherhood, it really does knock weight issues into perspective (well it did for me). XX (Shape of A Mother)

Une des participantes (Participante 3) a été recrutée sur un de ces sites qui s'annoncent spécifiquement pour les femmes obèses, plus spécifiquement « plus-size ». Une autre (Participante 1) a photographié un site web pour mentionner ces forums de discussion comme un endroit où elle peut rencontrer des femmes enceintes qui vivent une expérience de grossesse similaire.

C'est aussi le seul site web canadien avec un blogue spécifique pour les femmes de grosse taille enceintes. Fait que we're a little club, sisterhood, pis on s'parle pis y'a jamais une question qui se fait

jamais répondre, y'a jamais une question qui se fait, voyons donc t'sais, pourquoi tu poses cette question-là, c'est stupide. Y'a pas de jugement. (Participante 1)



Figure 7. Photographie du site web Babycentre.ca (Participante 1)

Ce type d'échanges sur Internet permet aux femmes obèses de confirmer que leur vécu de grossesse est normal. Elles peuvent ainsi partager avec plusieurs autres femmes dans leur condition, des émotions, questions, croyances qui leur sont communes, tout comme le font les membres d'un club spécifique. C'est aussi sur ces sites qu'elles s'expriment souvent en regard de la normalité de leur grossesse malgré leur poids.

Grossesse normale

La grossesse comme phénomène physiologique normal fait beaucoup parler les participantes tant dans les blogues que dans les entrevues. Ce désir de normalité, les femmes obèses l'expriment tant au niveau psychologique que physique. Les sous-thèmes suivants se sont dégagés :

- être mère,

- mon corps peut,
- mouvements fœtaux et
- gain pondéral durant la grossesse.

Être mère

Le désir et la capacité d'être mère quelque soit le poids d'une femme sont beaucoup discutés dans les blogues et les forums de discussions et cela a aussi été rapporté par les participantes à l'étude. Avoir un enfant est une décision souvent planifiée de longue date. « I never considered, being married as-much as I actually considered having kids. So it was always about being a parent more than it was about-being married. » (Participante 3) Ce sentiment d'être une mère malgré leur poids a été verbalisé de bien des façons : « J'étais plus p'tite, j'voulais toujours travailler avec les enfants. ... J'adorais ça, j'voulais toujours être autour des enfants. » (Participante 1). Une blogueuse explique davantage ces sentiments :

It's nice to know that my body, overweight as it is, is still doing exactly what its supposed to... providing a warm safe haven for my little one to grow in... My breasts might be on the saggy side, and covered in long-faded stretch marks, but they will work just the same to feed and nourish my son. My fleshy arms will cushion him, hold him as he sleeps, and provide endless hugs throughout his lifetime. My flabby thighs will provide a place for him to lay on, a lap to sit on, a knee to bounce him on. I know that may be a "larger-scale" mom, but I am a MOM none-the-less... and I've come to understand that no matter the size of your body, it is the size of your love for your child that really and truly matters most. (Shape of A Mother)

Comme pour la plupart des femmes enceintes, les participantes et les femmes sur les forums de discussion parlent de grossesse planifiée et désirée, et ce, peu importe leur

poids. Une des participantes a rapporté ce témoignage en lien avec une photo qu'elle avait prise en vue d'aborder ce sujet en entrevue :

So this is eh, you know, preparing for the baby and trying to see what the-what the baby's perspective is going to be like, um which is always really interesting to me. It's a conversation that we have a lot and - and uh, me and my husband, and that I've had with-with a few friends that I'll show you later, uh about how, you know, babies come to us with a lot of intelligence and a lot of times we don't recognize that right? ... So um, so this is- so I decided to take a picture of something from the baby's perspective. (Participante 3)



Figure 8. Photographie prise selon la perspective du bébé (Participante 3)

Cette même participante parle aussi du journal qu'elle tient pour le bébé avec son conjoint :

So we have a journal that we've been keeping for the baby. We just write about, you know, how we feel about becoming parents, you know, I think any experiences that we have um like... um I don't know...what did I write about last time....oh like when he started kicking and-and moving around and when I started to feel that so those types of experiences and you know so it's just a journal that we've been keeping. Um, probably-probably since around October,

cause we found out in October. We knew in September that we were pregnant but we didn't get the test uh, to confirm it until the first week of October. Um and then we started the journal soon after that, this is the fourteenth of October. Um so I wanted to take a picture of-of the journal, cause it's-I think it's a really important part-of-our process in becoming parents. (Participante 3)

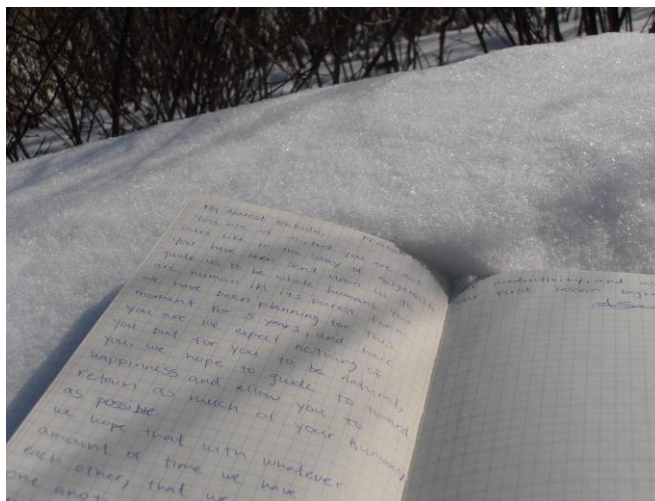


Figure 9. Photographie du journal que la participante tient avec son conjoint pour le bébé (Participante 3)

Ces femmes discutent souvent du fait que leur poids ne fait aucune différence dans l'amour qu'elles portent à leurs enfants et dans leur compétence à être mères. Des blogueuses s'expriment ainsi à ce sujet : « I think that you are right on when you say that no matter the size of your body, it is the size of the love for your child that matters most! » (Shape of a Mother) et encore « You have a healthy, perfect son and no matter what our looks on the outside, its the love and caring a mother has that makes her beautiful to her child. You are a beautiful mom ». (Shape of a Mother)

Il est intéressant de noter la relation que ces femmes obèses font entre leur capacité à être une bonne mère et leur poids. D'une certaine façon, c'est comme si elles défendaient leur droit d'avoir un enfant. La stigmatisation des personnes obèses est

amplement documentée (Puhl & Heuer, 2009) et les préjugés associés à cette clientèle bien connus : paresse, incompetence et manque de discipline pour ne nommer que ceux-là. Ces préjugés font probablement sentir aux femmes enceintes obèses le besoin de défendre la normalité de leur grossesse. En effet, d'après Bell, McNaughton & Salmon (2009), cette stigmatisation des personnes obèses est souvent dirigée vers les mères, et ce, tant dans le domaine de la santé publique qu'au niveau de la société en général. Ces auteurs s'inquiètent du langage accusateur et chargé de jugements négatifs qui est utilisé tant dans les médias que dans le monde de la santé pour parler de ces mères qui exposent leurs enfants à naître aux risques de l'obésité. Ces auteurs vont même jusqu'à parler de panique morale puisque la pression sociale sur ces mères est disproportionnée par rapport aux dangers réels auxquels elles exposent leurs enfants. Bell, McNaughton & Salmon (2009) ne sont d'ailleurs pas les seuls à penser qu'il y a exagération de la part de certains professionnels de la santé (Hull, Montgomery, Vireday & Kendall-Tackett, 2011). Jette & Rail (2012) abondent dans le même sens et parlent de stigmatisation du corps féminin obèse par les professionnels de la santé et de l'association entre le fait d'être obèse et inapte à être mère. De plus en plus de femmes obèses cherchent à se réapproprier leur grossesse et à faire reconnaître les capacités de leur corps à porter un enfant.

Mon corps peut

Être enceinte pour plusieurs de ces femmes est vécu comme une reconnaissance que leur corps est capable de faire des enfants tout autant que celui de femmes ayant un IMC situé entre 18 et 25 kg/m².

Pregnancy can make you feel like your body is no longer your own. It can ruin your self-esteem and make you hate the shell you're living in. But for some people pregnancy can finally make you feel like your body is WORTH something. This is my story...I may be overweight (according to most weight charts—morbidly obese) but god damn, I can make a human life, and that is what this is all about. My body can do what a size 6 body can do, what a size 11 body can do, what most women can do... and in the process make me happier than I have been in my life. (Shape of a Mother)

Cette fierté et cette célébration de la capacité de leur corps à porter un enfant ont été mentionnées par plusieurs de ces femmes tant sur Internet que lors de nos entrevues de recherche.

I appreciate my body for all the things it has allowed me to do, experience and all that it allows me to love. It's high time for all mothers to love the bodies that made their babies. I am breaking out of this shell that other people in my life have put together for me, piece by piece, day by day. I refuse to allow myself a lesser standard of life just because I'm not thin. In the mean time I'm learning to take care of myself, to be healthier, and happier. I'm on a journey, and one day I'll be able to say I'm at a healthier weight but for now, I'm okay with being on this windy road, full of curves, bumps, and hills. (Shape of a Mother)

Il est intéressant de noter que ces sentiments positifs vont à l'encontre du discours alarmiste de la société en général et même du discours médico-infirmier (Massiah & Kumar, 2008; Smith, Hulsey & Goodnight, 2008; Ockenden, 2008). Or les femmes obèses se renseignent, comme toutes les futures mères, quant à la normalité de la grossesse et elles entendent des discours discordants par exemple au niveau de la possibilité de vivre un accouchement vaginal normal. Plusieurs remettent en question l'obligation d'une césarienne basée exclusivement sur le fait d'avoir un IMC élevé.

Most of the articles aren't geared towards women who are overweight and it seems that the ones that are, tell me that I am

going to have a c-section, will have high blood pressure and gestational diabetes, and will likely have a difficult pregnancy. (Well-Rounded Mama)

Pamela Vireday a une section complète consacrée aux césariennes et plus précisément aux césariennes pour les femmes obèses dans son blogue, Well-Rounded Mama (<http://wellroundedmama.blogspot.ca/search/label/bariatric%20obstetrics>, consulté le 2 août 2013). Elle soutient, recherches à l'appui, que de plus en plus de femmes obèses sont poussées à avoir une césarienne sans même avoir eu la possibilité d'aller en travail et que le taux de césariennes chez cette clientèle est gonflé par l'impatience médicale. Cette crainte d'avoir une césarienne injustifiée se retrouve tant dans les forums de discussion et les blogues que chez nos participantes. L'une d'entre elles a fourni une photo en vue des discussions avec la chercheure :

My midwife cancelled our appointment last week, so this morning was our appointment and (...) so I took this picture um, to talk about them. Um, when I first found out that I got pregnant, I think one of my biggest concerns was having a c-section. Um I felt like everything that I had read about being a big woman, and being pregnant was that it's a much higher rate of cesarean section. Um, and so I was really really scared about-seeing a doctor, about seeing an OB because I didn't want um, to have a c-section... I started to call the midwifery groups um, and I think there's five in (cette ville) and I called four of them, and-and they all told me that they were already booked for June and that they would put me on their waiting list...because I was calling them all back to give them my new phone number, they were telling me that they wouldn't be able to see me because the hospitals that they practise out of don't allow for midwives to attend the births of women who have a BMI of 40 or over. (Participante 3)



Figure 10. Photographie de la porte d'un bureau de sages-femmes (Participant 3)

Une autre participante parle elle aussi de césariennes électorives pour les patientes ayant un IMC élevé.

... Pis elle dit c'est qui ton médecin, c'est quand t'accouches? Là j'y ai dit j'suis due le 25, elle dit when's your cesarian date? The hell was that? I don't have one. Well, why not? My doctor, no – no this is my c-section date. Pis c'est – c'est pas la seule (...) Elle ça serait comme ma sixième, j'pense, qui me l'aurait dit [qu'elle aura une césarienne électorive]. J'ai une fille à qui j'parle à Babycentre.ca pis elle est comme moi, comme personne me dit qu'il faut que j'fasse une césarienne pis j'en veux pas. (Participant 1)

Les récentes directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sur l'obésité et la grossesse (Davies, Maxwell & McLeod, 2010) ne font pas mention de recommandations spécifiques quant aux césariennes électorives en cas de macrosomie possible. Par contre, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (2000) recommande une césarienne électorive pour un poids foetal estimé à 4,500 g ou

plus; cette recommandation est basée sur le fait qu'une augmentation du poids de naissance de l'enfant augmente les risques de blessures lors de l'accouchement. Toutefois, ceci ne fait pas l'unanimité auprès des professionnels de la santé. Delpapa & Mueller-Heubach (1991) ont d'ailleurs démontré que l'estimation du poids foetal par échographie était supérieure au poids de naissance réel.

Alexander (2011) fait remarquer que l'efficacité de ces césariennes prophylactiques n'a jamais été démontrée. On peut donc s'interroger sur la pertinence de ces interventions proposées ou imposées aux femmes qui ont un IMC de plus de 40 kg/m^2 en préconception. D'ailleurs, Hull, Montgomery, Vireday & Kendall-Tackett (2011) abondent dans le même sens en soulignant que des soins individualisés sont très importants pour chaque femme quel que soit son poids.

Ce n'est pas que la façon d'accoucher qui suscite des inquiétudes chez les femmes enceintes qui ont un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception, ce sont tous les aspects reliés au fait de mettre au monde un enfant en santé. Les complications de grossesse comme l'hypertension et le diabète gestationnel sont fréquemment discutées dans les blogues et sur les forums de discussion et l'ont été aussi par certaines des participantes. Toutefois, si elles parlent des risques associés à leur poids, elles parlent aussi, pour plusieurs, de leurs grossesses normales et sans complications. Une des participantes a illustré ses inquiétudes relatives à l'hypertension gestationnelle avec une photographie de son sphygmomanomètre.



Figure 11. Photographie d'un sphygmomanomètre. (Participante 4)

T'sais j'ai pas choisi en quelque part d'être obèse, mais j'ai fait des choix qui ont – qui m'ont rendue là, mais c'est quand même pas le but dans ma vie, t'sais. Il y a beaucoup de jugement autour de ça aussi, les gens peuvent juger facilement fait que, c'est toujours quelque chose qui me dérange, pis enceinte, ben c'est différent, parce que t'es plus suivie par les médecins, puis, mais j'ai un gynécologue extraordinaire, puis je me sens pas, je me sens pas jugée par lui, mais c'est plus là – à l'hôpital, il me semble que là c'est plus comme (...) On dirait t'es comme plus surveillée, mais c'est peut-être moi aussi dans ma tête (rire)... comme au dernier examen là, j'avais une pression légèrement plus haute que d'habitude, d'habitude je suis hum, 120 sur 80 ou 75 (...), il dit surveille, fait juste la prendre en note puis, mais j'ai généralement une pression très basse là, c'est plus ça le problème, surtout en début de grossesse, ma pression elle chute puis... mais t'sais c'est ça, c'est toujours quand même un – un risque qui – qui est présent pour toutes les femmes, mais c'est – c'est plus élevé pour les femmes obèses, fait que c'est dérangeant. (Participante 4)

Les participantes aux forums de discussion sont très éloquentes quant à la possibilité pour une femme obèse d'avoir une grossesse sans complications : « ...surtout ne te braque pas au discours tenu par la plupart des gynéco (qui ne sont pas doux dans

leur propos le plus souvent). Tu as le droit d'être enceinte, même si les risques sont plus présents (hypertension, problème à l'accouchement...). » (Vive les rondes) Cette autre abonde dans le même sens : « Je ne fais pas de diabète, pas d'anémie et ma pression est belle. J'ai pris 10 kg jusqu'à maintenant (poids de 108 kg au départ) et ma gygy ne m'a jamais rien dit de négatif. » (Vive les rondes). Finalement cette autre : « ...Despite my « excessive weight gain », my blood pressure is normal, I tested negative for gestational diabetes, and my baby is perfectly healthy and of a normal size. » (Shape of A Mother)

Il va sans dire que les complications durant la grossesse sont présentes dans cette population, mais d'après Pamela Vireday (Hull, Montgomery, Vireday & Kendall-Tackett 2011), il y a exagération de la part des professionnels de la santé au sujet des risques de l'obésité pour la grossesse. Elle soutient que ces professionnels devraient donner à leurs patientes une information nuancée, basée sur des données probantes pour essayer de diminuer les risques s'il y a lieu. Sur son blogue, *Well Rounded Mama*, elle va même jusqu'à parler d'intimidation médicale [traduction libre de *medical bullying*].

Les femmes obèses enceintes semblent donc victimes de discrimination en regard de leur capacité à porter un enfant en santé et à lui donner naissance sans problème. Aucune justification scientifique ne semble être rattachée au suivi hypermédicalisé dont ces femmes font l'objet. Les femmes obèses enceintes de nos différents échantillons désirent qu'on leur permette de vivre pleinement cette grossesse désirée. Elles aiment d'ailleurs discuter de leur expérience profondément normale de la perception des mouvements fœtaux.

Mouvements fœtaux

Plusieurs des questions et commentaires sur les blogues et les forums de discussions s'articulent autour des mouvements fœtaux et de la capacité des femmes obèses à les ressentir comme les autres femmes.

Someone told my husband that I may not be able to feel the baby kick or move because of my weight. I was searching your site...and was just wondering if this is true. It doesn't sound right to me ... because the baby is inside my body. (The Well-Rounded Mama)

Il va sans dire que ce type de questions suscite bien des réponses, comme :

Complete nonsense! I'm 25 weeks pregnant with my first baby, and let me tell you, **FAT GIRLS CAN DEFINITELY FEEL THEIR BABIES MOVE/KICK/KICK-BOX/YOU NAME IT!** I started my pregnancy at 239 and I now weigh 252. I started feeling the butterfly movements at 17 weeks, and this morning I woke up at 3:21 am to hard kicking. So yes, you will definitely be able to see your baby move. Don't listen to ignorant people. (Well-Rounded Mama)

With my first, between the fluff and an anterior placenta, I didn't feel movement externally until about 28 - 30 weeks. With the second, it was definitely earlier than that, even though I had more fluff, because of no anterior placenta. With my current pregnancy, I started feeling flutters internally about a week ago (I'm almost 15 weeks). We'll see when the movement is noticeable externally??I never had a doc tell me I wouldn't feel the baby externally because of my size, thank goodness. But that piece of wisdom was part of the reason I threw *What to expect when you're expecting* across the room and left it there. (The Well-Rounded Mama)

Ce livre a d'ailleurs été photographié par l'une des participantes interviewées.

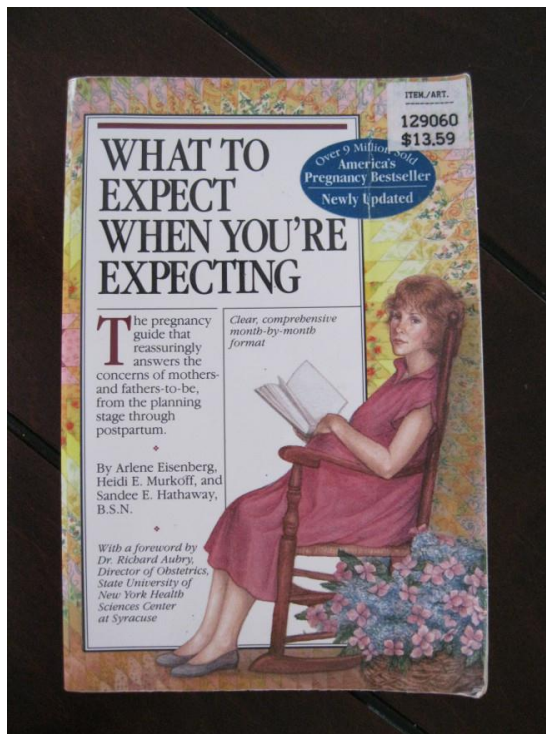


Figure 12. Photographie du livre *What to expect when you're expecting* (Participante 1)

Ce livre, *What to expect when you're expecting* (Murkoff et Mazel, 2008), bien connu des femmes obèses, semble toutefois entretenir le mythe de l'incapacité de la femme obèse à ressentir les mouvements à la même période que les autres femmes. On y lit en effet, en page 209, qu'une femme obèse sentira les mouvements de son enfant beaucoup plus tard, quand ceux-ci seront plus vigoureux. Toutefois, d'autres sources d'information qui s'adressent spécifiquement aux femmes obèses enceintes, par exemple *Big, Beautiful & Pregnant* (Van der Ziel et Tourville, 2006) rectifient les mythes qui circulent reliés à l'obésité et la grossesse et en particulier, le mythe relié à la perception des mouvements fœtaux. Ces auteurs expliquent comment la perception des mouvements fœtaux par la mère n'est pas influencée par son poids puisque les mouvements fœtaux

sont perçus par les muscles utérins. Elles précisent que le fait d'être primipare influence quand, tôt ou tard en grossesse, une femme commencera à sentir son bébé bouger.

La perception des premiers mouvements fœtaux [traduction libre du terme anglais *quickening*] est un des évènements qui peuvent paraître anodins durant la grossesse. Toutefois, d'après Rubin (1984), ce sont ces premiers mouvements fœtaux qui pour la mère, transforment l'enfant théorique en un enfant réel. Selon cette auteure, cette conscience de l'enfant ajoute une nouvelle dimension à la relation mère-enfant et est essentielle à cet attachement vital de la mère à l'enfant qui va naître [traduction libre de l'anglais *binding-in to the child*]. Ceci s'avère donc important pour normaliser la grossesse chez les femmes obèses. On se rend compte en effet que les mouvements fœtaux ne suscitent pas que des questions, mais aussi de la joie chez plusieurs femmes, tant sur les blogues : « I know that we might not be able to enjoy all the fabulous clothes, but we can enjoy all the other little things like feeling the baby kick... » (Babycentre.ca), que chez les participantes : « Yeah so far I'm loving just the feeling, feeling the baby move so much. » (Participante 3).

Le mythe associé à la perception tardive des mouvements fœtaux par les femmes obèses enceintes est autre élément qui vient les stigmatiser et qui nient leur droit à l'expérience d'une grossesse normale.

Un autre aspect associé à une grossesse normale est la prise pondérale puisque toutes les femmes enceintes s'attendent à prendre du poids durant leur grossesse.

Gain pondéral durant la grossesse

À partir de 1990, l'Institute of Medicine (IOM) recommandait une prise de poids minimale de 6,8 kg, soit 15 lb, mais n'établissait aucune limite supérieure quant à la prise de poids des femmes obèses enceintes. En 2009, l'IOM a publié de nouvelles lignes directrices pour la prise de poids durant la grossesse et en novembre de la même année, ces lignes directrices ont été adoptées par Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/qa-gest-gros-qr-fra.php>). Depuis la révision de 2009 de IOM et de Santé Canada, la prise de poids recommandée pour les femmes ayant un IMC de 30 kg/m² ou plus est de 5 à 9 kg ou de 11 à 20 lb. Il est à noter que la SOGC, dans ses directives cliniques sur l'obésité et la grossesse publiées en 2010, suggère encore un gain pondéral minimal en grossesse d'au moins 7 kg.

Malgré ces directives très claires de Santé Canada et de l'IOM, une multitude de messages contradictoires circulent sur Internet dans les blogues et les forums de discussions. Par exemple, quand cette primipare rapporte les conseils de son gynécologue :

I'm currently 34 weeks pregnant with my first child, a boy. I've struggled with my weight throughout my entire life except for a brief time in college. Before I got pregnant I was 5'7" and 200 pounds. [...] I dread going to my appointment because I know that my weight is going to be the main topic of discussion. I've put on 32 pounds since I found out I was pregnant, which apparently is too much according to my new provider. According to her, I should have only gained 15 pounds. (Shape of A Mother)

Elle reçoit des autres participantes sur les blogues et les forums de discussion des conseils bien différents de ceux de son médecin :

...your obgyn needs a reality check on that. Depending on how this delivery goes, maybe next time you can consider going with a midwife. They consider 40 pounds minimum weight gain and they focus on health, not the scale. You are beautiful and your obgyn can suck it. I hope you have a beautiful delivery! (Shape of A Mother)

Et cette dernière participante n'est pas la seule à supporter cette tendance à dépasser les recommandations de l'IOM et de Santé Canada : « You look great. 32 pounds is completely normal at this point! » (Shape of A Mother). Une autre partage avoir eu une prise de poids nettement supérieure à la normale : « I've somehow managed to gain 95 pounds throughout this pregnancy, 80 of it within five months so I have sooooo many stretch marks! » (Shape of A Mother) Ces remarques reflètent la réalité canadienne; en effet, Kowal, Kuk & Tamim (2011) rapportent que 49 % des Canadiennes prennent plus de poids en grossesse que recommandé par Santé Canada.

En même temps certaines de ces femmes reçoivent un message tout à fait contraire de leur professionnel de santé :

When I told my doctor I only wanted to gain 20 pounds, he got very upset with me and told me NO YOU CAN GAIN 30 pounds. Ummm ok, I was 230 pounds to start and I was under the impression I shouldn't gain much! I'm happy to have a doctor that doesn't see me any differently then other pregnant women but I can't help but think 30 pounds is to much for me. (Babycenter.ca)

Certaines blogueuses rapportent même une perte de poids durant leur grossesse, perte qui est supportée par leur professionnel de la santé:

I am overweight as well and wanted to lose weight before getting pregnant too, since becoming pregnant I have lost 26 pounds and still haven't put on any weight and baby is happy and healthy (currently 20 weeks) and my doctor is just fine with me losing weight, she actually commented to me at my last appointment on how good I look,... (Babycentre.ca)

Il est certain que la question du gain de poids gestationnel adéquat pour les femmes obèses n'est pas simple. Kowal, Kuk et Tamin (2011) rappellent qu'on sait déjà qu'une prise de poids excessive durant la grossesse est associée à l'hypertension gestationnelle, l'accélération artificielle du travail, la rétention de poids en postpartum, la macrosomie et l'augmentation de l'adiposité chez l'enfant, ce qui pourrait résulter en un surplus de poids ou en obésité durant l'enfance.

Oza-Frank & Keim (2013) ont examiné l'effet d'un gain de poids gestationnel inadéquat spécifiquement pour les femmes obèses ayant un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m^2 (obésité classe III). Ils concluent que pour ces femmes un gain de poids inférieur aux recommandations actuelles résultait en une diminution de risques de prééclampsie, d'hypertension gestationnelle et d'hypertrophie fœtale, et ceci, sans augmentation du risque d'hypotrophie fœtale.

Le gain de poids durant la grossesse est certes un élément essentiel durant la grossesse des femmes obèses. La chercheuse est d'accord avec Oza-Frank et Kelm (2013) quand ils soulignent qu'atteindre un poids normal (IMC entre $18,9 \text{ kg/m}^2$ et 25 kg/m^2) avant la grossesse n'est pas toujours possible pour les femmes obèses, qu'une prise de poids adéquate durant la grossesse est probablement la meilleure façon d'augmenter les chances pour une grossesse et un bébé en santé et qu'il y a un besoin certain pour des recommandations solides basées sur des données probantes.

Seulement une des participantes a soulevé la question du gain de poids en grossesse :



Figure 13. Photographie d'un pèse-personne (Participant 2)

...c'est la pesée, puis est vraiment méchante celle-là, parce qu'elle va jusqu'à un certain poids, puis après ça elle fait un gros « E » – « Error »...[rire] (...) Puis quand tu vois le gros « E » tu sais que tu pèses trop, puis que ça finit là, puis en tout cas... ça fait que je m'ai dit « je pile plus dessus », quand je vais aux recherches pis qu'ils prennent mon poids je me revire de bord, je veux pas le savoir, j'veux pas – fait qu'ils me le dise si j'ai sauté euh... (grande inspiration) parce qu'ils pèsent une fois par semaine, so si j'ai sauté de 5 kilos dans une semaine, ben là c'est, c'est dangereux là. C'est soit le bébé qui a de la misère avec [la prééclampsie], ça fait que, ils vont me le dire s'il y a quelque chose, mais autre que ça je me fais dire rien, je veux pas le savoir... j'ai appris ma leçon que c'est juste pas nécessaire dans ma vie de le savoir parce que y'a rien que je peux faire à ce moment... à ce point-ci. Fait que c'est ça, j'ai arrêté de me peser quand je suis enceinte parce que ça vaut pas la peine. (Participant 2)

Ce sens de fatalité, de ne rien pouvoir y changer, semble être partagé par certains professionnels de la santé. Les participants à la recherche de Stotland, Gilbert, Bogetz, Harper, Abrams et Gerbert (2010) pensent que conseiller leurs patientes sur le gain de

poids gestationnel est important, mais plusieurs reconnaissent se sentir inconfortables, mal outillés et douter que leur intervention puisse changer quoi que ce soit à la prise de poids de leurs clientes. En ce sens ils rejoignent les réflexions de Hughes et Farrow (2007) et Leininger (2006) quant à l'importance de la culture du soignant dans leurs interactions avec leurs clientes. Ferrari et Siega-Riz (2013) expliquent d'ailleurs que seulement 52 % de leurs participantes ont rapporté avoir reçu des conseils sur le gain de poids gestationnel, 91 % de celles-ci ont suivi ces conseils, ce qui a résulté pour ces femmes en une réduction du risque de gain de poids excessif.

Un gain de poids adéquat durant la grossesse est un élément essentiel pour une grossesse normale et en santé. Toutefois, malgré les recommandations de Santé Canada et de l'IOM, il semble y avoir plusieurs obstacles à l'application de ces directives plus spécifiquement, une perception erronée de ce qui constitue un gain de poids gestationnel adéquat tant chez les femmes enceintes obèses que chez les professionnels de la santé et, de la part de ces mêmes professionnels, un malaise à discuter du gain de poids gestationnel avec leurs clientes obèses. Knight-Agarwal, Kaur, Williams, Davey, et Davis (2013) sont d'ailleurs arrivés aux mêmes conclusions quant à l'inconsistance des recommandations faites aux femmes pour le gain de poids en grossesse. Les femmes obèses enceintes ont tout particulièrement besoin de soutien pour vivre une grossesse en santé, soutien des professionnels de la santé, mais aussi soutien de leurs proches, de leur entourage et même de la société en général.

Importance des relations, tant positives que négatives

Si être enceinte est une expérience profondément personnelle, cette expérience se vit aussi dans la famille, celle qu'on commence ou qu'on continue, et dans la communauté qui nous entoure. Il n'est donc pas surprenant que les femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception, comme toutes les femmes, parlent beaucoup de ces relations avec les autres parfois négatives, parfois positives et plus précisément, avec les professionnels de la santé.

Professionnels de la santé

Selon le rapport de l'Agence de santé publique du Canada, *Ce que disent les mères: l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* (2009), 32,2 % des femmes rapportent que leur professionnel de la santé représente la source d'information prénatale qui est la plus utile. Au Canada, les femmes enceintes voient leur professionnel de la santé régulièrement tout au long de leur grossesse, les femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ont même habituellement des contacts plus fréquents avec celui-ci que les femmes de poids santé puisque les professionnels considèrent que leur grossesse présente un risque élevé (McCabe , 2008).

Tant parmi les blogueuses que parmi les participantes, les rapports avec les professionnels de la santé sont abondamment discutés. Plusieurs sont satisfaites de la qualité de leur rapport avec leur professionnel de la santé :

On jase du médecin. Mais y'a une madame elle était 300 quelque livres quand elle a accouché de son premier, elle est rendue à son quatrième, elle dit jamais. Jamais elle (Dr R.) a mentionné quelque chose, elle dit, mais, on a toutes été voir d'autres médecins qu'y ont

t'sais comme, j'sais pas si j'peux t'aider là, t'es pas mal grosse, ça va être difficile. Fait que Dr. R. est connue pour accepter la femme (obèse enceinte). (Participante 1)

Et encore cette autre qui déclare : « ... ma gygy ne m'a jamais rien dit de négatif. Elle m'accueille avec son grand sourire et elle est super sympathique. Jamais aucune remarque blessante. Elle est vraiment gentille. » (Vive les rondes)

Toutefois la plupart des blogueuses et des participantes rapportent des situations différentes :

La seule personne qui a été froide et sec avec moi c'était le médecin qui a fait ma première écho à 3 mois. Comme j'ai un surplus de poids, il avait de la difficulté à bien voir le bébé pour prendre ses mesures pour le test de la trisomie. Même qu'un moment donné quand le bébé a bougé pendant qu'il prenait ses mesures, il a sacré!!! Moi qui étais tellement heureuse de voir ce petit être bouger en moi, j'en revenais pas qu'il sacré à côté de moi....(Vive les rondes)

Une des participantes a voulu illustrer son commentaire à propos de l'infirmière de sa clinique :

Fait que là j'voulais pas prendre sa photo, elle est connue comme l'infirmière en mauve. Elle porte juste du mauve, sa bague de fiançailles est mauve, elle est vraiment fanatique de mauve. Fait que j'ai été au magasin pis j'ai pris une paire de pantalons de scrubs mauves pis j'ai pris une photo. Fait que ça c'est l'infirmière de la clinique. Toujours en mauve. Fait que à m'fâche. Même quand j'ai apporté le document pour faire partie du MOM [Maternal Obesity Management] trial, elle a dit ben why d'you do that? Cause you want to lose weight? Why? Why do you want to do that? Cause it's motivating, cause it's interesting. Because I can help this child now, before she's born. You know, if there is a correlation between overweight mothers and overweight children. Help now! Oh cause you want to lose weight, right? (Participante 1)



Figure 14. Photographie d'une paire de pantalons mauve. (Participante 1)

Cette participante a vécu plusieurs fausses-couches; suite à une échographie, la même infirmière lui a déclaré :

We did not stop looking at that heartbeat. We made her stay there for half an hour, I was pissing myself. Mais I just wanna see the heartbeat. (...) Then we leave from there and we go to the nurse and what does she tell me, well you know there's still la chance that you're gonna lose this baby. Don't you just love the nurse? (Participante 1)

Les commentaires que les professionnels de la santé passent sur la taille de ces femmes sont souvent désobligeants :

My DH [Dear Husband] and I went to our first OB appointment where we were able to see the baby. At 12 weeks he/she is growing well and measuring fine. The Dr. said at least three times that 'my size' made it difficult. I know I'm fat. It just hurts to hear it from him. (Babycentre.ca)

Cette autre blogueuse s'exprime ainsi :

I had recently had to switch OB/GYN providers (...) My past few appointments have been nothing short of horrible with my new provider. I dread going to my appointment because I know that my

weight is going to be the main topic of discussion. (...) Like I said before, I've struggled with my weight my entire life. I have old stretch marks from all of the weight I gained as a child. Now that I'm pregnant I have new ones in addition to the older ones. The first time that I saw her, I noticed that she looked disapprovingly at my stretch marks, but didn't comment. She didn't have to comment though, the look on her face said everything. This is supposed to be the happiest time of my life, but yet I'm re-living the nightmares of my overweight childhood, adolescent, and teen years. I'm an RN so I know what constitutes healthy and non-healthy foods as well as what it means to be « healthy ». I've worked with physicians like her throughout my career who seem to have the bedside manner of roadkill. I know that I shouldn't let the comments and disapproving looks get me so down, however I can't seem to shake them. My husband hasn't been able to come with me to my last few appointments due to military duty requirements so I've had to endure this « harrassment » on my own. I've literally been in tears after my last few appointments. I just wish that this physician could see beyond the number on the scale and recognize that I am in fact healthy despite my weight, but I honestly don't think that will happen. I'm looking forward to the day that little man finally gets here and I don't have to endure the negative banter and feelings of worthlessness this physician instills in me at every visit. (Shape of A Mother)

Plusieurs femmes ont répondu à cette blogueuse :

Are you sure we don't have the same OB/GYN? I weighed the same as you, same height, gained around the same amount and my doctor was a jerk to me the whole time, even though my baby and I were healthy throughout. She was shocked that I didn't have GD [gestational diabetes] and made me tested for it again because she couldn't believe someone at my weight wouldn't have diabetes. (Shape of A Mother)

I'm so sorry you are being treated this way, it's completely inappropriate and quite frankly rude. I am only one inch taller than you and started my pregnancy 50 pounds heavier than you. My OB constantly reminds me to watch my weight in every appointment we have. Thus far I have only gained 10 pounds at 20 weeks but he acts like I'm Shamu the whale. (Shape of A Mother)

Si ces remarques des professionnels de la santé sont choquantes, elles ne devraient toutefois pas surprendre. En effet la discrimination et les préjugés envers les femmes obèses en général ont été abondamment documentés (Wray & Deery, 2008; Puhl & Heuer, 2009; Shmied, Duff, Dahlen, Mills & Kolt, 2010, Nyman, Prebensen & Gullvi, 2008). Les discussions sur les blogues et les forums de discussion, ainsi que les observations de certaines des participantes, confirment que les préjugés des professionnels de la santé envers cette clientèle sont encore bien présents.

Attitudes et relations négatives

La majorité des attitudes ou commentaires négatifs qui ont été rapportés, tant par les blogueuses que par les participantes, venaient des professionnels de la santé. Les sentiments exprimés par les professionnels de la santé dans les études citées plus haut sont similaires à ceux exprimés envers la population obèse en général soit par exemple que les femmes obèses enceintes manquent de volonté ou de motivation et encore, qu'elles sont dégoûtantes.

Toutefois des remarques désobligeantes venant aussi bien d'étrangers que de confrères au bureau ou même de leurs proches ont été rapportées par les deux groupes. Puhl & Heuer (2009) font observer que la discrimination envers les femmes obèses a été documentée non seulement dans les sphères de l'emploi, de l'éducation et de la santé, mais aussi dans leurs relations interpersonnelles et ces observations ne diffèrent pas chez les femmes obèses enceintes. Il est intéressant de noter que les préjugés associés au poids en milieu de travail et dans les relations interpersonnelles sont plus marqués chez les femmes obèses que chez leurs homologues masculins (Puhl & Heuer, 2009).

Reva Rubin (1984) souligne combien l'acceptation de la grossesse par les autres est importante pour le bien-être et la protection de la femme enceinte, surtout au cours des deux premiers trimestres. Leininger abonde dans le même sens en reconnaissant la contribution du soutien des pairs et de la société au bien-être d'un individu. Toutefois le modèle Sunrise de Leininger (2006) démontre bien aussi l'interaction de ces éléments avec les valeurs culturelles et comme le soulignent Hughes et Farrow (2007), la société occidentale accorde une valeur démesurée à la minceur, surtout chez les femmes. Il semble donc que, même quand leur état de grossesse est connu, ces femmes ne bénéficient pas toujours de la bienveillance des autres. Pour illustrer ce genre de situation avec des étrangers, une des participantes a photographié son sac à main.

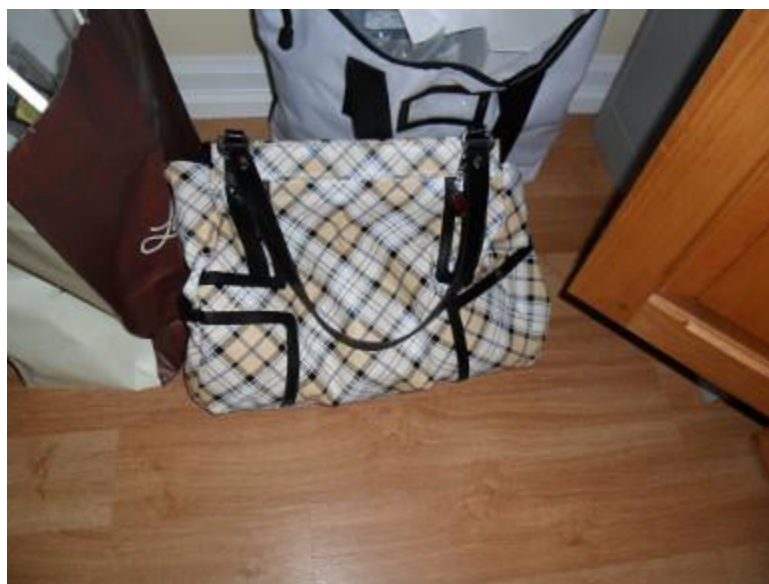


Figure 15. Photographie d'un sac à main (Participante 2)

C'est ma sacoche, fait que je m'ai fait dire, par la madame au magasin que les grosses femmes devraient avoir des grosses sacoches, parce que moi je regardais une petite sacoche [rires] (...)

Ça fait que là, en tout cas, c'est ça, ça fait que je me suis fait donner de l'avis qui était pas vraiment voulu là. (Participante 2)

Dans les milieux de travail, Puhl & Heuer (2009) ont remarqué que les femmes obèses étaient davantage stigmatisées, comparées à leurs collègues ayant un IMC santé. Toutefois, personne à notre connaissance n'a examiné la réalité des femmes obèses enceintes dans leur milieu de travail.

... I know how it feels because people at work comment on my weight they are used to seeing me smaller and I gained 55 pounds my last pregnancy, and a year and 3 months later baby # 2 is on it's way, I am now 3+ month pregnant and the unwanted comments have started, it's unfair that people are so mean I hate it, and I am not even showing yet! (Shape of A Mother)

Puhl & Heuer (2009) ont noté aussi que les femmes obèses font face à des préjugés dans leurs relations interpersonnelles et cet élément a été documenté comme suit par une des blogueuses :

Yesterday I was at a family party and everyone kept poking me in my top belly which was pretty annoying. I am 11,5 weeks so the baby is all below my belly button but because the uterus is expanding it is pushing stuff up above my belly button so making that stick out more. With my other pregnancies my belly started turning more into a D in the 20's so looking forward to that so people will stop touching my fat and guts :) (Babycentre.ca)

Il en va de même avec leur famille proche et leurs enfants :

Puis hum, malgré que t'sais elle voit la différence là, des autres mamans que je suis plus grosse que les autres mamans, pis des fois elle fait des commentaires. Pis t'sais ça, ça me dérange un peu. T'sais je veux pas – je veux pas qu'elle voit la différence, je veux pas que – qu'elle soit affectée par ça, mais en même temps, c'est la réalité pis c'est correct quand qu'elle me le souligne, t'sais. (Participante 4)

Définitivement, ces femmes identifient un malaise, cette difficulté à réconcilier poids et grossesse dans leur vie de tous les jours les affecte. Ce malaise a été bien décrit par cette blogueuse :

We should love ourselves for who we are, not what we look like, it is hard when all that trash is shoved in our faces. I choose to see it as I am nurturing life right now, I can worry about my "butt size" when the miracle has been born! (Well Rounded Mama)

Une des blogueuses a exprimé de façon simple, mais éloquente le vécu de grossesse des femmes obèses durant la grossesse : « Being a plus sized woman can be isolating, but never more so than during pregnancy » (Shape of A Mother). Si les femmes ayant un IMC ≥ 40 kg/m² en préconception vivent des situations difficiles dans leurs rapports avec les autres durant la grossesse, tant au travail qu'avec leurs proches, elles expriment aussi beaucoup de soutien, principalement de leur famille immédiate.

Relations positives, soutenantes

Comme pour presque toutes les femmes, une des premières sources de soutien pour les femmes obèses enceintes est leur conjoint. Duman & Kocak (2013) ont utilisé trois différents outils : *Descriptive Data Collection Form for the Characteristics of the Pregnant Women* (Chou, Chen, Kuo & Tzeng, 2006), *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) et *State of Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch, & Lushene 1970) pour déterminer comment la perception du soutien social influençait le niveau d'anxiété des femmes enceintes. Les auteurs avancent que la source de soutien la plus significative pour les femmes enceintes est leur famille proche et principalement leur conjoint. Tant les blogueuses que les

participantes décrivent combien le soutien du père de leur enfant à naître est important pour elles. Rubin (1984) abonde dans le même sens et souligne aussi l'influence essentielle de la qualité de la relation avec le conjoint sur le cours de la grossesse, la formation de l'identité maternelle et l'exécution des tâches maternelles. Stapleton, Westling, Rini, Glynn, Hobel & Sandman (2012) ont précisé, lors d'une étude longitudinale, la perception par la femme enceinte du soutien qu'elle reçoit de son conjoint comme influence sur sa santé mentale et celle de son enfant durant la grossesse et le post-partum. Une des participantes a bien décrit le soutien que son conjoint lui apporte. Elle mentionne aussi l'importance de ce soutien et comment cela contribue à son bien-être:



Figure 16. Photographie des mains du conjoint d'une des participantes en train de faire la vaisselle (Participante 4)

Ça c'est mon mari qui fait la vaisselle, mais on voit juste ses mains dans l'eau (rires)...Fait que là on voit le lavabo, pis c'était pour moi, une des choses qu'il fait pour moi, qui me rend heureuse, j'trouve

que c'est un bon mari, un bon papa. Il m'aide énormément, puis surtout, là je suis plus vers la fin de la grossesse, pis j'ai moins d'énergie, tout m'épuise là, facilement, puis même faire la vaisselle là, quand je suis au bout de mes bras comme ça. Puis il pallie à tout ça, c'est un homme rose, comme on peut dire... C'est un homme qui, il fait beaucoup – il aime beaucoup hum, le nettoyage et tout, fait que, mais c'est comme amplifié quand je suis enceinte, fait que, c'est l'fun. ... il était comme ça avec ma première aussi. Puis, c'est très soulageant, ... Je me sens supportée, puis c'est correct, t'sais, je me sens pas coupable d'être fatiguée, ... comme il va remarquer les choses qui m'épuisent plus, puis là il va naturellement en faire plus, j'apprécie beaucoup pis ça, ça me rend heureuse parce que je me dis, t'sais, si j'avais pas ça, des fois je me demande comment les femmes monoparentales font pour arriver, honnêtement. (Participante 4)

Les blogueuses rapportent elles aussi combien le soutien de leur conjoint leur est essentiel :

I suck it up and realize this.... those that know me, are close to me, and love me - know that I'm expecting. They know I'm so happy to finally be a mommy. They are the ones that matter. The playful kicks I feel from my son are a reminder that I am never alone... it doesn't matter if anyone else feels them or not. His daddy loves me unconditionally, doesn't care what size I am, and rubs my belly every night before bed. When I start thinking about all these things, I feel a little better about being a "plus-size mom"...(Shape of A Mother)

Il est aussi intéressant de noter qu'à travers les blogues anglophones, les femmes mentionnent leur conjoint en utilisant le sigle « DH », soit Dear Husband (Cher mari). Elles utilisent un sigle similaire pour leurs enfants, leurs fils sont « DS » ou Dear Son (Cher fils) et leurs filles qui sont « DD » ou Dear Daughter (Chère fille). La chercheuse n'a pas trouvé d'expressions semblables dans les blogues francophones.

Trois des participantes sont des multipares; elles ont insisté sur la joie que leur donne leurs enfants.

Évidemment, mes enfants me font sentir très bien [rires]. C'est – c'est pour eux autres que je me lève à tout les matins. C'est leur sourire puis, leur – leur personnalité qui... autant que j'aime peut-être pas la façon dont j'ai l'air, eux autres ont l'air à m'aimer quand même, fait que. (Participante 2)



Figure 17. Photographie du fils de la participante (Participante 2)

Une autre participante parle ainsi de son aînée :

Fait que, j'ai beaucoup de plaisir avec elle, t'sais, pis uh, c'est une petite fille merveilleuse, pleine d'énergie, pleine d'idées, pis d'histoires dans sa tête, c'est passionnant t'sais, c'est devenu, je savais toujours que j'aimais les enfants, mais quand c'est ton enfant. C'est toute une autre histoire, puis je regrette vraiment pas d'avoir eu la petite, elle me rend heureuse. Pis c'est toujours magique, t'sais les histoires qu'elle peut me raconter ou les idées qu'elle a, pis des fois elle me demande est-ce que t'as eu ton bébé aujourd'hui maman? Pis là je lui dis non, tu vas le savoir, t'sais? Mais c'est

mignon, c'est innocent, pis ça me rappelle, t'sais que – qu'on apprend beaucoup de choses dans la vie pis faut tout apprendre, pis c'est vraiment spécial fait que, c'était important pour moi (Participante 4)

Rubin (1984) parle d'un sentiment profond de gratitude des multipares envers leur aîné et leur conjoint, surtout en fin de grossesse, au moment où la femme enceinte tente de réorganiser ses relations avec ses proches. Ce sentiment envers leurs enfants est aussi décrit par les participantes aux blogues et aux forums de discussion : « My son, now 5, LOVES having a soft mama to cuddle and snuggle. Moms don't have to be thin to be great... » (Shape of A Mother). Leur famille apporte aux participantes des blogues et des entrevues un sentiment de bien-être. Ce qui est particulièrement intéressant c'est que ce sentiment, exprimé par plusieurs des participantes et des blogueuses tant en français qu'en anglais, transcende les diverses cultures.

Une des participantes a aussi parlé du soutien qu'elle reçoit et de celui qu'elle donne, dans un groupe sur Internet, le « Secret Mommy Friends » :

Fait que c'est ça, j'ai pas un gros cercle d'amis, fait que sur l'Internet je fais partie d'un groupe de femmes puis on se fait des – on appelle ça des "secret mommy friends". On a des femmes qui se donnent des cadeaux, en secret. Fait que j'ai reçu un bouquet de fleurs de cette femme-là, fait qu'ils envoient des fleurs, ils déposent des cadeaux sur le perron, moi je fais la même chose pour une autre femme. Justement, la pile de – de cochonneries qu'il y a là, c'est ça que c'est! (rires) C'est pour aller déposer chez quelqu'un bien enveloppé. Ça fait un bon sentiment. On ne les connaît pas ces femmes-là, puis on n'est pas obligé de dire on est qui, la plupart du temps on va se dire on est qui pis des fois on devient amies. Pis des fois les gens veulent juste rester anonymes, pis ça reste de même, c'est une façon pour un réseau de femmes de se faire sentir (qu'on se donne du soutien)... puis ça peut soit devenir une amitié, ou des fois c'est juste – ça reste de même, ça finit là. C'était quelque chose qui était arrivé la journée justement que j'ai reçu la caméra. J'ai dit

«Bon ben, ma première photo! Mon bouquet de fleurs avec mon petit papillon.» Fait que c'est ça! (Participante 2)



Figure 18. Photographie du bouquet que la participante a reçu d'une « amie » anonyme (Participante 2)

Finalement, si les participantes et les blogueuses utilisent l'Internet pour partager avec d'autres femmes enceintes et valider leur vécu de grossesse, il est aussi une source de soutien. Bresnahan et Murray-Johnson (2002) ont analysé les échanges d'un groupe de discussion asynchrone ayant pour but d'offrir du soutien à des femmes durant les changements associés à la ménopause. Un des éléments qui est ressorti de leur étude est le soutien évident que ces participantes trouvaient dans leurs échanges avec le groupe. Il

est intéressant de voir comment la théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger (2006) s'adapte aussi à la réalité virtuelle.

Ce soutien en ligne est aussi apparu chez nos participantes, tant dans les forums de discussion que dans les entrevues. Plusieurs des femmes qui partagent leur vécu de grossesse reçoivent ce type de réponses :

Thank you so much for sharing your picture and story. I too am plus sized and have yet to pop out. I just feel fat. But seeing other plus sized beautiful women who are pregnant gives me strength to be myself. (Shape of A Mother)

Ou encore celle-ci : « OMG [Oh my God)], Thank you so much. I was just searching the web, just as you said you had... and was starting to feel horrible about myself. Looking at your page made me tear and know that everything will be fine » (Shape of A Mother). Une des participantes a aussi mentionné combien les groupes en ligne étaient importants pour son bien-être : « Fait que le site web, il est bon pour le moral, mon moral (...) yé là quand j'en ai besoin aussi » (Participante1).

Un autre aspect des relations positives qui est ressorti durant les entrevues c'est la relation avec soi-même, ce que les participantes font pour elles-mêmes afin de se sentir bien.

Prendre soin de soi

Certaines des participantes ont rapporté qu'elles prenaient soin d'elles-mêmes durant leur grossesse pour accroître leur sentiment de bien-être. Pour ce faire, elles ont décrit les activités de loisir auxquelles elles ont recours. Caldwell (2005), dans une revue de littérature sur l'effet thérapeutique des loisirs sur la santé, reconnaît que participer à

des activités significatives, intéressantes et personnellement créatrices est important pour la santé et le bien-être social. Deux des participantes ont expliqué comment leur créativité et leurs loisirs, révélés de bien des manières, contribuaient à leur sentiment de bien-être. Cette créativité s'exprime dans un geste envers leur enfant à naître, leur famille et elle-même. L'une d'entre elles décrit comment la décoration intérieure est une passion:

J'ai pris cette photo-là parce que juste regarder les – les différents modèles de maison, la décoration, les changements de couleur qui sont agencés ça m'stimule, puis ça me rend, hum, c'est comme une passion là, fais que, t'sais on est allés là, pis on a pris plein de photos, ma mère... Elle se bâtit juste à côté, pis elle se fit beaucoup sur moi pour essayer d'agencer les choses. Fait que, c'est quelque chose qui est ressourçant pour moi, puis que je sois enceinte ou non, c'est quelque chose qui reste constamment. (Participante 4)



Figure 19. Photographie d'une maison pour l'idée de l'agencement des couleurs (Participante 4)

Une autre tricote pour son bébé

So this is all my knitting stash. I have several projects in my head that I want to work on. Cause this is my biggest project, this one here. It's a lace. I'm trying to make a lace, like an heirloom uh, blanket for the baby. And this pattern um, was used to welcome I think it was the Danish queen's baby into the world. So it's a really- it was a really beautiful blanket that I found the pattern. I found it I think maybe like 2, yeah 2 or 3 years ago I found this pattern and I fell in love with it and I said to myself that when I got pregnant I was gonna start working on it. So it's the centre and I'm working on one of the sides. I don't know if I'm gonna finish it by the time. Hopefully! (Participante 3)

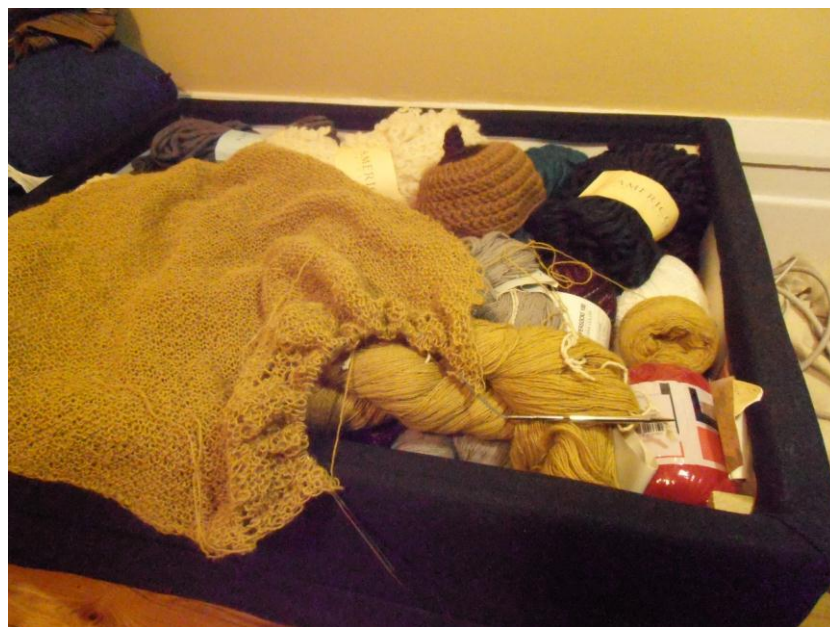


Figure 20. Photographie du châle et de la réserve de laine dont la participante voulait parler (Participante 3)

L'une d'elle explique en montrant la photographie qu'elle a prise de son pied :
 « Ça c'est mes belles orteils, ça fait que j'me traite quand même. On est allée se faire des pédicures, pis je fais sûr que je fais mes cheveux, c'est des – des petites affaires que je fais pour...me faire sentir mieux. » (Participante 2)



Figure 21. Photographie d'une pédicure récente (Participante 2)

Elle n'est d'ailleurs pas la seule : « ...fait que à tous les trois lundis, je dépose [mon fils] à la garderie, j'm'en va pour une manicure-pédicure, après ça j'm'en va chercher [mon fils] pis on fait de quoi. It's my compensation » (Participante 1).

Caldwell (2005) insiste sur l'importance des activités de loisir et de relaxation pour mitiger le stress quotidien et les événements défavorables de la vie et sur leur contribution à la santé mentale, physique, sociale et émotionnelle pour des individus de tous âges. La chercheuse note toutefois qu'une revue de la littérature sur la grossesse et les loisirs ne fait ressortir que des articles sur l'exercice durant la grossesse.

Même si les femmes enceintes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ constituent un groupe vulnérable, les participantes à cette recherche expriment avoir plusieurs sources de soutien : leurs proches, les groupes de soutien en ligne et toutes les choses qu'elles font pour prendre soin d'elles-mêmes.

Les discussions sur les blogues et les forums de discussion ainsi que les observations de certaines des participantes, confirment que les préjugés des professionnels de la santé envers cette clientèle sont encore bien présents. Ces femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception vivent aussi des situations difficiles dans leurs rapports avec les autres durant la grossesse, tant au travail qu'avec leurs proches, elles expriment toutefois beaucoup de soutien, principalement de leur famille immédiate (conjoint et enfants). Celles qui utilisent les blogues rapportent aussi combien ce contact virtuel est important. Un autre aspect des relations positives qui est ressorti durant les entrevues, c'est la relation avec soi-même, ce que les participantes font pour elles-mêmes afin de se sentir bien.

Trois grands thèmes se sont dégagés de cette étude : avoir l'air enceinte, vivre une grossesse normale et finalement, l'importance des relations, tant positives que négatives, avec les autres et avec soi-même. Rubin (1984) a souligné l'importance d'avoir l'air enceinte et comment la silhouette changeante de la femme enceinte lui permet de partager son état de grossesse avec les autres. Ce changement est beaucoup moins évident pour les femmes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. La théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger a été utilisée pour tenter de cerner les facteurs qui influencent le vécu et la santé des femmes obèses enceintes. Cette étude représente une ébauche des relations qui constituent le vécu de ces femmes, relations avec la société qui idéalise la minceur, avec leurs proches et leurs soignants, mais aussi avec elles-mêmes.

Cette étude a mis en lumière le manque de connaissance à propos du vécu de grossesse des femmes ayant un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Les concepts présentés ici ont été explorés seulement très partiellement ailleurs dans la littérature.

Cette étude était limitée par le petit nombre de participantes (seulement quatre) et par les limites inhérentes à l'Internet, toutefois les entrevues ont validé les éléments identifiés initialement dans les blogues et les forums de discussion. L'auteure croit fermement qu'à la lumière de ces résultats, il est essentiel que d'autres chercheurs développent les connaissances sur le vécu de grossesse des femmes ayant un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception.

Recommandations pour les sciences infirmières

Recommandations pour la pratique

Leininger (Leininger & McFarland, 2006) décrit trois différentes façons pour les infirmières de prodiguer des soins culturellement appropriés à leurs clients soit le maintien du soin, la négociation du soin et finalement, la restructuration du soin. Cette structure du soin proposée par Leininger permet aux infirmières de prodiguer des soins plus culturellement adaptés aux femmes obèses enceintes.

Le maintien du soin

Le maintien du soin fait référence au savoir-faire professionnel qui permet de soutenir ou de faciliter les croyances ou les pratiques bénéfiques déjà adoptées par cette clientèle. Ce soutien se manifeste tout d'abord par une approche holistique qui prend en considération la femme obèse enceinte dans son entier et par l'accueil de l'infirmière envers la cliente obèse enceinte. En effet, en réduisant ces clientes à leur poids et aux risques potentiels qui y sont rattachés, on risque d'oublier la femme et l'enfant qu'elle porte. Reconnaître la femme dans son entier, sa famille, son travail, ses loisirs et valider sa grossesse vient faciliter l'établissement de la relation thérapeutique. Les femmes enceintes ont besoin que l'on reconnaisse leur grossesse et ce qu'elles font pour assurer la santé de leur enfant à naître; en cela, les femmes obèses ne sont pas différentes des autres.

Le soutien de leur famille est essentiel pour ces femmes, d'où l'importance de leur offrir des soins centrés sur la famille afin de mieux soutenir encourager les relations aidantes dans la vie des femmes obèses enceintes.

La négociation du soin

La négociation du soin appuie l'adaptation créative du soin. La clientèle obèse enceinte constitue une clientèle émergente en obstétrique, une nouvelle réalité à laquelle les infirmières font face quotidiennement. L'infirmière ne devrait pas s'attarder sur le poids préconception de la cliente obèse enceinte puisque c'est un élément qui ne peut être changé. Elle devrait travailler avec la cliente obèse enceinte pour arriver à un gain de poids gestationnel adéquat afin de réduire les risques pour la santé de la mère et de l'enfant d'une prise de poids inappropriée. Afin d'optimiser la prise de poids ainsi que l'issue de la grossesse pour les femmes obèses enceintes, les infirmières doivent présenter clairement et sans préjugés une information actualisée. Les infirmières doivent aussi encourager ces femmes à prendre en charge leur grossesse et leur santé. Ceci doit être fait de façon conviviale et sans jugement de valeur.

Les femmes obèses enceintes sont une clientèle vulnérable il est donc important pour les professionnels de la santé de prendre conscience de leurs attitudes et de leur pouvoir sur ces femmes.

La restructuration du soin

La restructuration du soin vient assister le changement pour l'adoption de pratiques de soins de santé qui favorisent un plus grand bien-être physique, social et émotionnel. En préconception, les infirmières peuvent travailler avec leurs clientes obèses pour les aider à atteindre un poids santé. Durant la grossesse, les infirmières devraient être familières avec les recommandations de Santé Canada et elles devraient

donner un message clair à toutes leurs clientes quant au gain pondéral en grossesse, quel que soit leur poids, mais ceci, sans jugement de valeur. De plus, on ne saurait trop insister sur l'importance pour les professionnels de la santé d'être conscients de leurs propres valeurs quant à l'obésité afin d'éviter de stigmatiser leurs clientes (Hughes & Farrow, 2007).

Les femmes enceintes obèses devraient être encouragées à identifier, dans leur entourage réel et virtuel, famille ou amis qui pourraient être des sources de soutien durant leur grossesse.

Recommandations pour la formation

Près de 20% des femmes canadiennes en âge de procréer sont obèses ($IMC \geq 30$ kg/m²). Cette nouvelle réalité vient confronter tant les étudiants en sciences infirmières que leurs enseignants. Le stigma attaché à l'obésité est toujours très présent, il est donc important pour les infirmières d'être conscientes de leurs propres croyances et attitudes envers les femmes obèses et de comment cela affecte les soins qu'elles prodiguent à cette clientèle. On devrait donc encourager une formation réflexive sur ses propres attitudes afin de devenir une professionnelle ouverte et respectueuse des différences chez les clients.

Afin d'assurer des soins culturellement sécuritaires, la formation de base en sciences infirmières devrait élargir le concept de différence et tenir compte non seulement des différences ethniques, mais bien de tous les types de différences dans l'individualisation et l'adaptation des soins (Hughes & Farrow, 2007).

Si les soins prodigués par les infirmières se doivent d'être fondés sur des données probantes, il faut aussi être conscient de ne pas réduire la femme obèse enceinte à la somme des risques que l'obésité présente durant sa grossesse. Les infirmières ne devraient pas voir l'obésité comme une maladie dont la femme obèse est responsable, mais elles se doivent plutôt d'avoir une vision holistique de la femme obèse et de prodiguer des soins centrés sur la personne.

Recommandations pour la recherche

Plusieurs thèmes se dégagent de cette recherche ethnographique et mériteraient une attention particulière de chercheurs de diverses souches tant médiconursing que psychosociale : stigmatisation de la femme obèse enceinte, hypermédicalisation de la grossesse en raison du poids non justifiée par des évidences et perceptions variables tant chez les femmes que chez leurs professionnels de la santé en ce qui a trait à un gain de poids adéquat en grossesse. L'élément qui interpelle le plus la chercheuse c'est l'absence de connaissances autour de l'impact de ces grossesses cachées, donc la conséquence de la stigmatisation des femmes obèses. Rubin (1984) souligne l'importance du soutien social pour les femmes enceintes et pourtant à moins que ces femmes ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) ne partagent leur état de grossesse; au contraire, il reste souvent caché. Quel est l'impact de cette absence de soutien social? La société se fait en général une obligation de protéger la femme enceinte et son enfant à naître, mais si cette grossesse est cachée, qu'en est-il de cette protection? La chercheuse croit qu'il est nécessaire de mieux comprendre cette nouvelle problématique.

L'hypermédicalisation de la grossesse chez les femmes obèses ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) est un autre élément qui mérite une attention accrue. Présentement ces femmes sont toutes traitées de la même façon, quel que soit leur état de santé, le seul élément pris en considération est leur IMC. Il serait intéressant de valider un outil similaire au *Edmonton obesity staging system* (EOSS) pour la grossesse (Kuk, Ardern, Church, Sharma, Padwal, Sui & Blair, 2001). Cet outil permettrait de préciser le niveau de risque en relation avec l'obésité. Par exemple, pour deux femmes enceintes ayant le même IMC, l'EOSS ne sera pas le même pour la femme sans maladie métabolique et qui fait de l'exercice régulièrement que pour celle qui souffre de diabète, d'hypertension et qui a de la difficulté à se déplacer. La chercheuse considère que la gestion clinique de ces femmes obèses enceintes ne devrait pas seulement reposer sur leur IMC.

Enfin, il serait approprié d'utiliser davantage la *photo elicitation* lors de recherches qualitatives en sciences infirmières. En effet, cette méthode s'avère très productive puisqu'elle permet une meilleure introspection de la part du sujet qui a le temps de se préparer et de réfléchir à ce qu'il veut partager. C'est aussi un procédé qui respecte la participante puisque c'est elle qui, ultimement, dirige l'entrevue à partir des photographies qu'elle a elle-même prises.

Conclusion

Cette étude a exploré le vécu situationnel des femmes obèses enceintes ayant un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ en préconception. Cette clientèle émergente est de plus en plus représentée en obstétrique et les risques périnataux reliés à l'obésité sont bien documentés. Toutefois le vécu de grossesse de ces femmes vulnérables était jusqu'à maintenant très peu connu, vide qu'a comblé la présente étude.

Cette recherche qualitative a utilisé l'ethnographie ciblée. La théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel de Leininger (2006) et le modèle de Rubin (1984) ont tous deux guidé l'analyse de blogues et d'entrevues dirigées par quatre participantes au cours du deuxième et du troisième trimestre. Le contenu de ces entrevues a été généré à l'aide de la *photo elicitation*, ce qui a fait émerger un contenu riche puisque basé sur la réflexion préalable et autoguidée par les participantes elles-mêmes.

Trois grands thèmes émergent de cette recherche : l'importance d'avoir l'air enceinte, le désir de vivre une grossesse normale et l'importance dans le quotidien des relations, tant négatives que positives, avec les autres. Ces thèmes ont été discutés d'après les théories connues sur le vécu de la grossesse et du post-partum permettant de faire ressortir la vulnérabilité psychosociale de ces femmes enceintes à cause de leur poids.

La présente étude fait ressortir le besoin pour cette clientèle émergente d'être mieux comprise et que les soins prodigués, tant médicaux qu'infirmiers, doivent être plus individualisés pour répondre aux besoins de ces clientes au même titre que toutes les autres.

Références

- Adam, H., & Galinsky, A. D. (2012). Enclothed cognition. [Article]. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(4), 918-925.
- Agence de la santé publique du Canada (2009). Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa : Auteur.
- Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Obesity in Canada*. Page consultée le 30 novembre 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- Alexander, J. M. (2011). Obstetric management of the obese parturient. Dans D. L. Conway (Éd.), *Pregnancy in the obese woman. Clinical management* (pp. 243). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ament, L. A. (1990). Maternal tasks of the puerperium reidentified. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 19(4), 330-335.
- American Medical Association House of Delegates (2013). Recognition of Obesity as a Disease. Resolution 420. Document consulté le 16 février 2014 à <http://media.npr.org/documents/2013/jun/ama-resolution-obesity.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2000). *Fetal macrosomia*. Practice Bulletin No. 22, November 2000. Washington, DC: Auteur.
- Amador, N., Juárez, J. M., Guízar, J. M., & Linares, B. (2008). Quality of life in obese pregnant women: A longitudinal study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(2), 203.e201-205.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer
- Aktar-Danesh, N., Dehghan, M., Merchant, A.T. & Rainey, J.A. (2008). Validity of self-reported height and weight for measuring prevalence of obesity. *Open Medecine*, 2(3). Document consulté le 18 mars 2009 de <http://www.openmedicine.ca/article/view/87/157>
- Bell, K., McNaughton, D., & Salmon, A. (2009). Medicine, morality and mothering: Public health discourses on fetal alcohol exposure, smoking around children and childhood overnutrition. *Critical Public Health*, 19(2), 155-170.
- Best Start Resource Centre (2002). Reducing the impact, working with pregnant women who live in difficult situations. Toronto, Auteur, 78 pages.
- Bocquier, A. I., Verger, P., Basdevant, A., Andreotti, G. R., Baretge, J., Villani, P., et al. (2005). Overweight and obesity: Knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity Research*, 13(4), 787-795.
- Bresnahan, M. J. et Murray-Johnson L. (2002). The healing web. *Health Care for Women International*, 23(4), 398-407. doi: 10.1080/0739933029008964

- Brown, I. (2006). Nurses attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232.
- Buxton, B. K. (2008). Body image and women: How does obesity fit into the picture? *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 3(4), 285-290.
- Caldwell, L. L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *British Journal of Guidance and Counselling*, 33(1), 7-26.
- Carrier, J. (2001). Embodied largeness: A significant women's health issue. *Nursing Inquiry*, 8(2), 90-97.
- Chen, Y., Jiang, Y., & Mao, Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health (15409996)*, 18(10), 1687-1692
- Chou, F.H., Chen, C.-H., Kuo, S.H., & Tzeng, Y.L. (2006). Experience of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51, 370-375. <http://doi.org/c668vb>
- Chu, S.Y. (2011). The epidemiology of obesity in pregnancy. Dans D. L. Conway (Éd.), *Pregnancy in the obese woman. Clinical management* (pp. 243). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. et Milgrom J, (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27(4), 330-345.
- Collier, J. & Collier, M. (1986). *Visual Anthropology : Photography as a research method*. Albuquerque : University of New Mexico
- Davies, G., A.L., Maxwell, Cynthia, McLeod, Lynne. (2010). Obésité et grossesse. *Journal of Obstetric and Gynecology of Canada*, 32(2), 174-184.
- de Chesnay, M. & Anderson, B.A. (2008). *Caring for the vulnerable. Perspective in nursing theory, practice, and research* (2nd ed.), Sudbury, Jones and Bartlett, 582 pages.
- Delpapa, E. H., & Mueller-Heubach, E. (1991). Pregnancy outcome following ultrasound diagnosis of macrosomia. *Obstetrics and Gynecology*, 78(3 Pt 1), 340-343.
- Duman, N. B., & Kocak, C. (2013). The effect of social support on state anxiety levels during pregnancy. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 41(7), 1153-1163. doi: 10.2224/sbp.2013.41.7.1153
- Eastham, L. A. (2011). Research using blogs for data: Public documents or private musings? *Research in Nursing & Health*, 34(4), 353-361. doi: 10.1002/nur.20443
- Ferrari, R. e., & Siega-Riz, A. (2013). Provider advice about pregnancy weight gain and adequacy of weight gain. *Maternal & Child Health Journal*, 17(2), 256-264. doi: 10.1007/s10995-012-0969-z

- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage
- Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body image change in pregnancy: A comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 24(1), 35-40.
- Frith, H., & Harcourt, D. (2007). Using photographs to capture women's experiences of chemotherapy: Reflecting on the method. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1340-1350.
- Frohmann, L. (2005). The framing safety project. *Violence Against Women*, 11(11), 1396-1419.
- Furber, C. M., & McGowan, L. (2011). A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK. *Midwifery*, 27(4), 437-444. doi: 10.1016/j.midw.2010.04.001
- Gay, J. T., Edgil, A. E., & Douglas, A. B. (1988). Reva Rubin revisited. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 17(6), 394-399.
- Glenn Dowling, C. (2000, Spring 2000). Avedon. Life Collector's Edition The 2000 Alfred Eisenstaedt Awards, 140.
- Graves, G. (2010). The surprising reason why being overweight isn't healthy. Document consulté le 9 février 2010 à <http://www.cnn.com/2010/HEALTH/01/21/obesity.discrimination/index.html>
- Haines, R. J., Oliffe, J. L., Bottorff, J. L., & Poland, B. D. (2010). 'The missing picture': Tobacco use through the eyes of smokers. *Tobacco Control*, 19(3), 206-212.
- Haedt, A., & Keel, P. (2007). Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 25(4), 285-295.
- Hansen-Ketchum, P., & Myrick, F. (2008). Photo methods for qualitative research in nursing: An ontological and epistemological perspective. *Nursing Philosophy*, 9(3), 205-213.
- Harper, D. (2002). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies*, 17(1), 13-26. doi: 10.1080/14725860220137345
- Hebl, M. R., Ruggs, E. N., Singletary, S. L., & Beal, D. J. (2008). Perceptions of obesity across the lifespan. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 16 Suppl 2, S46-S52.
- Helmreich, R.J., Hundley, V., Norman, A., Ighedosa, J. & Chow, E. (2007). Research in pregnant women. *Nursing for Women's Health*. 11(6), 576-585.
- Hill, B., Skouteris, H., McCabe, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2013). Body image and gestational weight gain: A prospective study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(2), 189-194. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00227.x

- Holmes, S. (2009). Methodological and ethical considerations in designing an Internet study of quality of life: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 394-405.
- Hoffnung, M. (1985). Maternal Identity and the Maternal Experience. [Book Review]. *Sex Roles*, 13(7/8), 480-482.
- Hughes, M., & Farrow, T. (2007). Caring for obese patients in a culturally safe way. *Nursing New Zealand* (Wellington, N.Z.: 1995), 13(4), 14-15.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1236-1239.
- Hull, K., Montgomery, K. S., Vireday, P., & Kendall-Tackett, K. (2011). Maternal obesity from all sides. *Journal of Perinatal Education*, 20(4), 226-232. doi: 10.1891/1058-1243.20.4.226
- Janesick, V.J., (1994). The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry and design. *Handbook of Qualitative Research*. Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jette, S., & Rail, G. v. (2013). Ills from the womb? A critical examination of clinical guidelines for obesity in pregnancy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 17(4), 407-421.
- John, W., & Law, K. (2011). Addressing the health needs of the homeless. *British Journal of Community Nursing*, 16(3), 134-139.
- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*, 5(2), 152-163. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.12.005
- Keenan, J., & Stapleton, H. (2010). Bonny babies? Motherhood and nurturing in the age of obesity. *Health, Risk & Society*, 12(4), 369-383. doi: 10.1080/13698571003792926
- Knoblauch, H. (2005). Focused ethnography. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), 1.
- Knight-Agarwal, C. R., Kaur, M., Williams, L. T., Davey, R., & Davis, D. (2013). The views and attitudes of health professionals providing antenatal care to women with a high BMI: A qualitative research study. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*.
- Kowal, C., Kuk, J., & Tamim, H. (2012). Characteristics of weight gain in pregnancy among Canadian women. *Maternal & Child Health Journal*, 16(3), 668-676.

- Kuk, J. L., Ardern, C. I., Church, T. S., Sharma, A. M., Padwal, R., Sui, X., & Blair, S. N. (2011). Edmonton obesity staging system: Association with weight history and mortality risk. *Applied Physiology, Nutrition, And Metabolism*, 36(4), 570-576.
- Kuster M, Goulet C, Pepin J. (2002). Significations du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'Infirmière du Québec*, Sep-Oct;10(1):12-23.
- LaCoursiere, D. Y.(2011). Psychosocial aspects of obesity in women. Dans D. L. Conway (Éd.), *Pregnancy in the obese woman. Clinical management* (pp. 243). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lang Dunlop, A., Narayan, D. &Mayes, V.L. Preparing for pregnancy: Special considerations for the obese woman. Dans D. L. Conway (Éd.), *Pregnancy in the obese woman. Clinical management* (pp. 243). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lau D. C. W., Douketis J. D., Morrison K. M., Hramiak I. M., Sharma A. M., Ur E. (2006). Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 176(8), S1-117.
- Law, K., & John, W. (2012). Homelessness as culture: How transcultural nursing theory can assist caring for the homeless. *Nurse Education in Practice*, 12(6), 371-374. doi: 10.1016/j.nepr.2012.04.010
- Leininger, M. & McFarland, M.R. (2006). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing* (2nd Ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. New York: National League for Nursing.
- Lévesque, M.-J. (2013). *L'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants en milieu autochtone*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université du Québec en Outaouais, St-Jérôme.
- Lupton, M.G.F., Williams, D.J. (2004). The ethics of research on pregnant women : Is maternal consent sufficient? *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1307-1312.
- Massiah, N., & Kumar, G. (2008, July 4). Obesity and pregnancy: A care plan for management. *Internet Journal of Gynecology & Obstetrics*, 9(2), 11-11.
- McCabe, L. (2008). Caring for the pregnant bariatric woman : Are we prepared? Communication présentée au PPESO Telehealth Conference. Présentation consultée le 19 octobre 2011.
http://www.pppeso.on.ca/en/ppeso/Handouts_p654.html .
- McFarland, M. R., Mixer, S. J., Webhe-Alamah, H., & Burk, R. (2012). Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. [Article]. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(3), 259-279.

- Mercer, R. T. (1995). A tribute to Reva Rubin. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 20(4), 184-184.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. [Article]. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mitchell, C. (2008). Getting the picture and changing the picture: Visual methodologies and educational research in South Africa. *South African Journal of Education*, 28(3), 365-383.
- Moffitt, P., & Vollman, A.R.. (2004). Photovoice : Picturing the health of aboriginal women in a remote northern community. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 189-201.
- Montgomery, K. S. (2003). Nursing care for pregnant adolescents. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(2), 249-257
- Murkoff, H. & Mazel, S. (2008). *What to expect when you're expecting* (4th Ed.). New York: Workman Publishing.
- Nyman, V. M. K., Prebensen, A. K., & Flensner, G. E. M. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429.
- Ockenden, J. (2007). Midwifery basics: Diet matters (3). Obesity in pregnancy... third of the series. *Practising Midwife*, 10(11), 39.
- Ortega-Alcázar, I., & Dyck, I. (2012). Migrant narratives of health and well-being: Challenging, "othering" processes through photo-elicitation interviews. *Critical Social Policy*, 32(1), 106-125.
- Oza-Frank, R., & Keim, S. A. (2013). Should obese women gain less weight in pregnancy than recommended? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40(2), 107-114. doi: 10.1111/birt.12037
- Phillips, C. M. (2013). Metabolically healthy obesity: Definitions, determinants and clinical implications. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 17(5), 941-964. doi: 10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R.M., Moss-Racusin, C.A., Schwartz, M.B. & Brownell, K.D. (2007). Weight stigmatization and bias reduction : Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 1-12. Document consulté le 9 février 2009 de Scholar Google.
- Puhl, R., Wharton, C., & Heuer, C. (2009). Weight bias among dietetics students: Implications for treatment practices. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), 438-444.
- Reynolds, C.L. et Leininger, M. (1993). *Madeleine Leininger: Culture care diversity and universality theory*. New York: Sage Publications.

- Robinson, S. G. (2013). The relevancy of ethnography to nursing research. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 14-19. doi: 10.1177/0894318412466742
- Roper, J.M. & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rosenbaum, J. N. (1986). Comparison of two theorists on care: Orem and Leininger. *Journal of Advanced Nursing*, 11(4), 409-419.
- Royce, S.W., Parra-Medina, D. & Messias, D.H. (2006). Using photovoice to examine and initiate youth empowerment in community-based programs : A picture of process and lessons learned. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3), 80-91.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing.
- Santé Canada (2009). Recommandations canadiennes relatives au gain de poids durant la grossesse. Page consultée le 23 juillet, 2013, à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/qa-gest-gros-qr-fra.php>
- Schmied, V. A., Duff, M., Dahlen, H. G., Mills, A. E., & Kolt, G. S. (2011). 'Not waving but drowning': A study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery*, 27(4), 424-430. doi: 10.1016/j.midw.2010.02.010
- Shields, M., Conner Gorber, S. & Tremblay M,S. (2008). Estimations de l'obésité fondées sur des mesures auto-déclarées et sur des mesures directes. *Rapports sur la santé* (Internet). Récupéré le 21 janvier 2010 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10569-fra.pdf>
- Smith, D., & Lavender, T. (2011). The maternity experience for women with a body mass index $\geq 30\text{kg/m}^2$: A meta-synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(7), 779-789. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02924.x
- Smith, S. A., Hulsey, T., & Goodnight, W. (2008). Effects of obesity on pregnancy. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 176-184.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pres
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal Of Family Psychology*, 26(3), 453-463. doi: 10.1037/a0028332
- Stotland, N. E., Gilbert, P., Bogetz, A., Harper, C. C., Abrams, B., & Gerbert, B. (2010). Preventing excessive weight gain in pregnancy: How do prenatal care providers approach counseling? *Journal of Women's Health*, 19(4), 807-814. doi: 10.1089/jwh.2009.1462

- Tierney, S., Butterfield, C., Stringer, E., Fox, J. R. E., McGowan, L., & Furber, C. (2010). Difficulties in recruiting pregnant women with eating or weight issues. *British Journal of Midwifery*, 18(11), 717-723.
- Tjepkema, M. (2005). L'obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés. Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, no 1. Ottawa, Statistiques Canada. Récupéré le 12 mars 2010 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/adults-adultes/8060-fra.htm>
- Van der Ziel, C. T., Jacqueline. (2006). *Big, beautiful & pregnant* (Première éd.). New York: Marlowe & Company.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, P. E., et al. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Surgery For Obesity And Related Diseases: Official Journal Of The American Society For Bariatric Surgery*, 2(2), 138-145.
- Wainwright, S. P., & Turner, B. S. (2003). Reflections on embodiment and vulnerability. *Medical Humanities*, 29(1), 4-7
- Wallace A.M., Boyer D.B., Dan A., Holm K. (1986). Aerobic exercise, maternal self-esteem, and physical discomforts during pregnancy. *J Nurse Midwifery* 31:255-62
- Wang, C. (1999). Photovoice: A participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of Women's Health*, 8(2), 185.
- Wang, C. C., & Pies, C. A. (2004). Family, maternal, and child health through photovoice. *Maternal & Child Health Journal*, 8(2), 95-102.
- Wang, C. C., & Redwood-Jones, Y. A. (2001). Photovoice ethics: Perspectives from flint photovoice. *Health Education & Behavior*, 28(5), 560-572.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal Of Obesity And Related Metabolic Disorders*, 28(10), 1333-1337.
- Wang, C. (2005). *Photovoice.com*. Consulté le 9 septembre 2008.
- Ward, S. L. & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-Child Nursing Care Enhanced : Optimizing Outcomes For Mothers, Children and Families*. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Weir, Z., Bush, J., Robson, S. C., McParlin, C., Rankin, J., & Bell, R. (2010). Physical activity in pregnancy: A qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 10, 18-18.
- Wiles, R. (1998). The views of women of above average weight about appropriate weight gain in pregnancy. *Midwifery*, 14(4), 254-260.

- Wray, S., & Deery, R. (2008). The medicalization of body size and women's healthcare. *Health Care for Women International, 29*(3), 227-243.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30.

Appendice A

Formulaire de consentement pour la recherche
Partie 1 – Participation

Formulaire de consentement pour la recherche

Partie 1 – Participation

Titre du projet de recherche

« **Quand est-ce que ça va paraître?** »

Un projet de recherche qualitative sur le vécu de grossesse de femmes ayant un IMC de plus de 40 kg/m² en pr/conception.

Chercheure

Louise Gilbert inf. M.Sc. Inf(c), IBCLC
Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
Courriel : louise.gilbert@ottawa.ca
Téléphone : (613) 580-6744 poste 23708

Comité de recherche

Louise Dumas inf, PhD
Département des Sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
Pièce C-1805, Pavillon Alexandre-Taché
Courriel : louise.dumas@uqo.ca
Téléphone : (819) 595-3900 poste 2305
Télécopieur : (819) 595-2384

Introduction

Ce projet vise à explorer le vécu de grossesse des femmes qui ont un IMC de plus de 40 kg/m² en pr/conception. Nous voudrions « voir » ce qui est important pour vous, ce qui vous dérange, ce qui vous fait rire ou pleurer. Pour y arriver, nous utiliserons la photographie (*photo elicitation*). Il s'agit d'un type de recherche où **vous** prenez les photos pour montrer aux autres **votre** réalité, **votre** point de vue.

Je comprends que ma participation à ce projet signifie que :

- je devrai prendre des photos
- je devrai discuter avec la chercheure des photographies que j'ai prises et que je préfère ou, celles qui ont le plus de signification pour moi
- cette discussion sera enregistrée
- je devrai tenir un journal de quelques mots ou quelques phrases au sujet de chacune des photographies que j'aurai choisi de partager

En acceptant de participer à ce projet, je comprends que :

- l'information que je partage peut être utilisée anonymement dans le rapport final et dans d'autres documents publiés. Si la chercheure, Louise Gilbert, veut utiliser une photographie qui m'identifie personnellement (donc qui ne sera pas anonyme), cela sera fait uniquement après avoir reçu ma permission écrite.
- La chercheure peut utiliser des photographies que j'ai prises dans des lieux publics (conférences, expositions, présentations...) Aucune photographie que j'ai prise ne sera utilisée sans ma permission écrite et spécifique pour chaque image.
- Je comprends que je recevrai une copie de toutes mes photographies. La chercheure gardera une copie des négatifs ou des images digitales pour les cinq années suivant la fin de ce projet. Les images digitales seront conservées sur un disque qui sera gardé sous clé, au bureau de la chercheure. Aucune de mes photographies, histoires ou annotations à propos de celles-ci ne sera utilisée sans ma permission écrite.

- Je participe à ce projet sur une base volontaire. Je n'ai pas été forcée à participer et je peux choisir de ne pas participer à une ou plusieurs activités. Je comprends que je peux quitter le projet en tout temps. Je comprends que je n'ai pas à répondre à des questions qui me rendent inconfortable et auxquelles je ne veux pas répondre. Je comprends que si je me sens inconfortable durant le processus, je serai, avec mon consentement, référée à des services appropriés.
- Au moment où je prends les photographies pour ce projet, je suivrai les règles de sécurité et les directions données par la chercheure.
- J'ai lu le formulaire et je comprends l'information. La chercheure, Louise Gilbert, a offert de répondre à toutes mes questions au sujet du projet.
- Je consens à participer à ce projet de recherche. Je comprends que ces photographies pourront être utilisées comme :
 - matériel de recherche pour le projet
 - matériel de promotion pour le projet
 - matériel pour présentation ou pour une exposition scientifique

Pour plus d'informations sur le déroulement de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheure, Louise Gilbert, ou avec sa directrice Dre Louise Dumas (courriel : louise.dumas@uqo.ca téléphone : 819- 595-3900 poste 2305).

Pour des questions reliées aux aspects éthiques de cette recherche, vous pouvez communiquer avec Dr André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche (courriel : andre.durivage@uqo.ca , téléphone : 819-595-3900 poste 1781).

Nom de la participante

Signature

Date

Nom de la personne qui a obtenu le consentement

Signature

Date

La personne-ressource pour ce projet de recherche est :

Louise Gilbert

On peut la joindre au numéro de téléphone suivant :

613-580-6744, poste 23708

ou par courrier électronique à l'adresse suivante :

louise.gilbert@ottawa.ca

Research Consent Form Part 1 – Participation

Title of the research project

« **When will it show?** »

A qualitative research project on the pregnancy experience of women with a BMI of 40 kg/m² before pregnancy

Researcher

Louise Gilbert RN, M.Sc. Inf(c), IBCLC
Maîtrise en Sciences infirmières, Student
Université du Québec en Outaouais
Email : louise.gilbert@ottawa.ca
Telephone : (613) 580-6744 ext. 23708

Research Committee

Louise Dumas RN, PhD
Département des Sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
Room C-1805, Alexandre-Taché Pavillon
Email : louise.dumas@uqo.ca
Telephone : (819) 595-3900 ext. 2305
Fax : (819) 595-2384

Introduction

This project's goal is to explore the pregnancy experience of women with a a BMI of 40 kg/m² before pregnancy. We want to “see” what is important for you, what bothers you, what makes you laugh or cry. We will use photography (photo elicitation) to help us with this. This is a type of research where **you** take pictures to show others **your** experiences and **your** point-of-view

By participating in this project, I understand that:

- I will be taking pictures.
- I will meet with one-to-one with the researcher to discuss the photos, the ones I prefer or the ones that are the most significant to me.
- This discussion will be recorded
- I will write a few words or sentences to describe my feelings about the photos I choose to share.

By participating in this project, I understand that:

- The information that I share may be used anonymously in the final research report and other published papers. If the researcher, Louise Gilbert, wants to use a photo that identifies me personally (i.e. that is not anonymous), it will not be used without my written permission.
- The researcher may use the photos that I take at public events (exhibits, lectures, conferences, etc). No photographs that I take will be used without my specific written permission for each image.
- I understand that I will get a copy of all my pictures. The researcher will keep a copy of the digital images for 5 years following the completion of the project. Digital images will be burned onto a cd and will be kept in a locked filing cabinet at the researcher's office. None of my pictures, photographs or stories about them will be used without my permission.
- My participation in this research is voluntary. This means that I am not being forced to

participate. I can choose not to participate in any activity or to leave the project at any time. I understand that I don't have to answer any questions that make me uncomfortable or that I don't want to answer. *I understand that if I feel uncomfortable during the process I will be referred to the appropriate services with my consent.*

- While I am taking pictures for this project, I will follow the safety rules and guidelines provided by the researcher.
- I have read the form. I understand the information. Louise Gilbert has offered to answer any questions I have concerning the project.
- I hereby consent to take part of this research project. I understand that these photographs will be used for:
 - Research material for the project
 - Promotional material for the project
 - Content for an exposition or a scientific project

For more information on this study, please contact the the researcher, Louise Gilbert, or her director Dr Louise Dumas
(email : louise.dumas@uqo.ca telephone : 819- 595-3900 ext. 2305).

For any question related to ethics, please contact Dr André Durivage, president of the Research Ethics Committee
(email : andre.durivage@uqo.ca , telephone : 819-595-3900 ext. 1781).

Name of participant

Signature

Date

Name of person who obtained the consent

Signature

Date

The contact person for this research :

Louise Gilbert

She can be reached at :

613-580-6744, ext. 23708

Or by email at :

louise.gilbert@ottawa.ca

Appendice B

Formulaire de consentement pour la recherche
Partie 2 – Attestation et autorisation de publier



**Formulaire de consentement pour la recherche
Partie 2 – Attestation et autorisation de publier**

Titre du projet de recherche

« *Quand est-ce que ça va paraître?* »

Un projet de recherche qualitative sur le vécu de grossesse de femmes ayant un IMC de plus de 40 kg/m² en préconception.

En plus des fins du projet susmentionné, j'accorde l'autorisation d'utiliser mes photos aux fins suivantes (veuillez cocher les cases applicables) :

Articles publiés sur ce sujet

et/ou

Exposés scientifiques sur ce sujet

et/ou

Fins pédagogiques

et/ou

Utilisez mes photographies **UNIQUEMENT** pour le projet de recherche « Quand est-ce que ça va paraître? »

1. J'autorise le chercheur à utiliser les éléments suivants :

a)

b)

c)

d)

e)

2. Veuillez cocher l'une des cases suivantes :

Je veux être identifiée par le surnom suivant _____ comme créatrice du matériel photographique.

ou

Je veux être identifiée par mon prénom réel comme créatrice du matériel photographique dans tous les articles, exposés ou autres publications.

3. Je reconnais :

- qu'au cours du processus d'autorisation à l'utilisation de mes photos pour d'autres fins que celles du présent projet de recherche, on m'a donné l'occasion d'examiner mes photos;
- que j'ai été avisée et que je suis consciente que j'ai, à tout moment, le droit de retirer mon autorisation pour l'utilisation de mes photos à des fins autres que celles du présent projet de recherche; et
- que j'ai été avisée que je suis consciente que la chercheuse prendra les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'anonymat de mes renseignements personnels.

Pour plus d'informations sur le déroulement de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, Louise Gilbert, ou avec sa directrice Dre Louise Dumas (courriel : louise.dumas@uqo.ca téléphone : 819- 595-3900 poste 2305).

Pour des questions reliées aux aspects éthiques de cette recherche vous pouvez communiquer avec Dr André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche (courriel : andre.durivage@uqo.ca , téléphone : 819-595-3900 poste 1781)

Nom de la participante

La personne-ressource pour ce projet de recherche est :

Signature

Louise Gilbert

On peut la joindre au numéro de téléphone suivant :

Date

613-580-6744, poste 23708

ou par courrier électronique à l'adresse suivante :

Nom de la personne qui a obtenu le consentement

louise.gilbert@ottawa.ca

Signature

Date



**Research Consent Form
Part 2 – Release of Creative Material**

Title of the research project

« **When will it show?** »

A qualitative research project on the pregnancy experience of women with a BMI of 40 kg/m² before pregnancy

In addition to the researcher's study, I give permission for my pictures to be used for: (check the ones that apply):

- Other published papers on this topic
and/or
- Scientific presentations on this topic
and/or
- Teaching purposes
and/or
- DO NOT use my photos for anything other than the research study '*When will it show*'

I give the researcher permission to use all of the material I have produce except the following items:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

Please check one:

- I want to be identified by the following nickname as the creator of these materials

or

- I want to be identified as the creator of these materials by my own **first** name in any project reports or publications.

In giving permission for the use of my pictures beyond the current research,

- I have been offered the opportunity to view the pictures
- I understand that I am free to withdraw my permission for other uses of the pictures at any time.
- I am aware that the researcher will take necessary steps to protect my privacy and confidentiality at all times

For more information on this study, please contact the the researcher, Louise Gilbert, or her director Dr Louise Dumas
(email : louise.dumas@uqo.ca telephone : 819- 595-3900 ext. 2305).

For any question related to ethics, please contact Dr André Durivage, president of the Research Ethics Committee
(email : andre.durivage@uqo.ca , telephone : 819-595-3900 ext. 1781).

Name of participant

Signature

Date

Name of person who obtained the consent

Signature

Date

The contact person for this research :

Louise Gilbert

She can be reached at :

613-580-6744, ext. 23708

Or by email at :

louise.gilbert@ottawa.ca

Appendice C

Formulaire de consentement pour la recherche
Partie 3 – Autorisation de prendre et de publier des photos

Formulaire de consentement pour la recherche

Partie 3 – Autorisation de prendre et de publier des photos

Je prends des photos pour un projet de recherche sur le vécu de grossesse de femmes ayant un IMC de plus de 40 kg/m² en préconception et je voudrais prendre votre photo. Vous avez le droit d'accepter ou de refuser d'être photographié.

En signant ce formulaire, vous reconnaissez que :

- vous m'autorisez à garder la photographie prise avec votre permission et à éventuellement l'inclure dans le projet de recherche
- vous comprenez qu'il est possible que la ou les photos paraissent dans un article ou un rapport écrit, un exposé public ou un site Web portant sur la recherche
- vous comprenez que la chercheuse prendra les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'anonymat de vos renseignements personnels.

Veuillez cocher l'une des cases suivantes :

- Je veux être identifiée par le surnom suivant _____.
- ou
- Je veux être identifiée par mon prénom réel dans tous les articles, exposés ou autres publications.
- ou
- N'UTILISEZ PAS mon prénom ou un surnom pour m'identifier.

Pour plus d'informations sur le déroulement de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, Louise Gilbert, ou avec sa directrice Dre Louise Dumas (courriel : louise.dumas@uqo.ca téléphone : 819- 595-3900 poste 2305).

Pour des questions reliées aux aspects éthiques de cette recherche vous pouvez communiquer avec Dr André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche (courriel : andre.durivage@uqo.ca , téléphone : 819-595-3900 poste 1781).

Nom de la personne photographiée

Signature

Date

Nom de la participante

Signature

Date

La personne-ressource pour ce projet de recherche est :

Louise Gilbert

On peut la joindre au numéro de téléphone suivant :

613-580-6744, poste 23708

ou par courrier électronique à l'adresse suivante :

louise.gilbert@ottawa.ca



**Research Consent Form
Part 3 – Acknowledgement and Release**

I am taking pictures for a research study about the pregnancy experience of women with a BMI of 40 kg/m² before pregnancy, and I would like to photograph you. It is your right to refuse or to consent to have your picture taken.

By signing below, you:

- are providing me with consent to take your picture and possibly include the photo in the project.
- understand that there is a possibility that these pictures may be used publicly in an article, a written report, presentation, or a research website
- are aware that the researchers will take steps to protect your privacy and confidentiality at all times

Please check one:

I want to be identified by the following nickname _____

or

I want to be identified by my own **first** name in any project reports or publications

or

Do NOT use a nickname or my first name to identify me.

For more information on this study, please contact the the researcher, Louise Gilbert, or her director Dr Louise Dumas
(email : louise.dumas@uqo.ca telephone : 819- 595-3900 ext. 2305).

For any question related to ethics, please contact Dr André Durivage, president of the Research Ethics Committee
(email : andre.durivage@uqo.ca , telephone : 819-595-3900 ext. 1781)

Name of the person being photographed

Signature

Date

Name of the participant

Signature

Date

The contact person for this research :

Louise Gilbert

She can be reached at :

613-580-6744, ext. 23708

Or by email at :

louise.gilbert@ottawa.ca

Appendice D

Guide pour prendre des photographies dans le cadre du projet de recherche
Quand est-ce que ça va paraître?

Guide pour prendre des photographies dans le cadre du projet de recherche *Quand est-ce que ça va paraître?*

Toujours s'assurer d'obtenir la permission du sujet avant de prendre sa photo.

On peut arguer que le fait de demander la permission à quelqu'un avant de prendre sa photo diminue la spontanéité du sujet. Pour remédier à cette situation on suggère d'attendre seulement un peu plus longtemps pour permettre au sujet « d'oublier » le photographe.

Toujours demander la permission du parent, ou gardien, avant de prendre la photo d'un enfant.

Ne jamais photographier quelqu'un sans sa permission. Photographier quelqu'un sans sa permission est une atteinte à la vie privée.

Toujours obtenir un consentement écrit pour chacune des photographies prises.

Si le sujet ne veut pas signer le consentement, détruire la photographie prise devant lui.

Ne pas prendre la photographie de quelqu'un dans une situation où on ne voudrait être photographié soi-même.

Divulguer des faits embarrassants à propos d'un individu, ou placer un individu dans une situation embarrassante peuvent tous deux être accomplis tant par des mots que par des images. En effet la *photo elicitation* est une combinaison d'images et de mots.

Le photographe a donc besoin d'être vigilant et conscient du message que véhicule chacune des photographies.

Il y a plusieurs façons de dépeindre une situation.

Il n'est pas toujours nécessaire de prendre la photo d'un individu spécifique pour pouvoir en parler. Par exemple, je peux prendre une photo des fleurs que mon conjoint m'a offert au lieu d'une photographie de mon conjoint.

Votre sécurité et votre bien-être sont importants!

Aucune photographie ne vaut la peine de risquer votre sécurité et votre bien-être, tant physique que psychologique.

Photo Guide for the research project “When will it show”

Always ask permission before taking someone’s picture

Asking a subject’s permission before taking a picture may decrease his/her spontaneity. However, waiting a little after getting permission may help the subject to “forget” the photographer.

Always ask the permission of a parent, or guardian, before taking the picture of a child. Never take the picture of someone without his/her consent. Taking someone’s photo without his or her permission is a violation of privacy.

Always obtain the subject’s written consent for each photo.

If the subject does not want to sign the consent form, destroy the picture in front of him/her.

Do not take someone’s picture in a situation where you would not want to have your picture taken.

There is many ways to embarrass people, this can be done with words as well as with images. Photo elicitation is a combination of words and images. The photographer has to be aware and concious of the message in each of the photographies

There is many ways to picture a situation.

It is not always necessary to take the picture of a specific individual. For example, I can take a photo of the flowers my partner gave me instead of a photo of my partner.

Your safety and well-being are important

No photography is worth risking your safety and well-being, physical as well as psychological.