

Université de Montréal

Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes
enceintes pour l'adoption de comportements sains

Par

Anouk Landry

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières, option expertise-conseil

Mars 2022

© Anouk Landry, 2022

Université de Montréal

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage intitulé

Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains

Présenté par

Anouk Landry

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Marjolaine Héon, inf., PhD.

Directrice de recherche

Marilyn Aita, inf., PhD.

Codirectrice

Cynthia Garcia Becerra, inf., M.Sc.

Personne-ressource du milieu clinique

Christine Genest, inf., PhD.

Membre du jury

Résumé

L'adolescence est marquée par plusieurs étapes de développement qui engendrent des changements à plusieurs niveaux, soit physique, psychologique, social, neurologique et cognitif. Ces grands changements peuvent se manifester chez l'adolescente par une recherche identitaire, un égocentrisme, une impulsivité et un sentiment d'invincibilité (Defer, Achim, Ensink et Bisailon, 2019), les rendant plus enclines à adopter des comportements à risque (Daley, Sadler et Dawn Reynolds, 2013). Lors de l'adolescence, elles deviennent sexuellement actives et désirent vivre de nouvelles expériences, ce qui peut contribuer notamment à une grossesse à l'adolescence (Trotman et al., 2015). C'est également pourquoi les adolescentes peuvent avoir des comportements à risque lors de la grossesse, notamment une alimentation non équilibrée, une consommation d'alcool, de tabac, et de drogues et des relations sexuelles non protégées (McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014). Ces comportements à risque lors de la grossesse chez la clientèle adolescente peuvent entraîner d'importantes conséquences maternelles, obstétricales et néonatales (Fleming, Tu et Black, 2012).

Dans le cadre de ce stage, une intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998), a été développée et mise à l'essai auprès d'adolescentes enceintes dans le but de favoriser l'*empowerment* pour l'adoption de comportements sains lors de la période prénatale. Basée sur les théories de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotsky, 1934/2013), cette intervention visait à soutenir la capacité d'agir des adolescentes et la coconstruction des connaissances à partir de leurs expériences et des échanges au sein d'un groupe.

Trois rencontres de groupe d'une durée de 40 à 90 minutes abordant les comportements prénataux à risque ont été offertes à des adolescentes enceintes âgées de 14 à 19 ans ayant un suivi prénatal dans un centre hospitalier quaternaire. Les retombées de l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, évaluées à l'aide d'un questionnaire, indiquent que l'intervention semble avoir favorisé un sentiment d'*empowerment* des adolescentes ainsi que l'acquisition de connaissances sur les comportements prénataux sains. Les adolescentes

participantes ont rapporté avoir apprécié l'intervention, d'autant plus que cette intervention était offerte dans un format virtuel.

Mots-clés : grossesse, adolescence, *empowerment*, intervention infirmière, promotion de la santé, comportements sains, intervention virtuelle, comportements à risque, intervention de groupe.

Abstract

Adolescence is marked by changes at several levels of development : physical, psychological, social, neurological, and cognitive. These big changes can manifest themselves in adolescents as a search for identity, egocentrism, impulsiveness and a feeling of invincibility (Defer, Achim, Ensink, & Bisailon, 2019), making them more inclined to adopt risky behaviors (Daley , Sadler and Dawn Reynolds, 2013). During adolescence, they become sexually active and want new experiences, which can contribute to teenage pregnancy (Trotman et al., 2015). Thus, adolescents may also engage in risky behaviors during pregnancy, including unhealthy diets, alcohol, tobacco, and drug use, and unprotected sex (McCarthy, O'Brien, and Kenny, 2014). These risky behaviors during pregnancy among adolescents can have significant maternal, obstetrical, and neonatal consequences (Fleming, Tu and Black, 2012).

As part of this internship, an empowerment nursing intervention virtual group, inspired by the CenteringPregnancy program (Rising, 1998), was developed and assessed with pregnant adolescents with the aim of promoting empowerment for the adoption of healthy behaviors during the prenatal period. Based on the theories of empowerment (Ninacs, 2008) and socioconstructivism (Vygotsky, 1934/2013), this intervention aimed to support adolescent girls' ability to act, and the co-construction their knowledge based on their experiences and exchanges within a group.

Three group meetings lasting 40 to 90 minutes addressing risky prenatal behaviors were offered to pregnant adolescents aged 14 to 19 having prenatal follow-up in a quaternary hospital centre. The effects of the group empowerment virtual nursing intervention, evaluated using a questionnaire, indicate that the intervention seems to favor a feeling of empowerment in adolescents as well as the acquisition of knowledge about healthy prenatal behaviors. Participating teenage girls reported enjoying the intervention, especially since it was offered in a virtual format.

Keywords: pregnancy, adolescence, empowerment, nursing intervention, health promotion, healthy behaviors, virtual intervention, risky behaviors, group intervention.

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	13
Liste des figures.....	15
Liste des sigles et abréviations.....	17
Remerciements.....	19
Problématique.....	21
But du stage.....	27
Objectifs de stage.....	27
Objectifs personnels d'apprentissage.....	27
Recension des écrits.....	28
<i>Recherche documentaire.....</i>	<i>28</i>
<i>Grossesse à l'adolescence.....</i>	<i>30</i>
<i>Comportements de santé à risque des adolescentes lors de la période prénatale.....</i>	<i>31</i>
Alimentation non équilibrée.....	32
Consommation de tabac, alcool et drogues.....	34
Comportements sexuels à risque.....	35
<i>Programmes offerts pour les adolescentes lors de la période prénatale.....</i>	<i>36</i>
Programme de visites à domicile – <i>Nurse-Family Partnership.....</i>	<i>37</i>
Programmes en milieu scolaire – <i>Prenatal Care at School et Break and Learn.....</i>	<i>40</i>
Programmes de groupe en milieu hospitalier – <i>Teen Club et CenteringPregnancy.....</i>	<i>42</i>
Cadre de référence.....	48
<i>Théorie de l'empowerment.....</i>	<i>48</i>

<i>Théorie du socioconstructivisme</i>	51
Intégration des deux théories afin de soutenir l'intervention proposée	52
Modalités du stage	54
<i>Milieu et clientèle</i>	55
<i>Déroulement du stage</i>	55
Recrutement et rétention	56
Description de l'intervention infirmière	56
Mise en œuvre de l'intervention infirmière virtuelle de groupe	58
Appréciation des retombées de l'intervention	60
Retombées de l'intervention	62
<i>Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'empowerment d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains</i>	63
Résumé	65
Abstract	66
Introduction	67
Méthode	68
<i>Milieu, échantillon et recrutement</i>	68
<i>Intervention infirmière virtuelle de groupe</i>	70
Rencontre sur l'alimentation prénatale	72
Rencontre sur la consommation prénatale.....	73
Rencontre sur les relations sexuelles.....	73
<i>Questionnaires</i>	73
Retombées de l'intervention	74
<i>Empowerment</i>	76
<i>Changements de comportements en période prénatale</i>	76
<i>Satisfaction au regard de l'intervention</i>	77
Discussion	78

<i>Limites</i>	82
<i>Forces</i>	83
<i>Recommandations pour la pratique clinique</i>	85
<i>Recommandations pour la recherche</i>	86
Conclusion	86
Références bibliographiques	87
Liste des tableaux	92
Liste des figures	93
Discussion	94
<i>Réflexion sur les objectifs de stage</i>	94
<i>Réflexion sur les objectifs d'apprentissage</i>	96
Conclusion	98
Références bibliographiques	99
<i>Annexe A</i>	111
Tableau résumé des interventions offertes aux adolescentes enceintes	111
<i>Annexe B</i>	116
<i>Stratégies de recherche</i>	116
Stratégie de recherche – Comportements à risque chez les adolescentes enceintes	117
Stratégie de recherche – Promotion de comportements sains chez les adolescentes enceintes	121
<i>Annexe C</i>	126
Formulaire d'information et de consentement du comité d'éthique	126
<i>Annexe D</i>	133
<i>Questionnaire sociodémographique, sur les comportements prénataux et d'appréciation de l'intervention</i>	133
Questionnaire sociodémographique.....	134
Questionnaire sur tes comportements prénataux.....	136
Questionnaire d'appréciation de l'intervention	138
<i>Annexe E</i>	141

Déroulement du stage clinique	141
<i>Annexe F</i>	143
<i>Contenu des rencontres prénatales de groupe</i>	143
<i>Annexe G</i>	175
<i>Support visuel lors des rencontres prénatales</i>	175
Quelques exemples de diapositives PowerPoint utilisées dans le cadre des rencontres prénatales	176
<i>Annexe H</i>	178
<i>Directives de la revue L’infirmière clinicienne</i>	178
Directives aux auteurs.....	179
<i>Annexe I</i>	182
<i>Retombées de l’intervention sur l’empowerment, les comportements prénataux et la satisfaction des participantes (n=3)</i>	182

Liste des tableaux

<i>Tableau 1.</i> – Données sociodémographiques des adolescentes qui ont accepté de participer à l'intervention (n=5).....	75
--	----

Liste des figures

Figure 1. – Mise en commun des dimensions de la théorie du socioconstructivisme (Jonnaert et Borght, 1999, p.230) et des composantes de la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008, p.23).

..... 54

Figure 1. Mise en commun des dimensions de la théorie du socioconstructivisme (Jonnaert et Borght, 1999, p.230) et des composantes de la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008, p.23).

..... 71

Liste des sigles et abréviations

CHUSJ : Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

INSPQ : Institut national de santé publique au Québec

ITSS : Infections transmises sexuellement et par le sang

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Fondation OLO : Fondation Œuf-lait-Orange

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice, Marjolaine Héon et ma codirectrice Marilyn Aita, qui grâce à leur passion, leur expertise et leur rigueur, ont su m'encadrer à travers cette maîtrise et me guider à me dépasser. Elles m'ont offert un soutien exceptionnel à travers ces longues années d'études, parsemées de petites embûches, notamment avec la survenue d'une pandémie mondiale. J'ai une grande reconnaissance envers elles pour l'intérêt qu'elles ont démontré à mon projet de maîtrise. La réalisation de ce projet de stage repose sur l'aide de ces deux femmes, qui ont su collaborer et former une équipe en parfaite harmonie pour m'encadrer et me diriger.

Je remercie également Cynthia Garcia Becerra, cadre-conseil en sciences infirmières, qui a été la personne-ressource dans mon milieu de stage, pour son écoute attentive et ses encouragements. Ces remerciements ne seraient pas complets sans reconnaître l'aide inestimable de l'infirmière de la clinique de grossesse à l'adolescence de mon milieu de stage, Dorice Ouellet. Son expertise pour la clientèle adolescente enceinte, son accompagnement ainsi que ces judicieux conseils ont été très précieux et ont eu un impact important sur le projet de stage. Je suis très reconnaissante de sa collaboration, son dévouement et son enthousiasme face au projet. Un grand merci également à Christine Genest pour son temps précieux, son apport au manuscrit et ses commentaires constructifs.

Je tiens également à remercier le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine qui m'a offert à deux reprises la bourse de formation Gustav Levinschi, ainsi qu'une bourse de financement pour une activité de développement professionnel continu. Merci à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour les différentes bourses aux études supérieures obtenues au cours de mon cheminement à la maîtrise, telles qu'une bourse au programme de soutien au transfert des connaissances, une bourse de soutien liée à la COVID-19, ainsi qu'une bourse d'excellence à la maîtrise. Merci à l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal 2019-2020 pour une bourse de soutien financier.

Finalement, j'aimerais remercier tout mon entourage pour m'avoir épaulée et encouragée à poursuivre mes études. Une mention particulière à mon mari, Charles, pour son soutien psychologique et émotionnel à travers cette maîtrise.

Problématique

L'adolescence, qui survient entre 10 et 19 ans (World Health Organization, 2018), est marquée de plusieurs étapes de développement dont la puberté, la distanciation familiale pour faire place aux rapprochements amicaux et amoureux, ainsi que la préparation à l'avenir en tant que citoyen et travailleur (Tessier et Comeau, 2017). La période de l'adolescence est aussi ponctuée par des transformations physiques importantes, ainsi que par l'affirmation de la personnalité, de l'identité et de l'autonomie (Boislard et Van de Bongardt, 2017; Tessier et Comeau, 2017). Ces étapes engendrent de grands changements chez l'adolescente¹ qui peuvent se traduire par une impulsivité, un désir de découverte et une adoption de comportements à risque pour la santé (Defer, Achim, Ensink et Bisailon, 2019). C'est aussi lors de cette période que les adolescentes vivent généralement leurs premières expériences amoureuses et sexuelles; à l'âge de 16 ans, la moitié des adolescentes affirment avoir eu une première relation sexuelle (Lambert, Mathieu-C., Goggin et Maurais, 2017). Une vie sexuelle active et un manque de connaissances sur les relations sexuelles protégées, combinés à une attirance pour les nouvelles expériences, un égocentrisme et un sentiment d'invincibilité, sont des éléments qui favorisent une grossesse à l'adolescence (Daley et al., 2013; Nkhoma et al., 2020).

Bien qu'au Québec le taux de grossesses à l'adolescence soit en déclin depuis le début des années 1990 (Santé et services sociaux Québec, 2018), en 2014-2016 un peu plus de 4% des grossesses ont été recensées chez des adolescentes âgées de moins de 20 ans (Santé et services sociaux, 2018). Au Canada, les grossesses à l'adolescence représentent presque 2% de l'ensemble des grossesses (Statistique Canada, 2020). Ainsi, l'on constate qu'il s'agit d'un enjeu plus important au sein de la population adolescente de la province de Québec. Une grossesse à l'adolescence entraîne de nombreux défis propres à cette tranche d'âge. Cela s'explique par la concomitance de deux périodes de transition développementale : l'adolescence et la parentalité (Defer et al., 2019). Les changements d'ordre physique, psychologique, social, neurologique et

¹ À noter que tout le document présent réfère aux adolescentes enceintes

cognitif qui surviennent lors de l'adolescence contribuent à l'adoption de comportements à risque par les adolescentes lors de la période prénatale (Daley, Sadler et Dawn Reynolds, 2013). Notamment, il est documenté que les adolescentes enceintes sont plus enclines que leurs homologues adultes à consommer de l'alcool, du tabac, et des drogues lors de la grossesse, à avoir une alimentation non équilibrée, ainsi qu'à avoir des relations sexuelles non protégées (Fleming et al., 2013, 2015; McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014). Selon Fleming et al. (2015) et Klima (2003), lors de la période prénatale, les adolescentes ont de la difficulté à s'informer adéquatement au sujet de la grossesse, la naissance et la parentalité. L'adoption de comportements à risque chez la clientèle adolescente enceinte et le manque de connaissances sur la périnatalité peuvent entraîner d'importantes conséquences au niveau maternel, obstétrical et néonatal (Fleming, Tu et Black, 2012).

La consommation d'alcool lors de la période prénatale, peu importe la quantité et le type d'alcool, peut engendrer des effets néfastes chez l'enfant à naître, tels qu'un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, en plus de certaines malformations congénitales et des difficultés développementales allant de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte à plusieurs niveaux, entre autres, l'attention, la motricité, l'apprentissage, la mémoire, les aptitudes sociales, et la communication (Behnke et Smith, 2013). Le tabagisme lors de la période prénatale est quant à lui associé à des problèmes d'impulsivité, d'hyperactivité et d'attention chez l'enfant exposé, qui peut se poursuivre à l'adolescence et à l'âge adulte, sous la forme d'une hausse des comportements délinquants, toxicomanes et criminels (Behnke et Smith, 2013). L'exposition prénatale au tabac chez la clientèle adolescente est également associée à un petit poids à la naissance ou à des mortinaissances (Bottorff et al., 2014). Le risque d'un petit poids à la naissance peut également être accentué par une alimentation déficiente chez l'adolescente qui n'assure pas les nutriments nécessaires pour une croissance fœtale optimale (Dalby, Hayon et Carlson, 2014; Fleming et al., 2015). Les adolescentes sont également identifiées comme une clientèle à risque d'un gain de poids insuffisant lors de la grossesse, ce qui accroît aussi leur risque de donner naissance à un bébé de petit poids (Fleming et al., 2013). De plus, elles contractent davantage des infections transmises sexuellement et par le sang [ITSS] lors de la période prénatale que les adultes (Fleming et al., 2013; McCarthy et al., 2014), ce qui peut entraîner une rupture

prématurée des membranes et un accouchement prématuré (Fleming et al., 2013). Ces conséquences indésirables montrent l'importance d'offrir des soins prénataux adaptés à la clientèle adolescente afin de faire la promotion de comportements sains lors de la grossesse et de favoriser une santé maternelle et fœtale (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008).

Bien que les études ayant évalué des programmes qui répondent aux besoins particuliers des adolescentes lors de la période prénatale soient limitées, il est néanmoins possible de recenser quatre programmes visant à favoriser des comportements sains (voir annexe A). Ces programmes sont offerts dans différents milieux, notamment dans des écoles – *Prenatal Care at School* (Griswold et al., 2013) et *Break and Learn* (Bergman, 1997) – dans la communauté par le biais de visites à domicile – *Nurse-Family Partnership* (Payne et Anastas, 2015) – et dans le milieu hospitalier – *CenteringPregnancy* (Rising, 1998). Les programmes scolaires *Prenatal Care at School* et *Break and Learn* ainsi que le programme communautaire *Nurse-Family Partnership* ont rapporté certains effets bénéfiques pour la promotion de comportements sains lors de la période prénatale (Bergman, 1997; Matone, O'Reilly, Luan, Localio et Rubin, 2012; Nguyen, Carson, Parris et Place, 2003). Toutefois, le programme *Break and Learn* cible un seul comportement – l'alimentation prénatale – comparativement aux autres programmes. Ainsi, en n'abordant pas la consommation d'alcool, de tabac et drogue ni les relations sexuelles à risque lors de la période prénatale, le programme ne cible pas les comportements les plus fréquents et les plus nuisibles chez cette clientèle. Le programme *Prenatal Care at School* a entraîné chez les adolescentes une augmentation de leurs connaissances en matière prénatale, mais n'a pas obtenu de résultats spécifiques face à l'amélioration des comportements prénataux (i.e. alimentation, consommation de tabac, alcool et drogues et relations sexuelles lors de la période prénatale; Griswold et al., 2013). De plus, le programme communautaire *Nurse-Family Partnership* s'adresse à des femmes à faibles revenus et non spécifiquement à la clientèle adolescente (Payne et Anastas, 2015). En effet, la clientèle adolescente représente 40% de la clientèle desservie par ce programme (Payne et Anastas, 2015); il ne répond donc pas aux besoins particuliers des adolescentes lors de la période prénatale.

Le programme hospitalier *CenteringPregnancy* se démarque des trois autres programmes parce qu'il est notamment offert en centre hospitalier, donc au même endroit où est réalisé le suivi prénatal des adolescentes, rendant le programme plus accessible et facile d'accès. Ce programme, qui est offert dans une clinique lors du suivi prénatal des adolescentes, est cohérent avec les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC] qui stipulent que les services prénataux dédiés aux adolescentes devraient « répondre à tous leurs besoins en un seul et même endroit », (Fleming et al., 2016, p. S2), c'est-à-dire, offrir une prise en charge prénatale complète dans un même établissement de santé. Il se distingue également par son approche éducationnelle qui met l'accent sur l'acquisition de connaissances en interaction dans un groupe et sur la création de soutien à travers les participantes (Adams et Picardo, 2018). Le programme hospitalier *CenteringPregnancy* a d'ailleurs obtenu des résultats significatifs au niveau de certains comportements prénataux souhaités chez les adolescentes enceintes, soit la cessation tabagique (Zielinski, Stork, Deibel, Kothari et Searing, 2014) et le recours à l'utilisation de moyens de prévention des ITSS lors de la période prénatale. D'autres résultats de ce programme ont également rapporté une diminution des ITSS, moins de nouveau-nés de petits poids et d'hospitalisations dans une unité de soins intensifs néonataux et davantage de connaissances sur la grossesse (Ickovics et al., 2016), un gain de poids adéquat lors de la grossesse (Trotman et al., 2015), ainsi qu'un meilleur soutien social, des taux significativement plus bas de naissances prématurées (Picklesimer, Billings, Hale, Blackhurst et Covington-Kolb, 2012). Ce programme favorise la motivation des adolescentes à exercer davantage de contrôle sur leur grossesse, à effectuer des changements de comportements pour vivre une grossesse plus saine et à être plus satisfaites des soins prénataux offerts comparativement aux soins prénataux standards (Abdallah et al., 2019). Ainsi, les infirmières offrant des soins prénataux en milieu hospitalier auraient avantage à offrir ou à s'inspirer de ce programme puisqu'il a le potentiel d'améliorer les issues périnatales, spécifiquement pour la clientèle adolescente (Thielen, 2012).

De surcroît, l'approche de groupe au cœur du programme *CenteringPregnancy* permet la création d'une relation de partenariat entre les participantes et l'infirmière. L'infirmière détient ainsi une position privilégiée afin de promouvoir des comportements sains et d'éduquer pour la santé lors d'une période déterminante, soit lors de la grossesse (Thielen, 2012). Elle est la

professionnelle toute désignée pour guider le groupe puisqu'elle possède les connaissances et l'expertise pour effectuer le suivi prénatal, en plus des aptitudes d'écoute et de *caring* pour interagir auprès des participantes (Thielen, 2012). Ainsi, l'évaluation prénatale se fait en groupe, où les adolescentes sont invitées à effectuer certaines activités d'autosoins relativement à leur suivi prénatal, tel que la pesée, la prise de tension artérielle, le calcul de l'âge gestationnel, la mesure de la hauteur utérine, l'auscultation de la fréquence cardiaque fœtale, etc., le tout supervisé par une infirmière (Adams et Picardo, 2018; Klima, 2003; Rising, 1998). Cela permet à l'adolescente de se sentir davantage engagée et en contrôle face à son suivi prénatal (Rising, 1998). Donc, les trois composantes centrales de l'intervention du *CenteringPregnancy*, soit l'éducation, l'évaluation prénatale et la socialisation favorisent une approche axée sur l'*empowerment*. Ces composantes permettent alors à ce programme de se démarquer puisqu'il met de l'avant le renforcement d'un sentiment d'accomplissement et d'autonomie, qui permet à l'adolescente lors de la période prénatale de se faire confiance et d'acquérir les connaissances nécessaires pour adopter des comportements sains (Abdallah, Sayed et Abd-elhakam, 2019).

L'intervention infirmière développée dans le cadre de ce stage à la maîtrise en sciences infirmières est inspirée du programme *CenteringPregnancy* qui propose une approche de groupe et le désir de favoriser l'*empowerment* des adolescentes et l'acquisition de connaissances sur divers sujets prénataux. L'intervention cible uniquement la clientèle adolescente, en collaboration avec la clinique de grossesse à l'adolescence. Néanmoins, certains aspects ont dû être développés et d'autres modifiés pour être réalisables dans le contexte de la pandémie de COVID-19 tout comme être complémentaires au suivi prénatal déjà effectué à la clinique de grossesse à l'adolescence et réalistes face aux exigences académiques de ce stage. En premier lieu, les sujets abordés dans le cadre des rencontres ont été limités à trois rencontres plutôt que dix et se sont concentrés uniquement sur les comportements prénataux. En second lieu, la phase d'autosoins composée du suivi physique a été retirée pour laisser place seulement aux discussions de groupe, et les rencontres ont toutes eu lieu en virtuel. De plus, bien que l'intervention ait été inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998), l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe qui a été développée dans le cadre de ce stage s'est basée sur des assises théoriques composées de la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du

socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997). Cet ancrage théorique était essentiel pour donner un sens à ce projet clinique et l'orienter vers un objectif, mais aussi pour développer son contenu et ses modalités.

La théorie de l'*empowerment* vise notamment le développement de la capacité d'agir des personnes par le biais de quatre composantes, soit la participation, l'estime de soi, les compétences ainsi que la conscience critique (Ninacs, 2008). L'intervention infirmière a été orientée par ces quatre composantes afin de favoriser l'adoption de comportements sains pour la santé des adolescentes et celle de leur fœtus. La théorie du socioconstructivisme de Vygotski (1934/1997), quant à elle, a été retenue pour guider l'intervention infirmière par sa démarche pédagogique, en appui à la théorie de l'*empowerment*, car elle favorise le déploiement de ces composantes. La théorie du socioconstructivisme permet de mettre en place un environnement collectif pédagogique qui vise le développement de l'adolescente enceinte, tout en misant sur ses forces et ses capacités actuelles (Vygotsky, 1934/2013). Ainsi, ce cadre théorique a permis de donner une ligne directrice à la mise en place de l'intervention et des outils pour parvenir à offrir une intervention orientée sur le déploiement des composantes de l'*empowerment* et ainsi contribuer à l'adoption de comportements sains par les adolescentes enceintes.

En résumé, comme les adolescentes enceintes ont tendance à adopter des comportements à risque et que ceux-ci peuvent entraîner des conséquences négatives pour leur santé et celle de leur fœtus, l'adoption de comportements sains, comme « une alimentation saine, un environnement sans tabac, drogue et alcool lors de la période prénatale ainsi qu'un comportement sexuel responsable » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2015, p. 23), constitue alors une cible prioritaire en promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité pour l'infirmière (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Le développement et la mise à l'essai d'une intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998) et des théories de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997), permet d'éduquer les adolescentes enceintes et de les soutenir dans l'adoption de comportements sains qui favorisent leur santé maternelle et celle de leur nouveau-né à naître. Dans le cadre de ce stage, une intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe a alors été développée et

mise à l'essai auprès d'adolescentes dans le but de favoriser l'adoption de comportements sains lors de la période prénatale. Dans le contexte particulier de la pandémie de COVID-19, cette intervention a été adaptée afin d'être offerte virtuellement.

But du stage

Le but de ce stage était de développer une intervention infirmière virtuelle de groupe, inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998) et des théories de l'*empowerment* (Nincas, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997), visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains, de la mettre à l'essai et d'en apprécier les retombées.

Objectifs de stage

Les objectifs du stage étaient de :

1. Développer une intervention infirmière virtuelle sous forme de discussions de groupe, basée sur les résultats probants, visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains lors de la grossesse ;
2. Mettre à l'essai une intervention infirmière virtuelle sous forme de discussions de groupe, basée sur les résultats probants, visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains lors de la grossesse ;
3. Apprécier, à l'aide d'un questionnaire, les retombées de l'intervention infirmière virtuelle de groupe en termes d'*empowerment* (participation, conscience critique, estime de soi, compétence ; Nincas, 2008), sur l'adoption de comportements prénataux sains (alimentation prénatale équilibrée, absence de consommation de tabac, drogues et alcool et relations sexuelles protégées) ainsi que sur la satisfaction des adolescentes.

Objectifs personnels d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage ont été élaborés à partir du référentiel de compétences à la maîtrise de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Pepin, Dupuis et Larue, 2020).

1. Cerner une problématique clinique à l'aide d'une démarche scientifique, intervenir selon les résultats probants et apprendre à travailler en collaboration avec l'équipe de la clinique de grossesse à l'adolescence, dans la réalisation d'une intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe ;
2. Exercer une pratique infirmière avancée directe auprès d'adolescentes lors de la période prénatale, en tenant compte des résultats probants, des différences de valeurs et de croyances et par un engagement à comprendre leurs perspectives afin de créer un lien de confiance ;
3. Créer un environnement virtuel apprenant adapté au contexte pandémique actuel et aux besoins des adolescentes enceintes lors de la période prénatale, de façon à prioriser des moyens efficaces d'apprentissage, pour susciter leur engagement et l'identification d'objectifs et d'actions au regard de comportements sains lors de leur grossesse.

Recension des écrits

La recension des écrits présente trois sections distinctes. Tout d'abord, la recherche documentaire est décrite, suivie d'une présentation des thèmes reliés à la problématique, soit la grossesse à l'adolescence, les comportements prénataux à risque adoptés par la clientèle adolescente, ainsi que des programmes offerts à cette clientèle lors de la période prénatale. Une description du cadre de référence constitué des théories de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997) est également présentée.

Recherche documentaire

Pour recenser les écrits, plusieurs bases de données ont été consultées, soit CINAHL, PUBMED, EMBASE et PsycINFO. Pour toutes les recherches, les résultats ont été restreints aux écrits publiés en français et anglais. Pour bien cerner la problématique entourant la grossesse à l'adolescence et les comportements prénataux à risque chez les adolescentes, une recherche a été effectuée comprenant trois thèmes. Le premier est le thème "grossesse" avec comme mots-

clés : (Pregnancy OR Pregnant Women OR Gestation OR Prenatal). Le second est le thème « adolescence », avec les mots-clés suivants : (Adolescent OR Teen OR Juvenile Or Youth OR Young). Finalement, le troisième thème est les « comportements à risque » (Risk Taking OR High Risk Behavior). Cette stratégie de recherche documentaire a donné 360 résultats dans PUBMED, 195 dans CINAHL, 264 dans la base de données EMBASE et 387 dans PsycINFO (voir annexe B). En retirant les doublons, 814 articles ont été conservés à partir de ces quatre bases de données. En y ajoutant une limite temporelle de 10 ans, 315 articles sur 814 ont été retenus. Suivant la lecture du titre et du résumé de ces articles, 24 articles ont été conservés. Quatorze autres articles ont été retenus par sérendipité. Pour être sélectionnés, les articles devaient être pertinents, soit porter sur la clientèle adolescente lors de la période prénatale. De plus, les comportements à risque chez la clientèle adolescente enceinte, tels qu'une alimentation non équilibrée, la consommation de drogues, d'alcool et de tabac et des relations sexuelles non protégées devaient être abordés dans les articles.

Une seconde recherche documentaire a ensuite été effectuée dans le but de recenser les interventions dont le but était de promouvoir les comportements prénataux sains chez cette clientèle adolescente. Ainsi, le thème de la promotion de comportements sains a été ajouté aux thèmes de grossesse et d'adolescence avec les mots-clés : Risk Reduction Behavior OR Health Promotion OR Healthy Lifestyle. Cette recherche a généré 185 résultats dans PubMed, 124 résultats dans CINHAL, 137 dans Embase et 116 résultats dans PsycINFO (voir annexe B). Un total de 404 articles a été obtenu parmi toutes les bases de données confondues. Parmi ces articles, 247 dataient des 10 dernières années. Parmi ceux-ci, 25 articles ont été retenus suivant la lecture du titre et du résumé et 13 articles ont été ajoutés par sérendipité. Les critères d'inclusion visaient la clientèle ciblée, soit les adolescentes lors de la période prénatale. De plus, l'intervention ou le programme devaient aborder soit la promotion de comportements sains ou bien la prévention des comportements à risque lors de la période prénatale. Au total, 38 articles ont été retenus lors de cette seconde recherche documentaire.

Grossesse à l'adolescence

L'adolescence est une période caractérisée par de nombreux changements. Par exemple, physiquement, l'adolescente doit traverser la puberté qui entraîne de nombreux changements corporels et hormonaux (Daley et al., 2013). Au niveau psychologique, les adolescentes ont la tâche développementale de déterminer leur propre identité et de s'apprécier à leur juste valeur (Turchetti, 2012). Au niveau cognitif et neurologique, les processus de la mentalisation, du raisonnement et de la prise de décisions sont en développement (Daley, Sadler et Dawn Reynolds, 2013). En pleine période de croissance, l'adolescente ne maîtrise pas tout à fait la pensée abstraite permettant de réfléchir aux différentes alternatives ou perceptions d'une situation (Daley et al.). Cela peut ainsi mener à un sentiment d'invincibilité et à l'égoïsme, où l'adolescente a tendance à croire qu'elle est unique et que le monde est axé sur sa personne (Daley et al.). Comme les capacités décisionnelles et de planification ne sont pas complètement développées, le jugement social de l'adolescente en est affecté (Daley et al.; Defer et al., 2019). Ainsi, un manque de jugement et d'analyse, jumelé à un intérêt accru à la découverte du monde et aux nouvelles expériences, expose l'adolescente à l'adoption de comportements à risque et de ce fait, à un risque élevé d'une grossesse précoce (Boislard et Van de Bongardt, 2017).

Les adolescentes qui décident de poursuivre leur grossesse vivent souvent un grand stress et une détresse, notamment parce qu'elles proviennent généralement de milieux défavorisés et qu'elles sont souvent confrontées à des environnements instables et non sécuritaires (Payne et Anastas, 2015). Donc, en plus de vivre dans des conditions socio-économiques défavorables, les adolescentes se heurtent à des défis distincts liés à leur développement de l'enfance à l'âge adulte qui s'additionnent à une grossesse (Kingston, Heaman, Fell et Chalmers, 2012). Celles-ci ont souvent un faible réseau social et conséquemment n'ont pas le soutien dont elles auraient besoin pour vivre une grossesse saine et équilibrée (Leftwich et Alves, 2017). Une fois enceintes, il est plus difficile pour elles de créer ou de maintenir des liens amicaux, puisque leurs amitiés sont basées sur leurs similarités, alors que la grossesse entraîne de grandes différences avec leurs pairs à plusieurs égards (Turchetti, 2012), particulièrement au niveau du mode de vie, des priorités et des préoccupations. Les adolescentes qui vivent dans des milieux défavorisés, qui ont un faible réseau social ou qui se sentent isolées adoptent davantage de comportements à risque lors d'une

grossesse (Turchetti, 2012). En plus de se sentir isolées, celles-ci peuvent également se sentir stigmatisées par leur grossesse (McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014). Une grossesse peut conduire les adolescentes à une perception de perte de contrôle sur leur vie, les rendant plus vulnérables et moins habilitées à prendre des décisions et à adopter des comportements prénataux sains (Nkhoma et al., 2020).

Comportements de santé à risque des adolescentes lors de la période prénatale

Les grossesses à l'adolescence sont généralement considérées à risque à cause de l'incidence plus élevée de complications obstétricales et néonatales (Fleming et al., 2013). Ces complications sont notamment associées au jeune âge maternel, à l'immaturation biologique, aux facteurs socio-économiques et psychosociaux, tels que le revenu, l'éducation, l'origine ethnique, l'état matrimonial, mais aussi à l'adoption de certains comportements à risque comme une alimentation non équilibrée, le tabagisme et la non-compliance aux soins prénataux (Fleming et al., 2013; Shrim et al., 2011). Les comportements de santé lors de la période prénatale représentent les activités de la vie quotidienne de la femme enceinte qui peuvent avoir une influence sur sa propre santé et celle de son fœtus (Lindgren, 2005). De nombreux comportements prénataux à risque sont adoptés chez les adolescentes, tels qu'une mauvaise hygiène de sommeil, un manque d'exercice physique et un manque d'assiduité du suivi prénatal (Payne et Anastas, 2015). Toutefois, l'alimentation non équilibrée, la consommation de tabac, alcool et drogues et les relations sexuelles non sécuritaires lors de la période prénatale sont parmi les comportements les plus documentés dans les écrits et ayant le plus de conséquences pour la mère et le nouveau-né. Par exemple, l'adoption de ces comportements prénataux à risque chez les adolescentes est associée à un développement fœtal non optimal, à des naissances de petit poids et à des déficits à long terme en matière de santé pour le nouveau-né, tels que des malformations congénitales et des difficultés développementales (Behnke et Smith, 2013; Payne et Anastas, 2015). Elles sont notamment plus à risque d'accoucher prématurément et de donner naissance à un enfant de petit poids, et connaissent des taux supérieurs d'hospitalisation à l'unité

néonatale et de mortinaissance (Shrim et al., 2011). Les résultats de l'étude rétrospective de Fleming et al., (2013) – réalisée en considérant toutes les grossesses simples en Ontario entre 2006 et 2010, soit 23 992 adolescentes sur 551 079 femmes – montrent que les adolescentes sont généralement plus susceptibles que les femmes de plus de 20 ans d'avoir un enfant de petit poids, soit de moins de 2500g à la naissance. Shrim et al. (2011) ont également rapporté que les adolescentes sont plus à risque d'accoucher prématurément ; elles ont quatre fois plus de risques que les adultes d'accoucher avant la 28^e semaine de gestation et trois fois plus avant la 34^e semaine de gestation. Ainsi, l'adoption de comportements à risque lors de la période prénatale prédispose l'adolescente et son fœtus à de nombreuses conséquences négatives (Payne et Anastas, 2015).

Alimentation non équilibrée. Les adolescentes ont tendance à avoir une alimentation non équilibrée en raison de leur manque de connaissances sur les besoins nutritionnels lors de la période prénatale (Payne et Anastas, 2015). Pour certaines adolescentes, une alimentation saine est associée à éviter de manger des aliments non équilibrés, comme les aliments frits et gras, les boissons gazeuses et la restauration rapide, plutôt qu'à une alimentation saine en termes d'aliments, de quantité et d'éléments nutritifs (Wise, 2015). En concordance avec ces propos, l'étude de Harrison et Jackson (2009) montre que les adolescentes lors de la période prénatale ne font pas leurs choix alimentaires en fonction des éléments nutritifs, mais plutôt selon le goût et l'apparence de ceux-ci. Selon l'étude longitudinale de Lee et al. (2014) effectuée auprès de 156 adolescentes américaines enceintes, il est possible de constater qu'elles n'obtiennent pas un apport suffisant de plusieurs nutriments essentiels sur la base unique de leur alimentation. En effet, la majorité des adolescentes enceintes ne comble pas les besoins nutritionnels estimés lors de la période prénatale avec leur alimentation, notamment en vitamine D, en vitamine E, en magnésium, en fer et en calcium (Lee et al., 2014). Ces carences peuvent d'ailleurs augmenter au cours de la période prénatale vu les demandes énergétiques et nutritionnelles liées au développement du fœtus (Wise, 2015). Une alimentation sous-optimale peut notamment engendrer une carence en fer, soit une anémie chez la mère, qui est associée à une augmentation des taux de nouveau-nés prématurés et de petit poids (Lee et al., 2014). L'utilisation quotidienne de multivitamines est alors essentielle, spécialement pour cette

clientèle. Les adolescentes ont également un taux de prise de suppléments d'acide folique significativement plus faible que les adultes (Kingston et al., 2012). Selon l'étude canadienne de Kingston et al. (2012), plus du quart des 167 adolescentes ne prennent pas de suppléments d'acide folique lors de la période prénatale. L'acide folique est une vitamine essentielle lors de la période prénatale puisqu'elle procure un développement optimal du cerveau au fœtus et réduit par le fait même, les atteintes du tube neural (Shrim et al., 2011). Or, 64% des adolescentes ont rapporté ne pas connaître l'indication de prendre des suppléments en acide folique lors de la période prénatale, comparativement à 17% chez les femmes adultes (Kingston et al., 2012). Un apport insuffisant d'acide folique lors de la période prénatale est associé à plusieurs complications congénitales, particulièrement à des anomalies du tube neural et cardiaques (Shrim et al., 2011). Les nouveau-nés de mères adolescentes sont d'ailleurs deux fois plus diagnostiqués avec une anomalie du tube neural comparativement aux nouveau-nés de mères adultes (Loane, Dolk et Morris, 2009; Shrim et al., 2011). De plus, les recommandations pour les adolescentes enceintes sur le taux d'énergie obtenu à partir de graisses se situent entre 20 et 35%, alors que plus de 89% des adolescentes atteignent des taux en moyenne de 36% (Lee et al., 2014). Des adolescentes enceintes (79%) ont obtenu des taux supérieurs de plus de 10% à l'apport calorique total en gras saturés et 33% ont consommé plus de 20% de leur apport énergétique quotidien en sucre ajouté (Lee et al., 2014).

Il est reconnu que l'adoption de comportements prénataux à risque, tels qu'une alimentation non équilibrée, contribue largement à des résultats gestationnels indésirables (Trotman et al., 2015). Une alimentation riche en sucre a été associée à la naissance de nouveau-nés de petits poids (Lee et al., 2014). Les adolescentes ont tendance à ne pas avoir un gain pondéral maternel suffisant lors de la période prénatale, ce qui peut augmenter le risque de donner naissance à un bébé de faible poids (Fleming et al., 2013). Cependant, une enquête américaine, menée auprès de 49 adolescentes enceintes âgées de 15 à 18 ans avait pour but d'obtenir des données de base sur les connaissances, les habitudes et les choix alimentaires des adolescentes enceintes (Wise et Arcamone, 2011). Cette enquête a révélé que les adolescentes enceintes étaient prêtes à effectuer certains changements alimentaires, tels que manger trois repas par jour afin d'assurer le développement optimal de leur fœtus (Wise et Arcamone, 2011).

Consommation de tabac, alcool et drogues. À l'adolescence, c'est environ la moitié des élèves du secondaire âgés de 11 à 15 ans qui ont déjà fumé la cigarette, consommé de l'alcool ou des drogues (McCarthy et al., 2014). Dans une étude réalisée auprès de 23 992 adolescentes ontariennes enceintes, 39% d'entre elles consommaient du tabac comparativement à 12% de 527 087 adultes enceintes de cette étude (Fleming et al., 2013). La revue narrative de Whitworth et al. (2017) corroborent ces résultats en rapportant que les adolescentes sont trois fois plus susceptibles de fumer lors de la période prénatale, comparativement à leurs homologues adultes. Elles sont également davantage exposées à la fumée secondaire, car elles sont souvent en présence d'un entourage fumeur (Kingston et al., 2012). De plus, les adolescentes sont jusqu'à deux fois plus susceptibles de consommer de l'alcool, du tabac et de la marijuana avant, pendant et après la grossesse que les adolescentes n'ayant pas eu d'enfant (Savage, DuRant, Brendan Clark, Nair et Cropsey, 2015). En effet, plus de la moitié des mères adolescentes qui buvaient de l'alcool au cours de l'année précédant la grossesse ont poursuivi cette habitude lors de la période prénatale, en concomitance avec la marijuana (Payne et Anastas, 2015). Selon Payne et Anastas (2015), la marijuana est la drogue la plus consommée chez les adolescentes, près de 16% de 413 adolescentes d'une étude américaine en consommaient lors du premier trimestre de la période prénatale (Cornelius, Goldschmidt, Day et Larkby, 2002). Autrement, l'étude de Fleming et al. (2013) rapporte que les adolescentes enceintes ont un taux d'utilisation de substances psychoactives atteignant 12% comparativement à 5% chez les femmes adultes enceintes. Il est à noter que l'acceptation des pairs face à la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues est non négligeable puisque la perception de popularité est souvent associée à l'adoption de ces comportements à risque (Smith, 2018). Toutefois, la grossesse peut être un vecteur de changement qui incite les adolescentes à changer leurs habitudes de consommation (Fleming et al., 2016), il est alors important de les informer sur les risques de fumer, et de consommer de l'alcool et des drogues lors de la période prénatale (McCarthy et al., 2014).

La consommation d'alcool lors de la période prénatale comporte également des risques non négligeables, car le fœtus est en contact direct avec l'alcool par la circulation sanguine de la mère (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020). Des problématiques au niveau de la croissance et du développement du fœtus ainsi que des malformations congénitales peuvent

survenir (Bottorff et al., 2014). L'enfant peut également être affecté du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (Behnke et Smith, 2013). À plus long terme, les effets consistent, entre autres, à des handicaps physiques et mentaux, en plus de troubles du comportement et de l'apprentissage, tels que des scores de quotient intellectuel plus faibles, des troubles de la mémoire, de l'attention, des aptitudes sociales, de la motricité et de la communication (Behnke et Smith, 2013; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020). Des conséquences sont également associées avec l'usage du tabac lors de la période prénatale, qui est un facteur de risque pour les bébés de petit poids et les mortinaissances (Fleming et al., 2013; Payne et Anastas, 2015). À long terme, le tabagisme peut également engendrer des problèmes d'impulsivité, d'hyperactivité et d'attention chez l'enfant, qui semblent se poursuivre à l'âge adulte sous la forme d'un taux de criminalité et de toxicomanie plus élevé (Behnke et Smith, 2013). Tout comme une alimentation faible en fer, le tabagisme peut aussi favoriser une anémie chez la mère (Fleming et al., 2013; Payne et Anastas, 2015). De plus, la fumée secondaire pendant la période prénatale comporte des risques importants pour le fœtus, comme un risque de naissance prématurée, un développement compromis, un faible poids à la naissance et une augmentation des mortinaissances (Gouvernement du Canada, 2011). Le tabagisme lors de la période prénatale entraîne une stigmatisation (Wigginton et Lee, 2013) et par conséquent, les adolescentes fumeuses n'osent pas demander de l'aide pour la cessation tabagique afin d'éviter de se faire juger par les professionnels de la santé (Marino, Lewis, Bateson, Hickey et Skinner, 2016). Quant à la consommation de marijuana lors de la période prénatale, elle peut causer des complications, soit des déficits neurologiques au niveau des fonctions exécutives et des déficits cognitifs et d'attention chez l'enfant âgé de trois à cinq ans (Payne et Anastas, 2015). De plus, l'alcool et les drogues peuvent exacerber des comportements sexuels à risque chez les adolescentes consommatrices par désinhibition et ainsi entraîner en retour d'autres comportements à risque (Payne et Anastas, 2015).

Comportements sexuels à risque. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque que les adultes âgés de plus de 24 ans, tels que des relations sexuelles non protégées; les adolescentes sont ainsi plus à risque de contracter des ITSS lors de la période prénatale (McCarthy et al., 2014). Selon Berggren et Patchen

(2011), près de la moitié des ITSS diagnostiquées aux États-Unis surviennent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les ITSS sont associées à l'adoption de comportements sexuels à risque tels que de multiples partenaires sexuels et l'absence de protection contre les ITSS (Fleming et al., 2016). Les comportements sexuels à risque ne cessent pas chez les adolescentes une fois qu'elles sont enceintes (Berggren et Patchen, 2011). Une étude américaine, effectuée auprès de 125 adolescentes enceintes, rapporte que les taux d'infection à la chlamydia et à la gonorrhée se situaient à 31% lors de la période prénatale, avec un taux de réinfection à 11% par la suite (Berggren et Patchen, 2011). De ce fait, des ITSS peuvent s'ensuivre et certaines conséquences graves y sont associées, telles qu'un accouchement prématuré, la transmission verticale de l'ITSS au nouveau-né ou une morbidité néonatale (Butt et Lim, 2016; Fleming et al., 2013). Une naissance prématurée et un faible poids à la naissance sont des conséquences possibles à une infection à chlamydia non traitée (Marino et al., 2016). Une fausse couche et une chorioamniotite peuvent découler d'une infection gonocoque non traitée, et les deux types d'infection peuvent provoquer une cécité chez le nouveau-né lors d'un accouchement vaginal (Marino et al., 2016). En plus de contracter des ITSS, les adolescentes peuvent être à nouveau enceintes si elles ont des relations sexuelles non protégées, c'est 25% d'entre elles qui revivent une grossesse dans la première année suivant leur accouchement et 35% dans la deuxième année (Leftwich et Alves, 2017).

De façon générale, les adolescentes ont tendance à adopter des comportements plus à risque et par le fait même, elles vivent davantage de problématiques périnatales comparativement aux femmes enceintes adultes (Payne et Anastas, 2015). Pour parvenir à aider cette clientèle spécifique, des programmes ont été implantés dans des hôpitaux, des écoles ainsi qu'à domicile pour permettre d'influencer favorablement les comportements à risque et d'améliorer les issues périnatales (Fleming, O'Driscoll, Becker et Spitzer, 2016).

Programmes offerts pour les adolescentes lors de la période prénatale

Pour prévenir ces complications périnatales indésirables, plusieurs chercheurs et experts s'entendent pour dire que des soins prénataux destinés et adaptés spécifiquement aux adolescentes sont essentiels pour cette clientèle (Fleming et al., 2012, 2013, 2015; Klima, 2003;

Leese, 2016; Martínez, Silva, Cabrera et Mendoza, 2015; McCarthy et al., 2014; Ruedinger et Cox, 2012; Tibingana-Ahimbisibwe, Katabira, Mpalampa et Harrison, 2018). En effet, des soins prénataux adaptés aux adolescentes ont l'avantage d'être plus efficaces que des soins prénataux standards pour répondre aux besoins spécifiques en lien avec les comportements à risque de cette population vulnérable (Tibingana-Ahimbisibwe et al., 2018) et favoriser des comportements sains (Fleming et al., 2012). Les programmes prénataux visant à minimiser les conséquences des grossesses à l'adolescence chez les adolescentes sont peu nombreux dans les écrits, mais quatre programmes, administrés dans différents milieux (à domicile, à l'école ou en milieu hospitalier; Ruedinger et Cox, 2012; voir annexe A), ont pu être recensés.

Programme de visites à domicile – *Nurse-Family Partnership*

Quelques programmes de visites prénatales à domicile ont pu être recensés, mais la grande majorité n'était pas dédiée à la clientèle adolescente ou bien n'était pas orientée sur les comportements prénataux, mais plutôt sur la scolarisation des adolescentes, la prévention des grossesses précoces, l'attachement mère-enfant ainsi que la croissance et le développement de l'enfant (Schaffer, Goodhue, Stennes et Lanigan, 2012). Cependant, l'étude descriptive de Payne et Anastas (2015) mettait en lumière le programme de visites à domicile *Nurse-Family Partnership*, comme une intervention efficace pour améliorer les comportements prénataux et par le fait même leur santé prénatale. Le suivi à domicile offert par le programme *Nurse-Family Partnership* débute au cours de la grossesse et se poursuit jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. La composante éducationnelle axée sur la promotion de la santé de ce programme a pour objectif d'encourager l'adoption de comportements de santé afin de favoriser une grossesse saine et de prévenir des issues défavorables pour la mère adolescente et le nouveau-né. Le second but de ce programme est de favoriser chez l'enfant un développement et une santé optimaux et de favoriser un attachement entre la mère et l'enfant. Plusieurs études ont évalué le programme *Nurse-Family Partnership* pour déterminer les effets de ce programme sur les comportements prénataux et les issues périnatales (Landy, Jack, Wahoush, Sheehan et MacMillan, 2012; Nguyen et al., 2003; Olds, Henderson, Tatelbaum et Chamberlin, 1986).

L'étude américaine de Olds et al. (1986) est l'une des premières études qui a permis d'évaluer dans le cadre d'un essai clinique randomisé, un programme de visites à domicile. Cette étude évaluait les effets de ce programme sur le soutien social, les comportements prénataux et la santé prénatale des participantes, en plus des effets sur les taux de prématurité et de nouveau-nés de petit poids à la naissance. Les participantes du programme étaient recrutées lorsqu'elles étaient enceintes de leur premier enfant et si elles présentaient une des caractéristiques suivantes, soit être âgées de moins de 19 ans, monoparentales ou bien avoir un faible revenu socio-économique. Quatre groupes ont été formés, le premier était le groupe témoin, donc n'avait accès à aucun service prénatal (90 participantes), le deuxième groupe avait le transport fourni jusqu'au suivi prénatal régulier (94 participantes), le troisième groupe avait une infirmière qui réalisait des visites à domicile tout au long de la période prénatale (100 participantes) et finalement, le quatrième groupe avait le même service à domicile lors de la période prénatale, qui se poursuivait en post-partum jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans (116 participantes). Plusieurs bénéfices ont été rapportés, les adolescentes ayant reçu des visites à domicile ont réussi à réduire significativement leur consommation de tabac, allant jusqu'à 4 cigarettes de moins par jour jusqu'à la fin de la période prénatale ($p=,0001$) comparativement aux groupes n'ayant pas eu de visites à domicile, ce qui a significativement réduit le taux de naissances prématurées ($p<,05$). De plus, les adolescentes ayant participé au programme de visites prénatales à domicile ont donné naissance à des nouveau-nés ayant en moyenne 395g de plus que les deux autres groupes n'ayant pas eu de visites à domicile ($p=,02$), alors que celles fumeuses ont également progressé vers une meilleure alimentation prénatale selon les apports nutritionnels quotidiens ($p=,04$). L'étude californienne de Nguyen, Carson, Parris et Place (2003) comparant le programme *Nurse-Family Partnership* aux soins prénataux standards auprès de 225 adolescentes enceintes hispaniques a obtenu des résultats similaires. Les résultats significatifs de cet essai clinique randomisé montrent presque deux fois moins de prématurité chez le groupe ayant reçu des visites à domicile (4,3%) comparativement au groupe ayant reçu un suivi prénatal standard (8,2%). De plus, 10,6% des adolescentes du programme standard ont donné naissance à un enfant de moins de 2500 grammes comparativement à 5,6% des participantes du programme *Nurse-Family Partnership*.

L'étude de cas qualitative de Landy et al. (2012) avait pour but d'explorer l'expérience des participantes de ce même programme *Nurse-Family Partnership* à Hamilton, en Ontario. Le programme de visites à domicile a été évalué auprès de 18 mères de moins de 21 ans, à faible revenu, de la période prénatale jusqu'au premier anniversaire de leur enfant. Deux entrevues ont permis de conclure que les participantes avaient une expérience très positive du programme. Les entrevues ont également mis en évidence que la relation avec l'infirmière était aidante et que cette professionnelle était une source importante d'informations et de soutien. La plupart des participantes ont également partagé qu'elles étaient devenues de meilleures mères grâce à leurs apprentissages sur les comportements prénataux sains.

En résumé, selon Ruedinger et Cox (2012), les programmes à domicile, tels que *Nurse-Family Partnership*, visent à offrir de l'éducation, du soutien et des soins, le tout dans un cadre familial et confortable. De plus, les visites à domicile permettent une certaine flexibilité de l'horaire et l'accessibilité à un service individualisé (Ruedinger et Cox). Néanmoins, ce programme américain de visites à domicile s'adresse aux jeunes femmes à faible revenu qui sont enceintes de leur premier enfant où un peu plus de 40% des femmes qui bénéficient de ce programme sont mineures. Donc, ce programme n'est pas développé pour répondre spécifiquement aux besoins de la clientèle adolescente (Payne et Anastas, 2015) et il est alors difficile de déterminer les effets spécifiques sur cette population. De plus, ce type d'intervention ne comprend pas de composante sociale permettant à l'adolescente de rencontrer d'autres personnes que son noyau familial. Dans ce contexte, la création d'un réseau de soutien ou d'un esprit de solidarité entre adolescentes enceintes est plus difficile. En effet, une intervention de groupe aurait plusieurs bénéfices, puisqu'elle favoriserait les interactions entre les adolescentes enceintes, permettant à la fois la création d'une camaraderie entre les participantes et un apprentissage lors du suivi prénatal (Ruedinger et Cox, 2012). De plus, considérant que l'intervention n'est pas offerte exclusivement aux adolescentes, il serait intéressant qu'une étude similaire soit réalisée seulement auprès d'adolescentes enceintes pour assurer des soins prénataux orientés vers cette clientèle spécifique et adaptés à leurs besoins de développement.

Programmes en milieu scolaire – *Prenatal Care at School* et *Break and Learn*

Les programmes qui soutiennent la scolarisation chez les adolescentes sont bénéfiques, tel que *Prenatal Care at School* et *Break and Learn*, car un niveau de scolarité de la mère plus élevé a le potentiel de favoriser un meilleur développement chez l'enfant (Ruedinger et Cox, 2012). Un programme offert directement à l'école permet aux adolescentes d'éviter de s'absenter de l'école pour les nombreux rendez-vous de suivi de grossesse (Ruedinger et Cox, 2012). Ce programme est offert dans une école où les adolescentes y sont transférées de façon volontaire pour le reste de l'année, puis retournent ensuite à leur école d'origine l'année suivante (Griswold et al., 2013).

L'étude de cohorte rétrospective de Griswold et al. (2013) met en lumière le programme *Prenatal Care at School*, un modèle de soins prénataux conçu spécifiquement pour la clientèle adolescente dans un contexte scolaire. Cette étude menée auprès de 28 étudiantes âgées de 12 à 21 ans dans le district scolaire de Rochester, à New York avait pour but d'évaluer l'efficacité de ce programme sur la fréquentation scolaire, les connaissances sur la période prénatale et l'accouchement, la compliance au service prénatal offert ainsi que sur la satisfaction des participantes. Les séances éducationnelles sont effectuées également dans une approche de groupe de six à 15 participantes à la suite des heures de cours, une fois par semaine pour huit semaines consécutives (Griswold et al.). Certains sujets en lien avec les comportements prénataux sont abordés, dont l'alimentation, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que les ITSS et la contraception (Griswold et al.). Les résultats de l'étude pilote randomisée contrôlée ont montré une augmentation de 14% de la fréquentation scolaire et un taux de participation à l'intervention de 5,7% de plus que le programme traditionnel de Rochester de groupe et 13% de plus que le programme individuel. De plus, une augmentation significative de 42% des connaissances en matière prénatale a été observée chez les participantes au programme *Prenatal Care at School* ($p < ,001$; Griswold et al.). Les enquêtes de satisfaction ont également relevé que toutes les participantes sont persuadées que le programme les a aidées à se préparer à leur grossesse. Ainsi, ce programme a été profitable pour les adolescentes participantes en favorisant à la fois leur éducation scolaire et leur suivi prénatal (Griswold et al.).

Un autre programme scolaire nommé *Break and Learn* est offert à la population adolescente lors de la période prénatale qui vise à favoriser une alimentation saine comme comportement de santé (Bergman, 1997). Le programme avait pour objectif que les adolescentes enceintes comprennent mieux les nutriments des aliments pour qu'elles évitent les carences, qu'elles soient enclines à faire des changements dans leur alimentation, qu'elles atteignent les recommandations prénatales de gain de poids et qu'elles ne donnent pas naissance à des nouveau-nés de petit poids. Ce programme éducatif d'une durée de 10 semaines avait lieu à la suite des journées scolaires, en groupe et comprenait une description de la pyramide alimentaire, d'une éducation sur les principaux nutriments et leur fonction, d'une planification des repas, soulignant l'importance d'un bon petit déjeuner et des saines collations, d'informations sur la façon de lire les étiquettes des aliments et la manipulation sécuritaire des aliments. Pour ce faire, une cuisine interactive était offerte avec notamment des tests de goût pour découvrir de nouveaux aliments. Le but de l'étude de cohorte était de décrire et de déterminer l'efficacité de cette intervention d'éducation pour les adolescentes, leurs carences nutritives, leur gain de poids et leur motivation à améliorer leur alimentation ainsi que sur les issues périnatales. Les résultats suivants ont été obtenus : 61% des participantes ont eu un gain de poids suffisant durant la grossesse et aucune n'a eu de perte de poids significative (Bergman, 1997). De plus, 94% des adolescentes ont donné naissance à des nouveau-nés de poids normal à la naissance et 7% à des nouveau-nés de faibles poids à la naissance en comparaison aux statistiques du New Jersey (12%; Bergman, 1997). Quarante-huit pour cent des participantes de l'étude ont montré une volonté de changer leurs comportements alimentaires en étant ouverte à essayer de nouveaux aliments et en consommant tous les aliments fournis (Bergman).

Bien que les programmes scolaires aient plusieurs bénéfices dont d'être offerts en groupe favorisant la création d'un réseau de soutien, ils ne rejoignent pas une grande proportion des adolescentes ayant abandonné l'école lors de la période prénatale (Sullivan et al., 2011). En effet, au Québec, la grossesse représente la principale cause de décrochage scolaire et ce sont 50 à 67% des adolescentes enceintes qui abandonnent l'école (Carroz, 2012). Aussi, le programme *Break and Learn* aborde seulement un comportement de santé souhaité chez les adolescentes enceintes, soit l'alimentation prénatale.

Programmes de groupe en milieu hospitalier – *Teen Club* et *CenteringPregnancy*

Les programmes en milieu hospitalier incluent une équipe multidisciplinaire pour prendre en charge la clientèle adolescente enceinte et répondre à ses besoins spécifiques (Fleming et al., 2012). En plus de cette prise en charge, l’infirmière assure « la prévention, l’information, le counseling et la promotion de la santé qui sont des activités indissociables d’un suivi de grossesse » (OIIQ, 2015, p.14). Les premiers soins prénataux de groupe en milieu hospitalier ont vu le jour dans les années 80, avec le programme *Teen Club* conçu spécifiquement pour les adolescentes enceintes (Lathrop et Pritham, 2014). Les effets de ce programme américain ont été évalués par le biais d’une étude randomisée contrôlée d’Hoyer, Jacobson, Ford et Walsh (1994) sur les issues périnatales, le concept de soi des adolescentes (autocritique) et leur expérience lors de l’accouchement. Un total de 65 adolescentes âgées de 14 à 21 ans ont été recrutées dans le groupe expérimental (suivi en groupe) ou dans le groupe témoin (suivi individuel). Les résultats obtenus ont montré une plus grande compliance au suivi prénatal avec une moyenne de 11 séances pour le groupe expérimental comparativement à six séances pour le groupe contrôle. Les participantes du groupe expérimental ont également accouché en moyenne à 39 semaines de grossesse comparativement à 37 semaines pour celles du groupe contrôle, avec 14% de naissances prématurées, un taux identique pour les deux groupes. De plus, aucune des adolescentes du groupe expérimental (0%) n’a eu une grossesse dans les six mois suivant leur accouchement, comparativement à 21% des adolescentes du groupe contrôle. À la suite du programme, les adolescentes du groupe expérimental étaient également moins critiques envers elles-mêmes et étaient plus à l’aise à prendre des décisions. Le programme *Teen Club* est pionnier dans l’approche de groupe (Fullar, Lunn, Sprik et Cooper, 1988), c’est ensuite en 1993-1994 que Sharon Rising a piloté un programme prénatal de groupe qui est devenu le programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998).

Le programme *CenteringPregnancy* a été créé au début des années 90 pour devenir le modèle de soins prénataux de groupe de référence national (Lathrop et Pritham, 2014). En effet, ce programme novateur a été mis en pratique auprès des femmes dans plus de 100 différents milieux au niveau mondial (Baldwin, 2006) et propose une adaptation pour la clientèle

adolescente depuis 1999 (Klima, 2003). Le document informatif d'Adams et Picardo (2018) décrit le programme *CenteringPregnancy* et met en évidence les bénéfices, les défis ainsi que la façon d'implanter ce programme au sein d'un milieu clinique. Le programme *CenteringPregnancy* est conçu selon trois composantes, soit l'évaluation prénatale, l'éducation et le soutien social, qui le distingue des soins prénataux standards. Dans le cadre du programme *CenteringPregnancy*, les adolescentes ont leur suivi prénatal sous forme de groupes comprenant de huit à 12 adolescentes, dont la grossesse se situe entre la 11^e et la 16^e semaine de gestation. Elles se rencontrent à dix reprises au cours de la période prénatale pour une rencontre d'une durée de 90 à 120 minutes. Ces rencontres sont précédées d'une phase d'autosoins où les adolescentes sont invitées à participer activement à leur évaluation prénatale entre autres, par une prise autonome de leur tension artérielle, leur poids et leur hauteur utérine. L'intérêt d'impliquer les adolescentes dans leurs soins est de les rendre davantage responsables et engagées face à leur suivi prénatal. Pendant ces 20 à 45 minutes dédiées aux autosoins, chaque participante est rencontrée individuellement en privé par une infirmière qui complète son évaluation physique et qui discute avec la participante de ces préoccupations et questions spécifiques. En groupe, elles sont ensuite invitées à interagir entre elles afin de créer des liens et de remplir des auto-évaluations. Lors d'une rencontre animée par l'infirmière, les sujets sont discutés et abordés en fonction des étapes de la grossesse et des besoins des adolescentes. Au début de la période prénatale, les sujets sont davantage orientés sur les comportements sains prénataux, tels que l'alimentation, les dangers de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et les relations sexuelles. Pour ensuite aborder des sujets sur l'accouchement, le rôle de mère et la période du post-partum vers la fin de la période prénatale. C'est un moment où elles peuvent s'exprimer sur leurs craintes, leurs expériences personnelles, et s'encourager mutuellement.

Un nombre de quatre études a évalué les effets du programme *CenteringPregnancy*, en tant que modèle de référence pour le suivi prénatal de groupe chez les adolescentes. Tout d'abord, l'étude rétrospective de Trotman et al. (2015) a été réalisée auprès de 150 adolescentes enceintes âgées de 11 à 21 ans, ayant reçu l'un des trois types de suivi prénatal, soit un suivi prénatal standard individuel (50 participantes), en groupe (50 participantes) ou un suivi prénatal selon le programme *CenteringPregnancy* (50 participantes). Le but de l'étude était de déterminer si le

programme *CenteringPregnancy* pouvait améliorer les comportements prénataux des adolescentes enceintes comparativement aux deux autres types de suivis prénataux. Les résultats obtenus ont montré une plus grande observance significative du suivi prénatal et postnatal, où 68% des adolescentes du programme *CenteringPregnancy* étaient présentes à leur rencontre de suivi post-partum comparativement à 48% du programme standard individuel ($p=,04$). Les adolescentes du programme *CenteringPregnancy* ont obtenu des taux supérieurs d'allaitement exclusif, comparativement aux participantes du suivi prénatal en groupe (40% vs 20 %; $p=,03$). Les participantes du programme *CenteringPregnancy* ont également utilisé davantage de moyens de contraception à long terme, réduisant significativement le nombre de grossesses répétitives un an après leur accouchement à 2%, comparativement aux adolescents ayant eu un suivi prénatal standard de groupe, s'élevant à 17% ($p=,04$). De plus, 62% des adolescentes du programme *CenteringPregnancy* ont suivi les lignes directrices sur le gain de poids gestationnel et la perte de poids post-partum comparativement à 38% des deux autres groupes ($p=,02$). Elles étaient également moins susceptibles de souffrir de dépression post-partum, soit 0% en comparaison à 4% chez les adolescentes du suivi prénatal individuel ($p=,02$). L'étude conclut alors que le programme *CenteringPregnancy* est un programme efficace pour la clientèle adolescente puisqu'il encourage l'adoption de comportements sains, entre autres, en ce qui a trait à l'alimentation et la contraception.

L'essai contrôlé randomisé en grappes de Ickovics et al. (2016) a évalué les effets du programme de groupe *CenteringPregnancy* sur les issues maternelles, obstétricales, néonatales et post-partum en comparaison avec un programme traditionnel individuel auprès de 14 centres de santé à New York. L'étude a été effectuée auprès de 1148 femmes enceintes de moins de 24 semaines de gestation et âgées de 14 à 21 ans. Le programme *CenteringPregnancy* a obtenu des résultats favorables, tels qu'un taux de naissance de nouveau-nés de petit poids pour l'âge gestationnel significativement plus bas (11%) comparativement aux participantes avec un suivi prénatal individuel (16%) ($p=,04$). Les participantes du programme *CenteringPregnancy* ont obtenu des taux de naissance prématurée (8% vs 14%) et un nombre d'hospitalisations dans une unité néonatale (14% vs 19%) moins élevées comparativement aux participantes avec un suivi prénatal individuel. De plus, une diminution des grossesses répétées a été observée chez les

adolescentes ayant participé aux visites prénatales en groupe, et en se protégeant lors des relations sexuelles ($p < ,01$; Ickovics et al., 2016).

L'étude descriptive de cohorte de Grady et Bloom (2004) avait pour objectif de décrire l'implantation et l'évaluation du programme *CenteringPregnancy* pour améliorer les conséquences possibles auprès de la clientèle adolescente. Un total de 124 adolescentes âgées de 17 ans et moins ont été divisées en treize groupes et ont participé au programme *CenteringPregnancy* dans un centre hospitalier du Missouri. Les adolescentes ont évalué le programme très positivement (moyenne de 9,2/10), elles ont apprécié la composante sociale, elles se sentaient moins seules en discutant avec les autres participantes. Elles mettaient également l'emphase sur la partie éducative en témoignant qu'elles avaient beaucoup appris dans une approche de groupe. Pour déterminer les résultats périnataux, les adolescentes du programme *CenteringPregnancy* ont été comparées à deux autres groupes d'adolescentes ayant eu un suivi prénatal standard au même centre hospitalier dans les années précédentes. Grâce à l'analyse des dossiers, il a été possible de déterminer que les participantes du programme *CenteringPregnancy* avaient été davantage présentes aux rencontres de suivi prénatal avec un taux d'absence de 19% comparativement à 28% pour les adolescentes recevant les soins standards. Les taux de naissances prématurées étaient significativement plus élevés auprès des groupes d'adolescentes évaluées avant l'implantation de ce programme de 2001 et 23% ($p < ,05$) auprès du groupe de 1998 comparativement à 11% du groupe de *CenteringPregnancy* à 26% ($p < ,02$). Le même phénomène se reproduit pour les nouveau-nés de petite taille à 23% ($p < ,02$) auprès du groupe de 2001 et 18% ($p < ,05$) auprès du groupe de 1998 comparativement à 9% du groupe de *CenteringPregnancy*.

L'analyse secondaire d'un essai randomisé en grappes de Magriples et al. (2015) avait pour objectif de déterminer si le programme *CenteringPregnancy* avait un impact sur le gain de poids prénatal et la perte de poids en post-partum. L'analyse a été effectuée auprès de 984 femmes enceintes âgées de 14 à 21 ans, où 35% d'entre elles étaient considérées comme obèses lors de la conception et plus de la moitié avaient pris du poids de façon excessive lors de la période prénatale. L'étude a démontré une différence significative dans les trajectoires de gain pondéral, c'est-à-dire, que le gain pondéral chez les participantes au programme était moindre lors de la

période prénatale et la perte de poids plus élevée en post-partum, correspondant aux lignes directrices ($p < ,0001$).

Le programme *CenteringPregnancy* semble un programme des plus profitables pour la clientèle adolescente puisqu'il est offert dans un environnement familial où se déroule l'entièreté du suivi prénatal (Ruedinger et Cox, 2012 ; Fleming et al., 2016). Il est important de prioriser un programme en milieu hospitalier, où l'infirmière contribue à l'évaluation et la surveillance de l'état physique et mental des gestantes, en plus d'effectuer un suivi prénatal infirmier (OIIQ, 2015). De ce fait, une intervention en milieu hospitalier permet la continuité du suivi prénatal déjà en place, car les interventions effectuées en milieu communautaire tel que les cours prénataux ne sont généralement pas suivis par les adolescentes, précisément c'est 50% des adolescentes qui n'assisteraient pas à leurs cours prénataux (Kingston et al., 2012). D'ailleurs, le programme *CenteringPregnancy* favorise une plus grande compliance aux visites prénatales chez les adolescentes par rapport au suivi prénatal standard (Grady et Bloom, 2004; Trotman et al., 2015). De plus, le programme comporte environ 20 heures cumulées à travers 10 rencontres de groupe comparativement à une d'environ deux heures au suivi prénatal individuel standard (Adams et Picardo, 2018). Ce format permet à l'infirmière de passer plus de temps avec les participantes et de créer un lien de confiance avec elles pour répondre aux questions, aborder des sujets plus sensibles (violence conjugale, VIH, etc.), partager des expériences significatives et créer un réseau de soutien à travers les membres du groupe (Thielen, 2012). Il s'agit d'une intervention éducative de groupe qui permet l'apprentissage par le dialogue, en plus de faire un suivi prénatal incluant la participation active de l'adolescente. Il favorise également les interactions entre adolescentes enceintes, permettant une certaine camaraderie entre elles et par le fait même, la création d'un réseau de soutien (Ruedinger et Cox, 2012). Enfin, le programme *CenteringPregnancy* est empreint d'une approche qui favorise l'*empowerment*, diminuant entre autres les expériences négatives des adolescentes en lien avec la grossesse, améliorant les comportements de santé (Gaudion et al., 2011) et soutenant les participantes avec la protection contre les ITSS, l'allaitement et la dépression en post-partum (Trotman et al., 2015).

En bref, les programmes offrant une éducation prénatale aux adolescentes ont le potentiel d'atténuer les comportements à haut risque et d'améliorer par le fait même les résultats

périnataux (Fleming et al., 2012; McCarthy et al., 2014). À la lumière de cette analyse des différentes interventions offertes aux adolescentes lors de la période prénatale, le programme hospitalier *CenteringPregnancy* semble le plus prometteur puisqu'il se distingue par sa proximité et son accessibilité, en offrant un suivi prénatal complet au même endroit. De plus, il offre une intervention de groupe complète et adaptée aux adolescentes enceintes, tout en intégrant l'éducation, le soutien social et l'*empowerment*. C'est pourquoi l'intervention offerte dans le cadre de ce stage est inspirée de ce programme, toutefois, il est à noter qu'un cadre de référence a été ajouté afin d'offrir un levier dans l'effort de cohérence et de continuité pour le développement et l'évaluation de l'intervention. Cet ancrage théorique a permis le développement d'une intervention selon les réalités du milieu clinique ainsi que les exigences académiques de l'étudiante à la maîtrise. Ainsi, un cadre de référence en harmonie avec les visées du programme, notamment renforcer l'*empowerment* et favoriser l'apprentissage (Klima, 2003) a été choisi, composé de la théorie de l'empowerment (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997). En effet, l'*empowerment* est un concept au cœur de ce programme, car il suscite l'engagement des participantes et favorise une prise de décision pour vivre une grossesse saine et équilibrée (Allender, 2017). L'apprentissage fait également partie intégrante du programme *CenteringPregnancy*, qui prône une éducation prénatale complète et adaptée aux adolescentes (Klima, 2003). De plus, le programme *CenteringPregnancy* est composé majoritairement de discussions et d'échanges entre adolescentes, afin de leur donner l'opportunité d'apprendre sur plusieurs sujets liés à la périnatalité. L'éducation prénatale fait partie du rôle de l'infirmière dans le cadre d'un suivi prénatal qui lui permet de répondre aux besoins d'enseignement pour favoriser une expérience périnatale positive et l'adoption de comportements sains (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). L'éducation prénatale, une composante clé du programme *CenteringPregnancy*, a été favorisée par la théorie du socioconstructivisme pour guider l'apprentissage des participantes lors des rencontres de groupe. Cette théorie a permis d'offrir une intervention prénatale personnalisée aux adolescentes qui offrent un environnement d'apprentissage interactif, où elles ont eu l'opportunité d'apprendre d'autres participantes (Rising, 1998), grâce aux discussions de groupe sur les différents comportements périnataux. Cette théorie est basée sur le dialogue, où le partage

et la participation sont de mise (Potvin, 2016). Ceci va de pair avec l'intervention qui a été mise en œuvre dans le cadre de ce stage, où les discussions de groupe sur les différents comportements prénataux ont été mises de l'avant. De cette façon, le constructivisme social a apporté une avenue éducative à l'intervention et s'est appuyé sur le fait que les participantes construisent des connaissances à partir de leurs expériences et des échanges au sein d'un groupe (Beck et Kosnik, 2006). Donc, cette théorie a agi à titre de cadre pour guider la manière d'intervenir auprès des adolescentes, notamment avec l'usage de certaines stratégies pédagogiques collaboratives pour favoriser la construction de connaissances. De plus, selon le socioconstructivisme, une relation de collaboration est nécessaire, où l'infirmière n'est pas considérée comme une experte, mais plutôt comme une facilitatrice de la discussion (Blumberg, 2009; Weimer, 2002). Ainsi, en créant un environnement qui favorise l'apprentissage, les participantes ont été invitées à prendre parole et à s'engager face à l'intervention afin de construire leurs connaissances sur des sujets en lien avec leur santé prénatale.

Cadre de référence

Pour guider l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe proposé dans le cadre de ce stage, deux théories sont utilisées à titre de cadre de référence, soit la théorie de l'*empowerment* de Ninacs (2008) et la théorie du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997).

Théorie de l'*empowerment*

Selon la théorie de l'*empowerment* de Ninacs (2008), l'*empowerment* est défini comme le processus que les individus doivent traverser pour développer la capacité de choisir et de décider, les menant à la capacité d'agir. Dans le cadre de ce projet de stage, il s'agit alors d'un processus de transformation dans lequel l'adolescente obtient davantage de pouvoir et de contrôle sur sa vie et sa santé, lui permettant d'agir pour vivre une grossesse saine. La capacité d'agir sous-entend, la capacité de faire des changements, notamment au niveau des comportements lors de la période prénatale. Ainsi, pour parvenir à exercer cette capacité d'agir, l'adolescente doit d'abord passer par l'étape de « choisir » et de « décider ». Elle doit premièrement faire le choix

libre et conscient d'entreprendre une démarche, qui débute lorsqu'elle accepte de participer à l'intervention, plutôt que de continuer avec le suivi prénatal individuel standard. Par l'acquisition de nouvelles connaissances, elle doit ensuite raisonner et analyser pour déterminer si elle devrait modifier certains de ses comportements. Finalement, elle doit agir en fonction de ses décisions, c'est-à-dire, d'effectuer les changements visés, tout en étant prête à en assumer les conséquences (Ninacs).

Afin de développer cet *empowerment*, quatre composantes doivent être renforcées, notamment la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Par le terme **participation**, Ninacs sous-entend la participation à une activité de nature collective et fait également référence à toute relation avec au moins une autre personne; dans ce cas-ci, il s'agit d'une intervention prénatale de groupe où les participantes étaient invitées à s'engager à participer et à interagir entre elles. En ce qui a trait au concept de **compétences**, il s'agit de l'acquisition et la coconstruction de connaissances et d'habiletés acquises par la participation (Ninacs, 2008). Dans un contexte de suivi prénatal chez des adolescentes, il est question d'apprentissages sur divers sujets pour vivre une grossesse saine, notamment au niveau de l'alimentation, de la consommation de substances illicites, d'alcool et de tabac lors de la période prénatale et des relations sexuelles. Au fil des rencontres, les participantes utilisent leurs connaissances antérieures, leur permettant de participer davantage aux discussions et peuvent développer de nouvelles connaissances et habiletés sur les comportements prénataux leur permettant ensuite de les adopter. L'**estime de soi** est également un concept clé à l'*empowerment*, il s'agit pour l'adolescente d'avoir le sentiment de détenir les compétences et les qualités pour lui permettre d'accomplir ses buts (Ninacs, 2008, p.21). Lorsqu'un individu, telle une adolescente enceinte, rencontre des préjugés à son égard, son estime de soi et son sentiment de pouvoir diminuent et il en résulte une plus grande difficulté à s'accomplir et à s'épanouir (Turchetti, 2012). Dans le cadre de ce projet de stage, les adolescentes ont pris la parole et ont été valorisées dans leurs interactions à travers le regard des autres participantes. En effet, en étant entourées d'autres adolescentes vivant une situation semblable, celles-ci avaient tendance à moins craindre le rejet ou bien le jugement, à se sentir comprises et accompagnées à travers leur grossesse. L'infirmière avait également comme responsabilité de renforcer les forces des

participantes et de favoriser un environnement de respect dans le but de favoriser leur estime d'elles-mêmes. Et finalement, la **conscience critique** est caractérisée par la réalisation d'une problématique ou d'une difficulté, où l'objectif était de premièrement minimiser la culpabilité des adolescentes par la réalisation qu'elles ne sont pas seules à vivre des difficultés. Pour ensuite réfléchir collectivement sur les causes, les impacts possibles de ce problème et envisager les solutions possibles (Ninacs, 2008, p.21). Ainsi, les adolescentes devaient être en mesure de faire une analyse éclairée de la situation, déterminer les conséquences possibles de leurs comportements, faire des choix et en accepter la responsabilité pour leur bien-être et celui de leur futur enfant (Ninacs, 2008).

Donc

*(...) la démarche d'empowerment est un cheminement dans lequel une personne doit s'engager (**participation**), en utilisant ou en acquérant des habiletés spécifiques aux objectifs poursuivis (**compétences**). La démarche amène la personne à se percevoir comme compétente, possédant les habiletés, les qualités et les attitudes et les connaissances suffisantes (**estime de soi**) pour lui permettre une analyse et une mise en contexte de la problématique vécue (**conscience critique**; Ninacs, 2008, p.148).*

En d'autres termes, l'intérêt était alors de favoriser l'engagement des adolescentes lors de la période prénatale à cette intervention et au cours des discussions de groupe, tout en favorisant leurs apprentissages sur les comportements de santé prénataux. En se sentant plus en confiance, elles pouvaient prendre conscience des changements prénataux à effectuer. De ce fait, les quatre composantes se renforcent mutuellement, de façon à développer progressivement l'*empowerment*. Pour ce faire, la théorie du socioconstructivisme a permis d'utiliser une pédagogie dans le cadre de l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe permettant le développement de la participation, l'estime de soi, la conscience critique et plus particulièrement, la construction des connaissances.

Théorie du socioconstructivisme

En second lieu, le socioconstructivisme est une théorie de l'apprentissage, où les apprenants doivent se baser sur leurs connaissances acquises et dialoguer avec d'autres personnes pour être en mesure d'en construire de nouvelles (Vygotski, 1934/1997). Cette théorie socioconstructiviste se sépare en trois dimensions distinctes, soit **constructiviste**, **sociale** et **interactive**.

La dimension **constructiviste** part du fait que l'apprentissage est basé sur un processus actif de construction des connaissances (Jonnaert et Borght, 1999). De ce point de vue, la connaissance n'est pas directement transmissible par l'infirmière, elle est plutôt le résultat des efforts du participant. Ainsi, chaque apprenant interprète ses apprentissages selon son vécu et ses besoins. Il est alors question de respecter la perspective, les besoins et les valeurs des adolescentes puisque l'expérience de celles-ci en comparaison aux adultes vivant une grossesse est complètement différente (Blumberg, 2009 ; Weimer, 2002). Pour ce faire, l'infirmière est centrée sur les besoins prénataux spécifiques des adolescentes et leurs capacités développementales, de façon à offrir une intervention ancrée dans leur réalité. C'est pourquoi le socioconstructivisme prône d'offrir des soins adaptés à la réalité des individus, dans ce cas-ci des adolescentes, car celles-ci ne perçoivent pas les apprentissages du même point de vue que les adultes (Blumberg, 2009 ; Weimer, 2002).

La dimension **sociale** est la plus importante selon Vygotski (1934/1997), auteur de référence en ce qui a trait au socioconstructivisme. Il conçoit l'individu comme le produit de ses interactions sociales et évolue grâce à son environnement (Vygotski, 1934/1997). Ainsi, la dimension sociale fait référence aux discussions de groupe entre les participants et celles-ci sont nécessaires à l'apprentissage (Jonnaert et Borght, 1999). La construction des connaissances se fait alors à partir des interactions sociales et nécessite des dialogues avec d'autres adolescentes enceintes et l'infirmière (Blumberg, 2009; Weimer, 2002). C'est en écoutant attentivement les récits des autres et en interagissant que les adolescentes seront en mesure d'apprendre au cours de leur grossesse.

La dimension **interactive** part du fait que pour construire des connaissances, les apprenants doivent être confrontés à certaines situations les faisant réfléchir et se questionner (Jonnaert et

Borghet, 1999). Lors des discussions, les apprenants comparent leurs idées et leurs opinions, parfois différentes, et c'est grâce à l'opposition, l'argumentaire et la négociation que l'individu peut apprendre (Vygotski, 1934/1997). C'est alors grâce au conflit sociocognitif qui remet en question les connaissances de l'adolescente qu'il sera possible pour elle de construire des connaissances sur les comportements prénataux de manière plus approfondie (Ménard et St-Pierre, 2014).

Le socioconstructivisme est alors une théorie qui met l'accent sur l'apprenant plutôt que sur l'enseignant, où le rôle de l'infirmière est de faciliter l'apprentissage en encourageant les adolescentes enceintes à être des apprenantes actives (Blumberg, 2009). C'est alors le rôle de l'infirmière de guider les discussions et de proposer des sujets, mais c'est plutôt aux apprenants de dialoguer sur les différents sujets proposés en fonction de leurs connaissances antérieures. Cette façon de faire a grandement influencé et guidé les modalités de l'intervention, car selon cette théorie, le processus d'apprentissage est la priorité, l'accent est alors sur la façon d'apprendre permettant une réelle compréhension plutôt que sur la quantité de contenu partagé. De plus, l'apprentissage doit être intentionnel de la part des adolescentes, c'est-à-dire, qu'elles doivent se fixer des objectifs personnels d'apprentissage pour favoriser leur engagement et leur intérêt à apprendre et par le fait même, réaliser l'impact de ces nouvelles connaissances sur leur grossesse (Jonassen, Howland, Marra et Crismond, 2008). Cette théorie qui a l'avantage d'être applicable à différents contextes est autant pertinente dans le cadre d'une intervention virtuelle. En effet, elle s'adapte bien à la modalité virtuelle, où il est possible de recréer à l'aide de différentes technologies de l'information, des activités collaboratives d'apprentissage (Parker et Martin, 2010).

Intégration des deux théories afin de soutenir l'intervention proposée

Les théories du socioconstructivisme et de l'*empowerment* sont cohérentes et semblables sur plusieurs aspects, elles encouragent notamment toutes les deux la discussion, le dialogue, la construction de connaissances et la réflexion. Le concept de participation peut être associé à la dimension sociale du socioconstructivisme, car les deux prônent une activité dans le cadre d'un groupe. Les concepts d'estime de soi et de connaissances et habiletés peuvent être associés à la

dimension constructiviste puisque la construction des connaissances est encouragée pour les deux théories. Finalement, le concept de conscience critique peut être associé à la dimension interactive puisque les deux prônent la réflexion et la remise en question.

Les théories sont aussi complémentaires. En effet, la théorie de l'*empowerment* établit les concepts clés de base à détenir pour parvenir à favoriser un sentiment de contrôle chez l'adolescente enceinte, alors que la théorie socioconstructiviste fournit les moyens pour y parvenir. De ce fait, les concepts clés de la théorie de l'*empowerment* (participation, estime de soi, connaissances et habiletés et conscience critique) sont des objectifs à atteindre alors que les dimensions (sociale, constructiviste et interactive) sont des outils pour favoriser le développement des concepts de l'*empowerment*. En effet, la construction des connaissances valorisée par la théorie du socioconstructivisme n'est pas suffisante pour motiver une adolescente à changer ses comportements prénataux, il faut qu'elle soit en mesure de participer aux décisions, qu'elle développe une estime d'elle-même et une conscience critique. Les dimensions du socioconstructivisme vont alors permettre le développement de ses concepts et par le fait même, le développement de l'*empowerment*.

Ainsi, en soutenant les capacités des adolescentes et en favorisant leur apprentissage selon les dimensions de la théorie du socioconstructivisme, il sera possible de favoriser le développement de l'*empowerment* chez celles-ci. Dans un contexte où l'adolescente effectue une transition vers la maternité, les changements et ajustements sont nombreux, une approche axée sur l'*empowerment* chez cette clientèle peut entraîner des retombées positives significatives, notamment une amélioration quant aux comportements prénataux (Garcia et Yim, 2017).

LE SOCIO CONSTRUCTIVISME

Jonnaert et Borght, 1999, p.230

Les dimensions du socioconstructivisme sont des moyens pour parvenir à développer les composantes de l'empowerment

LA DIMENSION SOCIALE

La construction des connaissances se fait à partir des interactions sociales et nécessite des dialogues.

LA DIMENSION INTERACTIVE

C'est par des situations entraînant l'opposition, l'argumentaire et la négociation que les participants arrivent à réfléchir, se questionner et construire des connaissances.

LA DIMENSION CONSTRUCTIVISTE

L'apprentissage est basé sur :

- un processus actif de construction des connaissances
- le résultat des efforts du participant
- le vécu et les besoins du participant

LA THÉORIE DE L'EMPOWERMENT

Ninacs, 2008, p.23



Adaptation et mise en commun des deux théories par Anouk Landry (2022)

Figure 1. – Mise en commun des dimensions de la théorie du socioconstructivisme (Jonnaert et Borght, 1999, p.230) et des composantes de la théorie de l'empowerment (Ninacs, 2008, p.23).

Modalités du stage

Cette section expose les éléments de la planification de l'intervention infirmière virtuelle d'empowerment de groupe réalisé dans le cadre de ce stage de maîtrise, tel que le milieu et la clientèle visée, le déroulement du stage au sein du centre hospitalier universitaire quaternaire ainsi que le recrutement et la rétention des participantes. La description de l'intervention et la mise en œuvre de l'intervention infirmière virtuelle d'empowerment de groupe sont également abordées. Finalement, l'appréciation des retombées à l'aide de questionnaires est détaillée.

Milieu et clientèle

L'intervention a été offerte à la clinique de grossesse à l'adolescence d'un centre hospitalier universitaire quaternaire de la région de Montréal, auprès d'adolescentes âgées de 14 à 19 ans. Le choix de cette tranche d'âge était justifié par le fait qu'il s'agissait principalement de la clientèle desservie par la clinique de grossesse à l'adolescence. Dans un premier temps, les adolescentes étaient recrutées entre la 11^e et la 20^e semaine de gestation. Toutefois, ce critère d'inclusion a dû être modifié au cours de la mise en œuvre de l'intervention en raison du nombre limité d'adolescentes admissibles à participer à l'intervention, car il s'est avéré que les adolescentes avaient tendance à consulter pour un suivi prénatal plus tardivement dans leur grossesse (Hueston, Geesey et Diaz, 2008). Par conséquent, l'intervalle de l'âge gestationnel a été élargi afin de permettre le recrutement d'adolescentes enceintes jusqu'à la fin du deuxième trimestre, soit jusqu'à la 26^e semaine de gestation, pour avoir un plus grand nombre d'adolescentes admissibles.

Lors du recrutement, 33 adolescentes étaient suivies à la clinique de grossesse à l'adolescence. Parmi celles-ci, dix adolescentes étaient admissibles. La moitié d'entre elles (n=5) ont accepté de participer à l'intervention. Finalement, trois adolescentes sur cinq ont participé à l'intervention, de ce nombre, l'une d'elles n'a pas pu se présenter à la première rencontre. Elle a toutefois récupéré les notions dans le cadre d'une rencontre individuelle. Donc, le taux de refus a été de 50% et l'attrition de 40%.

Déroulement du stage

Le projet clinique a obtenu une approbation éthique du centre hospitalier universitaire où s'est déroulé le stage. Les adolescentes admissibles ont été approchées par l'étudiante-stagiaire lors de leur suivi prénatal individuel avec l'infirmière de la clinique de grossesse à l'adolescence. Afin de faire le choix libre et éclairé de participer ou non à l'intervention, les adolescentes ont reçu toutes les informations importantes, soit les modalités de l'intervention, les semaines où auraient lieu les trois rencontres et les thèmes abordés lors de celles-ci. À ce moment, toutes leurs questions ont été répondues par l'étudiante-stagiaire. Les adolescentes qui ont accepté de participer à l'intervention ont alors été invitées à lire attentivement et à signer le consentement

(voir annexe C). Elles devaient également remplir un questionnaire sociodémographique et un questionnaire au sujet de leurs comportements prénataux (voir annexe D). À la fin de la troisième rencontre de l'intervention, un questionnaire d'appréciation a été rempli par les participantes (voir annexe E).

Recrutement et rétention

La participation des adolescentes était volontaire pour respecter les principes éthiques, mais aussi pour être en parfaite harmonie avec la théorie de l'*empowerment* qui met de l'avant la participation des personnes, dans ce cas-ci les adolescentes enceintes, aux décisions qui les concernent, soit de refuser ou d'accepter de participer à l'intervention (Ninacs, 2008). C'est pourquoi, par souci de favoriser leur autonomie, un consentement écrit leur a été demandé. Des stratégies ont été utilisées afin de favoriser le recrutement des participantes à l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, telles qu'une présentation des différents thèmes abordés lors des séances dès leur recrutement, puisque les adolescentes sont en général plus enclines à participer, si celles-ci savent à quoi s'attendre (Wise, 2015). De plus, pour les inciter à participer, un bon d'achat leur était offert à la fin de l'intervention en guise de remerciement pour leur participation.

Pour favoriser la rétention après que celles-ci aient accepté de participer, comme suggéré dans l'étude de Wise et Cantrell (2019), les adolescentes ont été contactées via différentes modalités, telles que par messagerie texte et courriel pour leur rappeler la date et l'heure de la première rencontre. Pour les inciter à se présenter la semaine suivante, un aperçu des thèmes qui seraient abordés lors de la prochaine rencontre était communiqué à la fin de chaque séance. Un horaire flexible pour toutes les rencontres a été offert aux étudiantes où elles pouvaient choisir le moment qui leur convenait le mieux selon leurs disponibilités.

Description de l'intervention infirmière

L'intervention développée dans le cadre de ce stage est inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998). Celle-ci a toutefois été modifiée afin d'être faisable et complémentaire aux interventions déjà effectuées au sein de la clinique de grossesse à l'adolescence, dans un contexte de pandémie de COVID-19.

En premier lieu, les sujets abordés lors des rencontres de groupe a été limité aux comportements prénataux auprès de la clientèle adolescente, car l'adoption de comportements à risque chez cette clientèle était observée par les professionnels œuvrant à la clinique de grossesse à l'adolescence et rapportée dans la recension des écrits. Les comportements de santé les plus à risque adoptés par la clientèle adolescente lors de la grossesse ont été abordés, soit l'alimentation non équilibrée, la consommation de tabac, alcool et drogues ainsi que les relations sexuelles non protégées lors de la grossesse. Les comportements prénataux à risque sont des sujets qui ont été priorisés, car ils sont reconnus pour être associés à certaines complications périnatales, tels que les mortinaissances, les naissances prématurées et les nouveau-nés de petit poids à la naissance (Payne et Anastas, 2015).

En second lieu, de nombreuses modifications ont été apportées au format de l'intervention infirmière d'*empowerment* de groupe. Le programme original *CenteringPregnancy* comprend habituellement 10 rencontres espacées de deux semaines. Les résultats d'entretiens avec des adolescentes enceintes dans l'étude de Wise (2015) montrent toutefois que les adolescentes enceintes préfèrent les programmes de plus courte durée, c'est-à-dire, de moins de sept rencontres. Afin d'être réalisable au sein du milieu clinique, de correspondre aux exigences académiques du stage de maîtrise et de maintenir l'intérêt des adolescentes enceintes, le nombre de sessions a été réduit à trois rencontres espacées d'une semaine. De cette façon, il était plus probable que les adolescentes participent à la totalité des rencontres. Ainsi, un nombre de trois rencontres portant chacune sur un comportement prénatal particulier a été établi. Les comportements à risque les plus identifiés chez les adolescentes enceintes lors de la recension des écrits étaient une alimentation non équilibrée, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi que les relations sexuelles non protégées.

En troisième lieu, les séances du programme *CenteringPregnancy* sont habituellement précédées d'une phase d'autosoins, qui constitue la composante d'évaluation prénatale. Puisqu'il s'agit d'une intervention complémentaire dans une clinique de grossesse à l'adolescence, cette phase d'autosoins composée du suivi physique (poids, pression artérielle, hauteur utérine, etc.) n'a pas été incluse dans l'intervention puisqu'elle était déjà réalisée par l'infirmière lors du suivi prénatal.

En dernier lieu, dans le cadre de la pandémie actuelle, il a été nécessaire de planifier l'intervention en virtuel. L'utilisation de technologies de l'information et de la communication permet de favoriser l'utilisation de stratégies pédagogiques dynamiques et stimulantes (Parker et Martin, 2010). La théorie du socioconstructivisme prône une pédagogie interactive, sociale et constructiviste, ce qui est en harmonie avec le déploiement d'une intervention offerte en virtuel, car elle met de l'avant la mise en place d'« environnements d'apprentissage informatisés dans lesquels les logiciels-outils, le réseau Internet et les outils collaboratifs occupent une place privilégiée » (Brahimi, Farley et Joubert, 2011, p. 18). Pour ce faire, un service de visioconférence a été utilisé et les participantes devaient avoir accès à un micro, une caméra et des écouteurs. Pour assister les adolescentes à l'utilisation de ce logiciel, un guide sur comment utiliser Zoom leur a été fourni, inspiré du guide du participant sur la conférence web avec Zoom du Centre de pédagogie de l'Université de Montréal, où elles ont pu, entre autres, avoir des instructions sur comment installer Zoom et rejoindre une réunion à partir de n'importe quel appareil électronique. De plus, pour assurer au maximum la confidentialité lors des rencontres virtuelles, plusieurs éléments ont été mis en place. La rencontre était protégée par un mot de passe qui était fourni seulement qu'aux participantes afin qu'elles seules puissent rejoindre la rencontre virtuelle. De plus, les participantes se retrouvaient dans une zone d'attente virtuelle jusqu'à ce que l'infirmière les admette à la rencontre, de façon à contrôler l'arrivée des participantes. Finalement, il a été demandé aux participantes de choisir un endroit où elles étaient seules pour la durée de la rencontre et de porter des écouteurs dans l'objectif de favoriser au maximum la confidentialité.

Mise en œuvre de l'intervention infirmière virtuelle de groupe

Cette intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* a été réalisée sous forme de discussions de groupe, totalisant trois rencontres. Chaque rencontre était d'une durée de 40 à 90 minutes et abordait les comportements prénataux les plus à risque adoptés par la clientèle adolescente, soit l'alimentation non équilibrée (première rencontre), la consommation de tabac, alcool et drogues (deuxième rencontre), ainsi que les relations sexuelles non protégées (troisième rencontre). Le contenu des rencontres (voir annexe F), en plus du support visuel (voir annexe G) diffusé lors des rencontres ont entièrement été développé par l'étudiante stagiaire. Le contenu

était adapté aux adolescentes participantes à partir d'un questionnaire complété au préalable par les adolescentes sur leurs comportements prénataux. Il était néanmoins possible de satisfaire leurs besoins spécifiques et de répondre à leurs questions au cours des rencontres de groupe, de façon à offrir une intervention prénatale d'autant plus personnalisée aux adolescentes. En effet, tout au long des rencontres, les participantes ont été invitées à prendre parole sur les divers sujets et alimenter la discussion par leurs préoccupations et leurs questionnements du moment.

Concrètement, pour favoriser la construction active des connaissances primée par la théorie socioconstructiviste, l'étudiante-stagiaire a agi en tant que facilitatrice de l'apprentissage en utilisant différents éléments pédagogiques. En ce sens, la discussion a été une stratégie pédagogique qui a été omniprésente dans le cadre de ces rencontres prénatales, pour permettre aux adolescentes de construire des connaissances sur divers sujets (Brahimi, Farley et Joubert, 2011; Alipour, 2018). Ce dialogue peut être réalisé oralement, mais peut également être fait grâce à l'usage de différents médias, tels que l'utilisation de support visuel et des diapositives de style PowerPoint (voir annexe G), ainsi que par l'usage du dessin à l'aide du service de visioconférence Zoom afin d'illustrer les proportions de leur dernier repas et des vidéos explicatifs sur les moyens de protection contre les ITSS et les conséquences de la fumée secondaire sur la femme enceinte et son fœtus. La stratégie pédagogique d'étude de cas a été abordée lorsqu'il a été question de mises en situation sur la façon de réagir à l'influence des pairs (Alipour, 2018). Les jeux éducatifs ont fait également partie intégrante de l'intervention, notamment avec un jeu-questionnaire sur les mythes et réalités entourant la fumée secondaire, un tic-tac-toe sur les ITSS et un jeu de métaphore pour imager le condom (Brahimi, Farley et Joubert, 2011). En effet, Brahimi, Farley et Joubert (2011) soulignent que « la compétition suscitée alors chez les joueurs les stimule et rend plus agréables les activités d'apprentissage » (p.53). Il y a également eu le partage d'une recette santé et l'invitation à cuisiner à la maison, dans l'objectif de favoriser les habiletés des adolescentes à cuisiner sainement. Et puis, il y a eu la visite d'une experte, soit une nutritionniste qui visait à promouvoir les services de la Fondation Ouf-Lait-Orange [OLO] qui a, entre autres, comme objectif d'aider les mamans à faible revenu à adopter de saines habitudes alimentaires. L'étudiante-stagiaire avait également comme visée d'aller au-delà de la démonstration ou de l'enseignement magistral, pour que les adolescentes donnent un sens aux

informations qui ont été partagées et cela a été fait par l'interaction et la réflexion stimulées. Finalement, l'étudiante-stagiaire avait pour rôle de mettre en relief les forces des adolescentes enceintes tout au long des discussions. Ce renforcement positif et l'apport des adolescentes au groupe avaient pour but de favoriser une meilleure estime de soi (Ninacs, 2008).

Appréciation des retombées de l'intervention

Lors du recrutement, les participantes étaient invitées à remplir en personne un questionnaire sociodémographique (voir annexe D), où des informations à propos d'elles, de leur grossesse et de leur environnement ont été recueillies. Elles ont également rempli un questionnaire sur leurs comportements prénataux, afin d'orienter les sujets de discussion lors des séances de groupe et de mettre l'emphase sur les comportements les plus problématiques (voir annexe D).

À la suite des trois rencontres de groupe, les adolescentes ont évalué les retombées de l'intervention à l'aide d'un questionnaire en ligne, qui a été réalisé avec le logiciel *LimeSurvey* pour permettre aux adolescentes de le compléter en ligne. Ce questionnaire à échelle de Likert à cinq niveaux comportant 16 questions (voir annexe D) a été développé par l'étudiante-stagiaire et révisé par la directrice Marjolaine Héon et la codirectrice Marilyn Aita de ce stage. Le contenu a été inspiré de la recension des écrits et du cadre de référence; la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et ses composantes, la théorie du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997) et les apprentissages sur les trois comportements prénataux. Le questionnaire abordait également les comportements prénataux, pour déterminer si cela permettait de les sensibiliser et de favoriser des changements prénataux chez les adolescentes. Pour conclure, des questions sur leur satisfaction à l'intervention étaient incluses.

Retombées de l'intervention

Cette section présente les retombées de l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe sous forme d'un article intitulé : « Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains ». Cet article sera soumis à la revue *L'infirmière clinicienne* qui fait état de l'avancement des connaissances en sciences infirmières sur divers sujets en lien avec la santé et les soins infirmiers. Cet article, qui présente la problématique, la méthode, les retombées et des éléments de discussion, est rédigé selon les directives de la revue (annexe H). Les auteures de cet article sont Anouk Landry (inf., BSc), Marjolaine Héon (inf., PhD), Marilyn Aita (inf., PhD), Cynthia Garcia Becerra (inf., MSc) et Dorice Ouellet (inf., BSc).

Intervention infirmière virtuelle de groupe visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains

Anouk Landry, inf, B.Sc (auteure de correspondance*)

Infirmière clinicienne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

*Auteure de correspondance :

anouk.landry.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Marjolaine Héon, inf., PhD

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse régulière au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec

Marilyn Aita, inf., PhD

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse régulière au centre de recherche du centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Chercheuse régulière au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec

Cynthia Garcia Becerra, inf., MSc

Cadre-conseil en sciences infirmières pour les plateaux d'hospitalisation de médecine foeto-maternelle anté et péri-partum et Mère-enfant, Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Dorice Ouellet, inf., BSc

Infirmière clinicienne responsable de la clinique de grossesse à l'adolescence, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Financement Aucun.

Remerciements Nous tenons à remercier les adolescentes qui ont participé à l'intervention infirmière virtuelle de groupe ainsi que Christine Genest pour ses commentaires constructifs qui ont permis la bonification du manuscrit. Un remerciement également à l'Association étudiante en sciences infirmières ainsi qu'à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine pour le soutien financier reçu à l'auteure principale pendant ses études à la maîtrise en sciences infirmières.

Résumé

L'adolescence est une période de développement cognitif, socioémotionnel, psychologique et physique marquée par de nombreux changements (Tessier et Comeau, 2017). Cette transition développementale vers l'âge adulte rend les adolescentes plus vulnérables à adopter des comportements à risque (Daley, Sadler et Dawn Reynolds, 2013), et ce, même lors de la grossesse, tels qu'une alimentation non équilibrée, une consommation d'alcool, de tabac et de drogues et des relations sexuelles non protégées (McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014). Ces comportements à risque peuvent entraîner d'importantes répercussions sur leur santé maternelle et fœtale, ainsi que sur le déroulement de l'accouchement (Fleming, Tu et Black, 2012).

Le but de cette intervention infirmière virtuelle de groupe, inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998), était de favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains lors de la période prénatale. Basée sur les théories de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997), cette intervention visait à soutenir le développement de la capacité d'agir des adolescentes et la construction des connaissances à partir de leurs expériences et des échanges au sein d'un groupe.

Cette intervention était composée de trois rencontres de groupe qui abordaient les comportements prénataux à risque et elle était offerte à des adolescentes enceintes âgées de 14 à 19 ans ayant un suivi prénatal dans un centre hospitalier universitaire quaternaire. Les retombées montrent que l'intervention semble avoir favorisé l'*empowerment* des adolescentes ainsi que l'acquisition de connaissances sur les comportements prénataux. Les adolescentes ont généralement apprécié l'intervention qui était offerte de manière virtuelle.

Abstract

Adolescence is a period of psychological, cognitive, socio-emotional and physical development marked by many changes (Tessier and Comeau, 2017). This developmental transition to adulthood makes adolescent girls more vulnerable to engaging in risky behaviors (Daley, Sadler & Dawn Reynolds, 2013), even during pregnancy, such as an unbalanced diet, consumption of alcohol, tobacco and drugs and unprotected sex (McCarthy, O'Brien and Kenny, 2014). These risky behaviors can have significant repercussions on their maternal and fetal health, as well as on the course of childbirth (Fleming, Tu, & Black, 2012).

The goal of this virtual group nursing intervention, inspired by the CenteringPregnancy program (Rising, 1998), was to promote the empowerment of pregnant adolescents to adopt healthy behaviors during the prenatal period. Based on the theories of empowerment (Ninacs, 2008) and socioconstructivism (Vygotski, 1934/1997), this intervention aimed to support the development of adolescent girls' ability to act, and the construction of knowledge based on their experiences and discussions within a group.

This intervention consisted of three group meetings that addressed risky prenatal behaviors and was offered to pregnant adolescents aged 14 to 19 having prenatal follow-up in a quaternary university health center. The results show that the intervention seems to have favored the empowerment of adolescents as well as the acquisition of knowledge on prenatal behavior. Teenage girls generally appreciated the intervention, which was offered virtually.

Introduction

Une grossesse à l'adolescence implique une transition vers l'âge adulte et une parentalité précoce, ce qui entraîne des défis particuliers (Defer et al., 2019). Les adolescentes vivent de nombreux changements cognitifs et neurobiologiques qui influencent leur façon de penser et de prendre des décisions, les rendant plus vulnérables au stress et à l'adoption de comportements à risque, notamment lors de la période prénatale (Daley, Sadler et Dawn Reynolds, 2013). Comparativement à leurs homologues adultes, les adolescentes sont plus enclines à avoir une alimentation moins équilibrée, à consommer davantage d'alcool, de tabac et de drogues, et à avoir des relations sexuelles non protégées, et ce, même lors de la grossesse (Fleming et al., 2013, 2015; McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014; Payne et Anastas, 2015). Les comportements prénataux à risque sont associés à plusieurs conséquences chez la clientèle adolescente, telles qu'un développement fœtal sous optimal et la naissance d'un enfant de petit poids (Payne et Anastas, 2015).

Une prise en charge prénatale adaptée à la clientèle adolescente est donc essentielle afin de promouvoir des comportements sains, tels qu'une alimentation équilibrée, un environnement sans tabac, ni drogue, ni alcool, ainsi que des comportements sexuels responsables lors de la période prénatale (OIIQ, 2015). Le programme hospitalier *CenteringPregnancy* propose des soins prénataux conçus pour favoriser les apprentissages des adolescentes, leur adoption de comportements sains, leur *empowerment* ainsi que le développement d'un réseau de soutien (Abdallah et al., 2019). Ce programme repose aussi sur une approche éducative favorisant l'acquisition des connaissances chez des adolescentes enceintes par le biais de discussions interactives en groupe (Adams et Picardo, 2018). Une intervention de groupe permet aux adolescentes de créer des relations de confiance entre elles et avec l'infirmière, offrant l'opportunité de faire la promotion de comportements sains et d'éduquer pour la santé lors d'une période déterminante, soit lors de la grossesse (Thielen, 2012). Plusieurs effets bénéfiques de ce programme ont été rapportés auprès des adolescentes enceintes dont la cessation tabagique (Zielinski, Stork, Deibel, Kothari et Searing, 2014), un gain de poids adéquat lors de la grossesse (Trotman et al., 2015) et l'utilisation de moyens de prévention des infections transmises

sexuellement et par le sang [ITSS], diminuant par le fait même la contraction d'ITSS lors de la grossesse (Ickovics et al., 2016). Des résultats d'autres études montrent également que ce programme améliore certaines issues néonatales, telles qu'une diminution du taux de naissances prématurées (Picklesimer, Billings, Hale, Blackhurst et Covington-Kolb, 2012), de nouveau-nés de petits poids, ainsi que du nombre de nouveau-nés hospitalisés dans une unité des soins intensifs néonataux (Ickovics et al., 2016).

Ainsi, dans le cadre de ce projet clinique, une intervention infirmière virtuelle de groupe – inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998), et des théories de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997) – a été développée et mise à l'essai auprès d'adolescentes enceintes. Cet ancrage théorique spécifique a été essentiel pour orienter l'intention de l'intervention afin de répondre à une problématique identifiée, interpréter les retombées et fournir des recommandations selon la vision d'assises théoriques (Green et Thorogood, 2018). Le but de ce projet clinique était de développer, de mettre à l'essai et d'apprécier les retombées de l'intervention infirmière virtuelle de groupe sur l'*empowerment* et l'adoption de comportements sains, de même que la satisfaction d'adolescentes enceintes.

Méthode

Milieu, échantillon et recrutement

L'intervention s'est déroulée à la clinique de grossesse à l'adolescence d'un centre hospitalier universitaire quaternaire de la région de Montréal. Cette clinique offre des soins uniquement à la clientèle adolescente comprenant des consultations afin de discuter des choix possibles quant à la grossesse (avortement, adoption ou devenir parent) ainsi que d'un suivi prénatal et post-partum individualisé. Selon les plus récentes statistiques, plus de 400 visites prénatales auprès des adolescentes enceintes sont réalisées par l'équipe soignante par année (infirmière clinicienne, obstétriciens gynécologues et travailleuse sociale).

La clientèle visée lors de cette intervention était des adolescentes âgées de 14 à 19 ans ayant un suivi prénatal à cette clinique. Afin d'être éligibles, elles devaient être entre la 11^e et la

26^e semaine de gestation et devaient parler, lire et écrire en français. Aussi, les adolescentes devaient avoir accès à un appareil électronique équipé d'une caméra et d'un micro ainsi qu'à un réseau Internet. Le recrutement des participantes s'est déroulé sur une période de trois semaines, soit du 11 mars au 1^{er} avril 2021. Les adolescentes éligibles ont été approchées par l'infirmière (auteure principale) lors de leur suivi prénatal individuel à la clinique de grossesse à l'adolescence. À l'accueil de leur rendez-vous prénatal, celles-ci ont reçu une lettre d'invitation à participer à l'intervention qu'elles étaient invitées à lire dans la salle d'attente. L'infirmière responsable de la clinique de grossesse à l'adolescence établissait ensuite le premier contact pour faire la promotion du projet, puis, si les adolescentes étaient d'accord, l'infirmière leur expliquait l'intervention infirmière virtuelle de groupe. Afin que les adolescentes éligibles puissent faire un choix libre et éclairé, l'infirmière les informait des modalités de l'intervention, soit des moments où auraient lieu les trois rencontres et des thèmes qui seraient abordés lors de ces rencontres. Toutes les questions étaient répondues par l'infirmière et les adolescentes enceintes qui acceptaient de participer étaient invitées à remplir le formulaire de consentement et à le signer.

Dix adolescentes étaient éligibles et ont été invitées à participer à l'intervention infirmière virtuelle de groupe. De ce nombre, cinq adolescentes ont refusé de participer pour les raisons suivantes : elles n'avaient pas l'impression qu'elles avaient besoin de cette ressource, elles n'étaient pas à l'aise de participer à une intervention en groupe ou bien elles avaient d'autres responsabilités, telles qu'un autre enfant à la maison. Les cinq autres adolescentes ont accepté de participer à l'intervention et, après avoir signé le consentement, elles ont complété le questionnaire sociodémographique ainsi que celui sur les comportements prénataux. À la fin de la période de recrutement de trois semaines, un appel téléphonique a été fait aux participantes afin de leur rappeler le moment de la première rencontre de groupe. Lors de ce rappel, une adolescente s'est désistée, en mentionnant qu'elle avait un emploi du temps trop chargé pour participer. Une autre adolescente n'était pas joignable malgré plusieurs tentatives via différentes modalités de communication (appel, messagerie texte et courriel). Ainsi, trois adolescentes ont participé à l'intervention. De ces trois participantes, l'une d'entre elles n'a pas participé à la première rencontre puisqu'elle n'a pas été rejointe à ce moment. Elle a toutefois été rencontrée

individuellement et virtuellement pour lui offrir le contenu de cette première rencontre. Donc, le taux de refus a été de 50% et l'attrition de 40%.

Intervention infirmière virtuelle de groupe

L'intervention infirmière virtuelle de groupe était guidée par deux théories, soit la théorie de l'*empowerment* de Ninacs (2008) et la théorie du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997; voir Figure 1). En premier lieu, l'intervention visait à favoriser le sentiment d'*empowerment* des adolescentes enceintes, c'est-à-dire, un sentiment de contrôle, d'accomplissement et d'autonomie en fonction de leurs propres décisions (Ninacs, 2008). Pour y parvenir, quatre composantes étaient nécessaires à développer, soit la participation, la conscience critique, la compétence et l'estime de soi. Considérant que le développement de l'*empowerment* est un processus évolutif, l'adolescente doit d'abord s'engager dans une activité de nature collective (participation) pour acquérir des connaissances et des habiletés (compétence). De ce fait, l'apprenante se sent valorisée et se perçoit davantage compétente (estime de soi), ce qui lui permet de se remettre en question et de réfléchir sur sa situation (conscience critique; Ninacs, 2008). Ainsi, l'intervention infirmière a été orientée par ces quatre composantes afin de favoriser l'adoption de comportements sains pour la santé des adolescentes et celle de leur fœtus. Basée sur la théorie du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997), l'intervention infirmière virtuelle de groupe a mis de l'avant une pédagogie interactive, sociale et constructiviste, dans le but de déployer et renforcer les composantes de la théorie de l'*empowerment*. Plus précisément, une approche favorisant la socialisation entre les participantes, la création d'une collaboration et l'engagement dans le processus d'apprentissage face à leur grossesse a été privilégiée. Cette seconde théorie a été retenue pour guider l'intervention infirmière virtuelle de groupe par sa démarche pédagogique, car elle permet la mise en place d'un environnement collectif d'apprentissage qui vise le développement de l'*empowerment* des adolescentes enceintes. Ainsi, dans un contexte où l'adolescente effectue une transition vers la maternité, les changements et les ajustements sont nombreux, une approche axée sur l'*empowerment* chez cette clientèle peut entraîner des retombées positives significatives, notamment une amélioration quant aux comportements prénataux (Garcia et Yim, 2017).

De plus, dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19, l'intervention a été offerte en virtuel, à l'aide du service de visioconférence Zoom. L'approche socioconstructiviste prône l'utilisation de technologies de l'information et de la communication, afin de favoriser l'utilisation de stratégies pédagogiques dynamiques et stimulantes (Jonnaert et Borght, 1999). Ainsi, l'intervention infirmière effectuée en virtuel était en harmonie avec cette théorie, qui met de l'avant la mise en place d'« environnements d'apprentissage informatisés dans lesquels les logiciels-outils, le réseau Internet et les outils collaboratifs occupent une place privilégiée » (Brahimi, Farley et Joubert, 2011, p. 18).

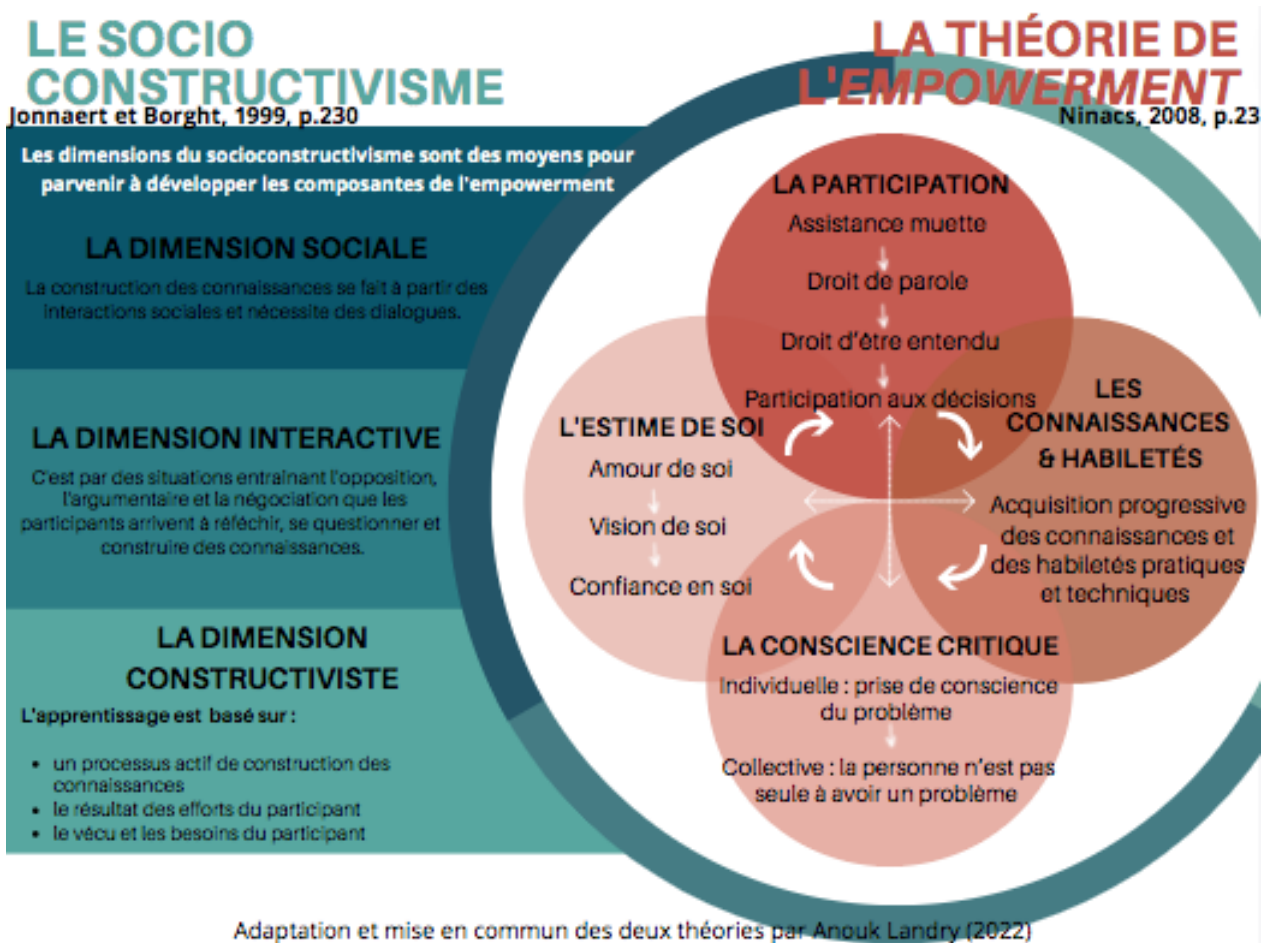


Figure 1. Mise en commun des dimensions de la théorie du socioconstructivisme (Jonnaert et Borght, 1999, p.230) et des composantes de la théorie de l'empowerment (Ninacs, 2008, p.23).

L'intervention infirmière virtuelle de groupe a été inspirée du programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998). Ce programme offre de base 10 séances de groupe lors de la grossesse où les participantes se rencontrent pour discuter sur différents sujets en lien avec la grossesse (Adams et Picardo, 2018). Les sujets discutés sont diversifiés et abordés en fonction des trimestres de la grossesse. L'intervention offerte dans le cadre de ce projet clinique était plus succincte et abordait essentiellement les comportements les plus à risque adoptés par la clientèle adolescente enceinte tels que recensés dans les écrits (Fleming et al., 2013, 2015; McCarthy, O'Brien et Kenny, 2014) et corroborés par le personnel soignant de la clinique de grossesse à l'adolescence. Ces comportements étaient l'alimentation non équilibrée, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi que les relations sexuelles non protégées.

L'intervention infirmière virtuelle de groupe était composée de trois rencontres de groupe d'une durée de 40 à 90 minutes, afin de favoriser la participation des adolescentes et de maintenir leur intérêt. En effet, selon les résultats d'une étude qualitative antérieure (Wise, 2015), les adolescentes préféreraient les programmes de courte durée, c'est-à-dire, de moins de sept rencontres. Un des trois comportements prénataux à risque a été abordé lors de chacune des trois rencontres virtuelles. Le contenu des rencontres a été adapté afin de satisfaire aux besoins spécifiques des adolescentes, en ajustant le contenu selon leurs réponses à un questionnaire sur leurs comportements prénataux rempli au moment du recrutement. Il a également été possible de répondre à leurs questions au cours des rencontres de groupe, de façon à leur offrir une intervention prénatale personnalisée. Tout au long des rencontres, les participantes avaient la chance de prendre parole sur les divers sujets et alimenter la discussion par leurs préoccupations et leurs questionnements.

Rencontre sur l'alimentation prénatale. La première rencontre a permis de faire connaissance et d'expliquer aux participantes le fonctionnement des rencontres virtuelles. Le but de cette rencontre était de favoriser la construction des connaissances face à l'alimentation prénatale, de renforcer leurs bonnes habitudes alimentaires et de leur offrir des outils pour adopter une alimentation équilibrée. En ce sens, en partenariat avec l'infirmière (auteure principale), une nutritionniste est venue présenter la Fondation Œuf-Lait-Orange [OLO] aux adolescentes, notamment les démarches pour y avoir accès, les ressources offertes ainsi qu'un

survol du blogue de la Fondation contenant diverses recettes et outils. L'infirmière a ensuite guidé une discussion de groupe sur les besoins nutritionnels spécifiques aux adolescentes enceintes, les concepts clés pour manger sainement, les catégories d'aliments qui devraient composer leur assiette, le partage de recettes, le budget ainsi que les aliments à éviter lors de la grossesse. Les sujets abordés lors de la rencontre ont été personnalisés aux réponses des participantes au questionnaire sur leurs comportements prénataux.

Rencontre sur la consommation prénatale. La deuxième rencontre portait sur la consommation d'alcool, de drogues et de tabac lors de la période prénatale. Les participantes avaient initialement répondu dans le questionnaire qu'elles ne consommaient pas d'alcool, de drogues ou de tabac pendant leur grossesse, alors la discussion entourant ces sujets a été plus brève. L'emphase a été davantage mise sur la sensibilisation à l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse puisque 80% d'entre elles avaient mentionné être dans un environnement fumeur.

Rencontre sur les relations sexuelles. Cette dernière rencontre a abordé différents sujets en lien avec les relations sexuelles, notamment les changements lors de la période prénatale, les conséquences possibles des ITSS, les moyens de protection contre les ITSS et de contraception ainsi que les grossesses répétées. Le but était de sensibiliser les adolescentes à l'usage de moyens de protection des ITSS lors de la grossesse, mais aussi de la contraception après l'accouchement afin d'éviter une grossesse subséquente non désirée. À la fin de cette troisième rencontre virtuelle, une discussion avec les adolescentes a eu lieu pour qu'elles expriment leurs perceptions et leur appréciation de l'intervention.

Questionnaires

Trois questionnaires ont été développés par l'auteure principale et les co-auteurs dans le cadre de ce projet clinique. Le premier visait à collecter les données sociodémographiques des adolescentes soit leur âge, leur niveau de scolarité, leur situation familiale, leur statut socio-économique, le nombre de semaines de grossesse, le nombre de grossesses vécues et si la grossesse actuelle était planifiée. Le second questionnaire développé comprenait 19 questions

sur les comportements prénataux des adolescentes : 7 questions fermées, 3 questions ouvertes et 9 questions avec une à échelle de Likert à cinq niveaux. Ce questionnaire avait pour objectif d'évaluer les comportements prénataux des participantes en lien avec l'alimentation, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et la sexualité afin d'adapter et de personnaliser les rencontres prénatales à leur réalité. Ces deux questionnaires ont été remplis par les adolescentes au moment de leur recrutement.

À la suite des trois rencontres de groupe, les adolescentes ont été invitées à faire part de leur appréciation des retombées de l'intervention par le biais d'un questionnaire en ligne à échelle de Likert à cinq niveaux comportant 16 questions. Le contenu reflète entre autres les composantes de la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008) ainsi que la théorie du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997). Le questionnaire comportait alors des questions sur l'*empowerment* (sept questions), il abordait également les comportements de santé lors de la grossesse, pour explorer si l'intervention avait permis de sensibiliser les adolescentes enceintes et de favoriser des changements (deux questions). Pour conclure, des questions sur leur satisfaction de l'intervention (trois questions) et sur leur appréciation générale de l'intervention (quatre questions) ont également été incluses.

Retombées de l'intervention

Cinq adolescentes ont rempli le questionnaire sociodémographique; parmi celles-ci, l'une était âgée de 16 ans et les quatre autres de 17 ans. En ce qui a trait à la grossesse, elles étaient toutes primipares et au moment de l'intervention, elles avaient en moyenne 22 semaines de gestation, variant de 19 à 25 semaines et seulement l'une d'entre elles avait planifié cette grossesse. Elles étaient toutes étudiantes, soit au secondaire ou au collégial. Les adolescentes ont précisé que leur mère, leur copain ou leurs amies étaient d'importantes sources de soutien pour elles. Les participantes habitaient dans des foyers variés, c'est-à-dire, en centre jeunesse, en foyer de groupe ou bien avec leur entourage et ont rapporté différentes sources de revenus (voir Tableau 1).

Tableau 1. – Données sociodémographiques des adolescentes qui ont accepté de participer à l'intervention (n=5)

Participant	1	2	3	4	5
	Les adolescentes ayant participé à l'intervention			Les adolescentes s'étant désistées	
Âge (ans)	17	17	17	16	17
Nombre de semaines de gestation	22	25	25	20	19
Niveau de scolarité	Secondaire 4-5	1 ^{re} année de cégep	Secondaire 3	Secondaire 3	École aux adultes
Soutien Foyer	Mère, copain Centre jeunesse	Mère, fiancé Fiancé	Copain Foyer de groupe	Amies Père	Mère Mère, frère et grands-parents
Source de revenus	Tâches payantes au centre	Bourse scolaire	Économie	Aucune	Soutien des parents

Dans le questionnaire sur les comportements prénataux, les cinq adolescentes ont mentionné boire principalement de l'eau et manger d'une à trois portions de fruits et de légumes par jour. Une seule a précisé ne pas prendre de multivitamines prénatales tous les jours, celle-ci a participé à l'intervention. Les trois adolescentes ayant participées à l'intervention ont spécifié consommer rarement ou jamais de la restauration rapide, comparativement aux deux adolescentes n'ayant pas participées à l'intervention, qui en consommaient une fois par semaine. En ce qui concerne la préparation des repas, les réponses étaient très variées, passant de rarement à régulièrement. Les cinq adolescentes ont mentionné ne pas consommer d'alcool, ni de tabac. Cependant, l'une d'elles consommait de la marijuana tous les jours, celle-ci n'a pas participé à l'intervention. De plus, quatre d'entre elles étaient en contact avec un entourage

fumeur. Enfin, quatre adolescentes étaient actives sexuellement, mais aucune n'utilisait de moyens pour prévenir les ITSS lors de leurs relations sexuelles.

Empowerment

Dans le questionnaire d'appréciation de l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, les trois participantes ont répondu que l'intervention avait favorisé leur engagement et leur sentiment de contrôle face à leur grossesse. Les participantes ont rapporté en général que l'intervention avait favorisé leur participation, leur conscience critique, leur estime d'elle-même ainsi que leurs compétences, des composantes au développement de l'*empowerment* (Ninacs, 2008). En effet, les participantes ont particulièrement rapporté que l'intervention avait favorisé leur participation aux discussions de groupe. Deux d'entre elles ont rapporté que l'intervention leur avait permis de faire des rencontres avec d'autres adolescentes enceintes vivant une situation semblable à la leur, toutefois l'une des participantes était neutre à ce propos. Les participantes étaient toutes d'accord que ces rencontres avaient incité une certaine réflexion sur leurs propres comportements prénataux. Aussi, elles étaient d'accord ou totalement d'accord avec le fait que l'intervention leur avait fait prendre conscience qu'elles étaient outillées si nécessaire, à adopter des changements de comportements prénataux pour le bien-être de leur nouveau-né. Les participantes étaient toutes d'accord que l'intervention leur avait permis d'acquérir des connaissances sur les comportements prénataux; elles ont toutefois mentionné que certaines notions étaient déjà acquises, notamment au regard de la consommation de substances lors de la grossesse.

Changements de comportements en période prénatale

La majorité des participantes étaient neutres quant aux changements de comportements prénataux à la suite des trois rencontres; elles ont mentionné qu'elles considéraient que leurs comportements pendant la grossesse étaient sains avant même de participer à l'intervention infirmière virtuelle de groupe, ce qui est effectivement corroboré avec le questionnaire complété sur leurs comportements prénataux. Elles ont toutefois noté quelques éléments à améliorer face à leurs comportements au cours des rencontres. Une des adolescentes a mentionné que l'intervention l'avait encouragée à bien manger trois repas équilibrés par jour, à prendre soin

d'elle-même et à prendre ses multivitamines prénatales de façon quotidienne. Une autre a mentionné mettre certains aliments de côté pendant la grossesse tels que des aliments crus afin d'éviter les intoxications alimentaires qui pourraient nuire à la santé de son bébé.

Satisfaction au regard de l'intervention

Les participantes étaient généralement satisfaites de l'intervention, notamment en ce qui a trait à l'adaptation générale des rencontres aux besoins spécifiques de cette clientèle adolescente. Le questionnaire sur leurs comportements prénataux a probablement favorisé cette appréciation, car le contenu des rencontres a été modulé en fonction des informations données par les adolescentes dans le questionnaire des comportements prénataux en lien avec leur alimentation, leur consommation d'alcool, de drogues et de tabac et leurs relations sexuelles lors de la grossesse. Elles étaient également satisfaites du nombre de rencontres et de la durée des rencontres qui ont varié entre 40 et 90 minutes. Les trois participantes ont également mentionné que l'intervention offerte en virtuel était un atout puisque cela avait rendu les rencontres plus accessibles en évitant les déplacements. Il importe de noter que malgré qu'un rappel ait été fait aux adolescentes 24 heures avant la rencontre, il a fallu que l'infirmière (auteure principale) appelle l'une ou l'autre des participantes absentes au début de la rencontre, pour lui rappeler le début de la rencontre. Néanmoins, ces rappels ont été suffisants pour que celles-ci se connectent en ligne et soient au rendez-vous.

Elles ont rapporté avoir apprécié le contenu des rencontres, notamment la rencontre sur la sexualité. Toutefois, certaines d'entre elles ont mentionné que la rencontre qui portait sur la consommation de substances lors de la grossesse les avait moins interpellées. Certaines d'entre elles ont fait des propositions, dont de discuter de sujets relatifs à la préparation à l'accouchement et à la santé mentale lors de la grossesse. Finalement, ce qu'elles ont le plus apprécié dans le cadre de cette intervention sont le non-jugement et l'interaction lors des rencontres.

Discussion

L'intervention infirmière virtuelle de groupe visait à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains. L'intervention semble avoir contribué au développement d'un sentiment d'*empowerment* chez les adolescentes, notamment en favorisant leur participation, leur conscience critique, leur estime de soi et leurs compétences. En effet, les retombées de l'intervention montrent que l'intervention semble avoir favorisé l'acquisition de connaissances sur l'alimentation saine et équilibrée, les effets de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac et sur l'utilisation de moyen de protection contre les ITSS lors des relations sexuelles lors de la grossesse. Néanmoins, l'intervention ne semble pas avoir entraîné de changements de comportements prénataux. De façon générale, les adolescentes ont répondu être satisfaites de l'intervention offerte, mais auraient apprécié que des thèmes supplémentaires soient abordés, tels que la santé mentale lors de la grossesse et la préparation à l'accouchement.

À la lumière des résultats du questionnaire d'appréciation, l'intervention semble avoir favorisé une forme de contrôle et d'engagement aux adolescentes face à leur grossesse, des éléments essentiels à l'*empowerment*. En ce qui a trait à la participation des adolescentes à une intervention infirmière virtuelle de groupe, elles ont toutes mentionné qu'elles considéraient que l'intervention avait favorisé leur participation aux discussions. L'intervention offerte sous forme de groupe les a encouragées à participer activement aux échanges et à s'exprimer. Bien qu'elles étaient gênées au départ, en encourageant leur participation, elles ont rapidement pris de l'aisance. Par la suite, elles avaient des réponses spontanées et plus détaillées, malgré le fait que les sujets pouvaient être plus délicats à aborder, comme la consommation de drogues et d'alcool lors de la grossesse et la sexualité. Cette aisance, acquise au fil des rencontres, est peut-être une manifestation de leur *empowerment*, développé grâce à l'effet de groupe. Néanmoins, une des participantes était neutre face au fait de rencontrer d'autres adolescentes enceintes vivant une situation semblable. Ce résultat peut être expliqué par le très petit nombre de participantes qui ont participé à l'intervention, limitant ainsi les rencontres avec d'autres adolescentes. À la suite des trois rencontres, une rétroaction verbale a été obtenue auprès des participantes, celles-ci ont évoqué avoir apprécié l'intervention sous forme d'activité collective, elles ont même précisé

qu'elles préféraient les interventions de groupe aux interventions individuelles. Les rencontres prénatales en groupe sont parfaitement adaptées aux adolescentes enceintes puisqu'elles ont souvent un réseau social faible et il s'agit d'une belle opportunité pour faire la rencontre avec d'autres adolescentes enceintes et briser l'isolement social (Trotman et al., 2015). Les résultats de l'étude de Byerley et Haas (2017) soutiennent également que les rencontres prénatales de groupe augmentent le taux de satisfaction des adolescentes enceintes face à leur suivi prénatal comparativement à un suivi prénatal standard, c'est-à-dire, individuel. La rétroaction informelle des participantes laisse sous-entendre qu'une intervention de groupe mettant de l'avant la composante sociale comme dans la théorie du socioconstructivisme semble favorable pour la clientèle adolescente.

Ensuite, toutes les adolescentes étaient totalement d'accord ou d'accord que l'intervention avait favorisé leur réflexion sur leurs propres comportements prénataux. La grossesse est une période de grands changements, où en général, les femmes enceintes sont plus enclines à faire des changements dans leurs comportements, cependant, la clientèle adolescente est portée à être moins bien préparée à vivre une grossesse et des situations sociales plus complexes (Klima, 2003). Ainsi, il est intéressant de constater que cette intervention a permis, selon les adolescentes, d'engendrer une réflexion sur leurs comportements prénataux. La consultation des écrits sur la grossesse à l'adolescence a permis de considérer les besoins particuliers de développement et de socialisation des adolescentes dans l'intervention. De ce fait, l'intervention était conçue pour favoriser la réflexion sur les comportements prénataux spécifiques chez cette clientèle. De plus, la dimension interactive de la théorie du socioconstructivisme vise à créer des conflits sociocognitifs, c'est-à-dire, à motiver des discussions entre les adolescentes où elles pouvaient être en désaccord, manifester leur opposition et argumenter en ce sens (Jonnaert et Borght, 1999). Les participantes ont exprimé différents points de vue tout au long des rencontres, de cette façon, elles se sont remises en question et cela a nécessairement favorisé leur réflexion.

Les adolescentes ayant participé à l'intervention ont mentionné que leur estime de soi avait été favorisée dans le cadre de cette intervention, car l'intervention leur avait fait comprendre qu'elles étaient outillées, si nécessaire, à effectuer des changements de

comportement lors de leur grossesse. Cette retombée est importante, car il est connu que les adolescentes ont tendance à avoir une mauvaise estime d'elles-mêmes et des ressources plus limitées (Mihelic et al., 2016). Une intervention offerte sous forme de groupe a le potentiel de forger l'estime de soi des adolescentes participantes (Feldman, 2012).

Finalement, les adolescentes ont mentionné avoir coconstruit des connaissances sur les comportements prénataux. Cela peut être attribuable à plusieurs éléments, notamment l'intervention offerte en virtuel, la création de contenu pertinent et l'adoption d'une pédagogie socioconstructiviste. En effet, il est démontré que si ces rencontres virtuelles sont conçues de manière appropriée, c'est-à-dire, interactives, engageantes et suscitant la réflexion, elles peuvent favoriser l'acquisition des connaissances, tout autant qu'en présentiel (Wu, Ahmad, Samuel, Logan et Mattar, 2021). Quelques interventions virtuelles ont d'ailleurs déjà pris forme dans le passé dans le cadre d'un suivi prénatal pour les adolescentes, telles que la mise sur pied de sites internet informatifs ou l'utilisation des réseaux sociaux (Wu, Ahmad, Samuel, Logan et Mattar, 2021). La pandémie COVID-19 a entraîné certains changements qui ont nécessité d'adapter cette intervention en virtuel. D'ailleurs, les adolescentes ont mentionné que l'intervention offerte en virtuel avait favorisé leur participation puisque les rencontres étaient plus facilement accessibles. De ce fait, les adolescentes ont pris part aux rencontres et ont pu apprendre sur les comportements prénataux. Donc, la modalité virtuelle dans le cadre d'un suivi prénatal semble avoir le potentiel de favoriser l'acquisition des connaissances des adolescentes enceintes et devrait être utilisée pour les interventions prénatales auprès de cette clientèle (Tu et Poisant, 2015). La modalité de groupe a peut-être aussi favorisé l'acquisition de connaissances chez les adolescentes qui ont participé à l'intervention. La revue systématique de Sheeder, Yorga et Kabir-Greher (2012) compare le programme *CenteringPregnancy* aux interventions prénatales offertes de manière individuelle et conclut qu'en général, les participantes du programme *CenteringPregnancy* offert en groupe ont tendance à apprendre davantage et à avoir plus de connaissances sur la périnatalité par rapport aux interventions individuelles.

Les adolescentes étaient majoritairement neutres quant aux effets de l'intervention sur l'adoption de comportements sains lors de leur grossesse. Elles ont mentionné qu'elles avaient préalablement des comportements sains avant la mise en œuvre de l'intervention. Il est possible

que les adolescentes ayant accepté de participer à ce genre d'intervention, c'est-à-dire, à une intervention de groupe et mettant les efforts pour être présentes aux rencontres prénatales, étaient déjà plus motivées à vivre une grossesse saine. Par exemple, Berman, Weber Yorga et Sheeder (2018) mentionnent que les participantes fumeuses avaient tendance à aller vers les interventions individuelles, plutôt que vers les interventions prénatales de groupe. D'ailleurs, il est intéressant de noter que les deux adolescentes qui se sont désistées de l'intervention avant la première rencontre avaient des comportements prénataux plus à risque comparativement à celles qui ont participé à l'intervention. Entre autres, elles ont rapporté consommer de la restauration rapide et l'une d'entre elles consommait de façon quotidienne de la marijuana. Ainsi, les trois participantes qui ont reçu l'intervention étaient des adolescentes qui avaient en général des comportements prénataux davantage sains. De plus, il est à noter que le questionnaire d'appréciation a été rempli à la suite de la troisième rencontre. De ce fait, en allouant une certaine période entre la troisième rencontre et la complétion du questionnaire d'appréciation, il aurait été possible d'observer des réponses différentes.

En général, l'appréciation des participantes était très positive; trois concepts principaux ont été mentionnés dans les éléments les plus appréciés, notamment le non-jugement de l'infirmière (auteure principale), l'interaction des discussions de groupe et l'acquisition de connaissances sur les différents comportements prénataux. L'apprentissage basé sur un processus actif et l'interaction dans un groupe fait référence à un concept central de la théorie du socioconstructivisme. Ainsi, il est possible de déduire que les adolescentes participantes ont apprécié la pédagogie employée dans le cadre de cette intervention. De plus, elles étaient en général satisfaites des modalités de l'intervention, dont le nombre restreint de rencontres de courte durée et de cibler les besoins des adolescentes (Wise, 2015) était judicieux et devrait être considéré pour des interventions futures auprès des adolescentes enceintes.

Néanmoins, quant au contenu de l'intervention, certaines d'entre elles ont mentionné que le thème de la consommation n'était pas aussi intéressant que les autres, soit parce que ce thème ne les concernait pas ou bien parce qu'elles avaient déjà beaucoup de connaissances à ce sujet. Toutefois, deux adolescentes sur trois ont proposé d'aborder d'autres sujets lors des rencontres prénatales, comme l'accouchement et la santé mentale. Il est vrai que selon Tilghman et Lovette

(2008), la meilleure façon d'interpeller la clientèle adolescente et de répondre à leurs besoins d'éducation prénatale spécifiques est de leur demander directement ce qu'elles désirent apprendre et ce qu'elles considèrent important à savoir dans le cadre de leur grossesse. Un questionnaire a été rempli par les participantes lors de cette intervention infirmière, mais il aurait été pertinent d'intégrer une section ouverte pour permettre aux étudiantes de proposer les thèmes qu'elles aimeraient aborder lors de leur grossesse. Il est à noter qu'une séance sur la préparation à l'accouchement incluant des méthodes de relaxation et de respiration, tel qu'offert habituellement par le programme *CenteringPregnancy* (Rising, 1998), aurait pu s'avérer pertinent puisque les questionnements les plus communs des adolescentes portent essentiellement sur les malaises lors de la grossesse, les inquiétudes face au travail et comment se préparer à l'accouchement (Klima, 2003). C'est en effet ce que les adolescentes participantes ont exprimé au cours de l'intervention infirmière virtuelle de groupe. Ainsi, il serait envisageable d'aborder d'autres sujets dans le cadre de cette intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe.

Limites

Une limite importante de ce projet clinique est le nombre total d'adolescentes (n=3) qui ont participé à l'intervention infirmière virtuelle de groupe. Le taux de refus a été de 50% et l'attrition de 40%. L'étude de Magriples et al., (2015) comparant le programme *CenteringPregnancy* à un programme prénatal individuel auprès d'adolescentes enceintes, a plutôt obtenu un taux de refus de 20%; l'attrition n'est toutefois pas mentionnée. Donc, le taux de refus à l'intervention infirmière virtuelle de groupe a été particulièrement élevé, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres adolescentes enceintes et limite la portée des retombées.

La théorie de l'*empowerment* de Ninacs (2008) définit la composante de compétence comme étant la coconstruction de connaissances par le dialogue et d'habiletés par l'action. Le fait que l'intervention était en virtuel favorise l'acquisition de connaissances, mais limite l'acquisition d'habiletés pratiques par l'action. Donc, l'intervention infirmière virtuelle de groupe était plutôt orientée sur la construction de connaissances par le dialogue, alors qu'une intervention en présentiel aurait pu favoriser le perfectionnement de certaines habiletés par l'action. De plus, les résultats obtenus dans le cadre de ce stage, quant aux changements de

comportements étaient limités, cela peut être dû au petit nombre de rencontres. L'intervention de trois rencontres n'était probablement pas suffisante pour consolider tous les apprentissages et développer leur *empowerment*, les amenant à faire des changements de comportement. Il est à noter également que les adolescentes avaient préalablement des comportements relativement sains, ce qui laisse moins de place à une amélioration de ceux-ci.

Une autre limite à ce projet clinique est l'utilisation d'outils de mesure non validés. Aucun outil existant ne permet d'évaluer tous les critères de cette intervention, soit les composantes de l'*empowerment* (participation, estime de soi, conscience critique, compétence), les changements comportementaux et la satisfaction. Donc, il aurait été souhaitable de faire une validation et d'évaluer la fidélité des instruments. Il aurait également été intéressant d'évaluer grâce à un outil validé les effets d'une intervention de groupe comparativement à une intervention individuelle auprès de la clientèle adolescente, car cela n'a pas été fait de façon formelle dans le cadre de ce projet clinique.

Forces

L'intervention infirmière virtuelle dédiée aux adolescentes enceintes présente certaines forces, notamment son cadre de référence et le fait qu'elle soit offerte en groupe et en virtuel. L'intervention est également multidisciplinaire et orientée sur les besoins de développement et de socialisation des adolescentes enceintes.

Le cadre de référence combinant la théorie de l'*empowerment* et du socioconstructivisme a permis d'offrir une intervention centrée sur le dialogue, l'interaction et la coconstruction des connaissances. Cette intervention a été développée afin de déployer le sentiment d'*empowerment* chez les participantes par l'usage d'une pédagogie socioconstructiviste. D'ailleurs, selon le questionnaire d'appréciation, les éléments les plus appréciés de l'intervention par les adolescentes sont : l'acquisition de connaissances, le non-jugement et l'interaction. Ainsi, il est possible de déduire que les adolescentes ont particulièrement apprécié les modalités de l'intervention, fondées sur les théories. En effet, l'intervention a été construite selon la théorie du socioconstructivisme pour favoriser la coconstruction des connaissances par le partage d'informations en lien avec les comportements prénataux. Pour ce faire, l'interaction sociale et les discussions entre les adolescentes entourant ces sujets ont été favorisées (Jonnaert et Borghet,

1999). Et puis, la réalisation de l'intervention sous forme de discussions de groupe avait également pour objectif de créer une relation de partenariat entre les participantes et l'infirmière, où les échanges étaient empreints de respect et de non-jugement. Ces valeurs sont véhiculées dans la théorie de l'*empowerment*, qui prône la valorisation et l'accompagnement des participantes (Ninacs, 2008).

L'intervention offerte en mode virtuel permettait de rendre les rencontres prénatales plus accessibles. C'est ce que les participantes ont mentionné de vive voix, elles évoquaient que si les rencontres avaient eu lieu en présentiel, elles auraient probablement été présentes à la première rencontre, mais auraient manqué de motivation pour se rendre aux deux autres. De plus, les adolescentes ont tendance à être familières avec l'utilisation des nouvelles technologies et peuvent s'adapter facilement aux interventions prénatales virtuelles (Wu, Ahmad, Samuel, Logan et Mattar, 2021).

L'intervention a également amené une collaboration avec d'autres spécialistes travaillant auprès des adolescentes, en invitant notamment un expert, soit une nutritionniste de la Fondation OLO. L'étude de Fleming, Tu et Black (2012) met d'ailleurs en évidence l'importance d'offrir des soins prénataux multidisciplinaires à la clientèle adolescente pour répondre à leurs besoins spécifiques, pour favoriser une grossesse saine et minimiser les conséquences maternelles, obstétricales et néonatales possibles.

Finalement, les sujets de l'intervention ont principalement été choisis selon les besoins recensés dans le cadre de l'analyse des écrits et ont été ajustés en fonction des réponses au questionnaire sur les comportements prénataux, complété avant la mise en œuvre de l'intervention. Par exemple, la prise quotidienne d'une multivitamine a été discutée puisqu'une participante n'en prenait pas et la fumée secondaire a été abordée puisque presque toutes les adolescentes avaient un entourage fumeur. Donc, l'adaptation des sujets abordés lors de l'intervention aux besoins de cette clientèle et aux besoins de socialisation de cette clientèle par la réalisation d'une intervention de groupe demeure des forces de l'intervention qui peuvent avoir influencé favorablement l'acquisition des connaissances et l'intérêt des adolescentes à participer à l'intervention.

Recommandations pour la pratique clinique

La diffusion virtuelle d'informations sur la périnatalité est une avenue efficace, pertinente et nécessaire pour répondre à la situation d'urgence de la COVID-19 puisqu'elle permet de « répondre aux exigences sanitaires de distanciation physique tout en maintenant la transmission des connaissances nécessaires à la transition à la parentalité et en offrant du soutien aux futurs parents » (Arulthas, Audy et Jalbert-Arsenault, 2021, p.8). L'intervention offerte en virtuel est un aspect novateur qui a été bien reçu par les participantes, comme le montre les résultats de ce projet clinique. Les interventions prénatales supplémentaires au suivi prénatal médical offertes aux adolescentes auraient avantage à être offertes en virtuel, car en plus de s'adapter au contexte actuel de la pandémie, elles répondent aux besoins des adolescentes lors de la période prénatale, elles sont plus accessibles, favorisent la motivation des adolescentes et utilisent la technologie pour transformer et optimiser la pratique clinique. La revue systématique de Wu, Ahmad, Samuel, Logan et Mattar (2021) mettent d'ailleurs en évidence les interventions virtuelles variées, toutes conçues pour favoriser les connaissances et les compétences des adolescentes enceintes, celles-ci ont le potentiel d'influencer positivement les résultats maternels et infantiles pendant la grossesse.

De plus, une intervention infirmière de groupe favorisant l'*empowerment* pourrait être offerte à la clientèle adolescente dans le cadre de leur suivi prénatal, car le développement de l'*empowerment* lors d'une grossesse est un cheminement vers l'autonomie et un sentiment de contrôle et d'accomplissement (Abdallah, Sayed et Abd-elhakam, 2019). Une intervention infirmière de groupe est favorable, car c'est entre autres, en partageant leurs expériences et leurs connaissances, qu'un climat de soutien peut émerger entre les participantes, ce qui aide à l'adolescente enceinte à développer davantage son *empowerment* (Rising, 1998). De plus, l'intervention de groupe semble prometteuse, car comme rapportée dans une étude précédente (Queiroz, Menezes, Silva, Brasil et Silva, 2017), les adolescentes participantes ont mentionné avoir apprécié leur participation aux discussions de groupe dans le questionnaire d'appréciation et lors d'une discussion en groupe au sujet de l'intervention.

Recommandations pour la recherche

Les retombées liées à la théorie d'*empowerment* de Ninacs (2008), c'est-à-dire la participation, l'estime de soi, la conscience critique et les connaissances, devraient être mesurées avec un outil valide et fidèle permettant de rendre la démarche d'évaluation plus rigoureuse. De plus, comme les études effectuées sur le programme *CenteringPregnancy* ont évalué davantage l'impact du programme sur les complications maternelles, obstétricales et néonatales (Picklesimer et al., 2012; Rising, 1998; Sheeder et al., 2012), il serait également pertinent de mesurer les effets de ce programme sur les comportements prénataux des participantes à l'aide d'une étude expérimentale à plus grande échelle, notamment sur l'alimentation prénatale, la consommation de tabac, alcool et drogues ainsi que sur les comportements sexuels. De plus, il aurait été pertinent d'évaluer l'appréciation et les effets d'une intervention de groupe comparativement à une intervention individuelle auprès de la clientèle adolescente.

Conclusion

Une grossesse à l'adolescence engendre des défis particuliers en raison de l'âge, de la transition développementale et du manque de connaissances sur les enjeux de la grossesse et de la parentalité. L'intervention offerte dans le cadre de ce projet clinique semble avoir contribué au développement d'un sentiment d'*empowerment* chez des adolescentes enceintes. Cette intervention semble également avoir permis la coconstruction de connaissances sur différents sujets liés aux comportements prénataux sains souhaités pour favoriser la santé maternelle et fœtale. De plus, cette intervention infirmière virtuelle de groupe montre l'importance d'offrir des interventions prénatales adaptées aux adolescentes enceintes en groupe. Ces modalités semblent prometteuses et ont le potentiel d'améliorer les soins offerts aux adolescentes lors de la période prénatale et les retombées sur l'*empowerment* et la coconstruction de connaissances.

Références bibliographiques

- Abdallah, H., Sayed, E. et Abd-elhakam, E. M. (2019). Effect of Centering Pregnancy Model Implementation on Prenatal Health Behaviors and Pregnancy Related Empowerment, *American Journal of Nursing Science*, 7(6), 314-324. doi:10.11648/j.ajns.20180706.25
- Adams, H. P. et Picardo, C. (2018). Centering Pregnancy: A Novel Approach to Prenatal Care. *Physician Assistant Clinics*, 3(3), 433-444. doi:10.1016/j.cpha.2018.02.010
- Arulthas, S., Audy, E. et Jalbert-Arsenault. (2021). COVID-19 : conditions d ' efficacité de l'éducation prénatale en ligne (publication n° 3130). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3130-efficacite-education-prenatale.pdf>
- Berman, R., Weber Yorga, K. et Sheeder, J. (2020). Intention to Participate in Group Prenatal Care: Moving Beyond Yes or No. *Health promotion practice*, 21(1), 123–132. <https://doi.org/10.1177/1524839918784943>
- Brahimi, C., Farley, C. et Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec* (publication n°1228). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf
- Byerley, B. M. et Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-9. doi:10.1186/s12884-017-1522-2
- Daley, A., Sadler, L. S. et Dawn Reynolds, H. (2013). Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(4), 71-95. doi:10.1016/j.cppeds.2013.01.001
- Defer, S., Achim, J., Ensink, K. et Bisailon, C. (2019). Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation : perspectives théoriques et cliniques. *Devenir*, 31(2), 105. doi:10.3917/dev.192.0105

- Feldman, J. B. (2012). Best Practice for Adolescent Prenatal Care: Application of an Attachment Theory Perspective to Enhance Prenatal Care and Diminish Birth Risks. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(2), 151-166. doi:10.1007/s10560-011-0250-0
- Fleming, N. A., Tu, X. et Black, A. Y. (2012). Improved Obstetrical Outcomes for Adolescents in a Community-Based Outreach Program: A Matched Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(12), 1134-1140. doi:10.1016/S1701-2163(16)35460-3
- Fleming, N., Ng, N., Osborne, C., Biederman, S., Yasseen, A. S., Dy, J., ... Walker, M. (2013). Adolescent Pregnancy Outcomes in the Province of Ontario: A Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(3), 234-245. doi:10.1016/S1701-2163(15)30995-6
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... Spitzer, R. (2015). Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756. doi:10.1016/S1701-2163(15)30180-8
- Garcia, E. R. et Yim, I. S. (2017). A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(Suppl 2). doi:10.1186/s12884-017-1495-1
- Green, J. et Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4e éd.). Sage.
- Ickovics, J. R., Earnshaw, V., Lewis, J. B., Kershaw, T. S., Magriples, U., Stasko, E., ... Tobin, J. N. (2016). Cluster randomized controlled trial of group prenatal care: Perinatal outcomes among adolescents in New York city health centers. *American Journal of Public Health*, 106(2), 359-365. doi:10.2105/AJPH.2015.302960
- Jonnaert, P. et Borght, C.V. (1999). Créer des conditions d'apprentissage. Un cadre socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants. Bruxelles : De Boeck Université.] *Revue des sciences de l'éducation*, 27 (2), 464-465. <https://doi.org/10.7202/009954ar>
- Klima, C. S. (2003). Centering pregnancy: A model for pregnant adolescents. *Journal of Midwifery*

and Women's Health, 48(3), 220-225. doi:10.1016/S1526-9523(03)00062-X

Magriples, U., Boynton, M. H., Kershaw, T. S., Lewis, J., Rising, S. S., Tobin, J. N., ... Ickovics, J. R. (2015). The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(5), 688.e1-688.e9. doi:10.1016/j.ajog.2015.06.066

McCarthy, F. P., O'Brien, U. et Kenny, L. C. (2014). The management of teenage pregnancy. *BMJ (Online)*, 349(October), 1-6. doi:10.1136/bmj.g5887

Mihelic, M., Filus, A., Morawaska, A., DiFulvio, G. T., Gubrium, A. C., Fiddian-Green, A., ... Thomas, J. (2016). Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers: Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties? *Prevention Science*, 17(3), 243-248. doi:10.1007/s11121-016-0682-z

Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Les presses de l'Université Laval.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. Repéré à : <https://www.oiiq.org/en/standards-de-pratique-pour-l-infirmiere-soins-de-proximite-en-perinatalite>

Payne, N. A. et Anastas, J. W. (2015). The Mental Health Needs of Low-Income Pregnant Teens: A Nursing–Social Work Partnership in Care. *Research on Social Work Practice*, 25(5), 595-606. doi:10.1177/1049731514545656

Picklesimer, A. H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D. et Covington-Kolb, S. (2012). The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(5), 415.e1-415.e7. doi:10.1016/j.ajog.2012.01.040

Queiroz, M. V. O., Menezes, G. M. D., Silva, T. J. P., Brasil, E. G. M. et Silva, R. M. da. (2017). Pregnant teenagers' group: contributions to prenatal care. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(spe), e20160029. doi:10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029

- Rising, S. (1998). Centering pregnancy: an interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 46-54. [doi.org/10.1016/S0091-2182\(97\)00117-1](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(97)00117-1)
- Sheeder, J., Yorga, K. W. et Kabir-Greher, K. (2012). A review of prenatal group care literature: The need for a structured theoretical framework and systematic evaluation. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 177-187. doi:10.1007/s10995-010-0709-1
- Tessier, C. et Comeau, L. (2017, mars). *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire* (publication n° 2243). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2243_developpement_promotion_prevention_contexte_scolaire.pdf
- Thielen, K. (2012). Exploring the Group Prenatal Care Model: A Critical Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 209-218. doi:10.1891/1058-1243.21.4.209
- Tilghman, J. et Lovette, A. (2008). Prenatal Care: The Adolescent's Perspective. *Journal of Perinatal Education*, 17(2), 50-53. doi:10.1624/105812408x298390
- Trotman, G., Chhatre, G., Darolia, R., Tefera, E., Damle, L. et Gomez-Lobo, V. (2015). The Effect of Centering Pregnancy versus Traditional Prenatal Care Models on Improved Adolescent Health Behaviors in the Perinatal Period. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(5), 395-401. doi:10.1016/j.jpag.2014.12.003
- Tu, M.T et Poissant, J. (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe* (publication n° 2060). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2060_effets_rencontres_prenatales_groupe.pdf
- Vygotski, L. (1997 (1er éd. : 1934). *Pensée et langage* (3e éd.; traduction de Françoise Sève). Paris, France : La Dispute.
- Wise, N. J. (2015). Pregnant Adolescents, Beliefs About Healthy Eating, Factors that Influence Food Choices, and Nutrition Education Preferences. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(4), 410-418. doi:10.1111/jmwh.12275

Wu, J. J. Y., Ahmad, N., Samuel, M., Logan, S. et Mattar, C. N. Z. (2021). The influence of web-based tools on maternal and neonatal outcomes in pregnant adolescents or adolescent mothers: Mixed methods systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8). doi:10.2196/26786

Zielinski, R., Stork, L., Deibel, M., Kothari, C. L. et Searing, K. (2014). Improving Infant and Maternal Health through CenteringPregnancy: A Comparison of Maternal Health Indicators and Infant Outcomes between Women Receiving Group versus Traditional Prenatal Care. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 04(09), 497-505. doi:10.4236/ojog.2014.49071

Liste des tableaux

Tableau 1. – Données sociodémographiques des adolescentes qui ont accepté de participer à l'intervention (n=5)..... **Erreur! Signet non défini.**

Liste des figures

Figure 1. - Mise en commun des dimensions de la théorie du socioconstructivisme (Jonnaert et Borght, 1999, p.230) et des composantes de la théorie de l'*empowerment* (Ninacs, 2008, p.23).

..... **Erreur! Signet non défini.**

Discussion

La section suivante présente une réflexion sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de l'étudiante-stagiaire en lien avec la réalisation de l'intervention infirmière virtuelle de groupe dans le cadre de son stage à la maîtrise en sciences infirmières.

Réflexion sur les objectifs de stage

Les objectifs du stage étaient de:

1. Développer une intervention infirmière virtuelle sous forme de discussions de groupe, basée sur les résultats probants, visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains lors de la grossesse ;

2. Mettre à l'essai une intervention infirmière virtuelle sous forme de discussions de groupe, basée sur les résultats probants, visant à favoriser l'*empowerment* d'adolescentes enceintes pour l'adoption de comportements sains lors de la grossesse ;

3. Apprécier, à l'aide d'un questionnaire, les retombées de l'intervention infirmière virtuelle de groupe en termes d'*empowerment* (participation, conscience critique, estime de soi, compétence ; Ninacs, 2008), sur l'adoption de comportements prénataux sains (alimentation prénatale équilibrée, absence de consommation de tabac, drogues et alcool et relations sexuelles protégées) ainsi que sur la satisfaction des adolescentes envers l'intervention.

Les objectifs visés pour le stage ont tous été atteints. En premier lieu, une intervention infirmière a été développée inspirée du programme *CenteringPregnancy* et des théories de l'*empowerment* (Nincas, 2008) et du socioconstructivisme (Vygotski, 1934/1997, ensuite suite d'une recension des écrits permettant de baser l'intervention sur des données probantes. Le programme hospitalier *CenteringPregnancy* a d'ailleurs été retenu puisqu'il a obtenu des résultats significatifs et qu'il proposait un modèle de soins complet composé de l'évaluation prénatale, l'éducation et le soutien social. Et puis, il a été adapté dans le cadre de ce projet clinique afin de s'implanter au sein du milieu dans le suivi prénatal actuel offert par la clinique de

grossesse à l'adolescence et de répondre aux besoins sociaux et développementaux recensés spécifiques aux adolescentes enceintes.

En second lieu, cette intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe a ensuite été mise à l'essai sous forme de groupe qui a donné l'opportunité aux adolescentes d'être des apprenantes actives et de s'engager dans le processus d'apprentissage face à leur grossesse. L'intervention a également été offerte en virtuel afin de répondre aux contraintes relatives à la pandémie de la COVID-19. L'intervention visait à soutenir l'*empowerment* d'adolescentes dans le cadre de leur suivi prénatal afin de favoriser l'adoption de comportements sains lors de la grossesse. Le cadre de référence regroupant la théorie du socioconstructivisme et de l'*empowerment* a permis à l'étudiante-stagiaire d'utiliser différentes stratégies pédagogiques afin d'y parvenir. La stratégie pédagogique qui a la plus été utilisée dans le cadre de ce stage est la discussion, en vue de partager des connaissances et des opinions sur différents sujets (Brahimi, Farley et Joubert, 2011). La stratégie nommée enseignement modulaire médiatisé a également été utilisée, tout comme les études de cas, les jeux éducatifs et la visite d'un expert (Brahimi, Farley et Joubert, 2011). En bref, ces activités ont favorisé l'interaction entre les participantes dans le but de les rendre actives et impliquées face à leur apprentissage.

En troisième lieu, afin d'apprécier les retombées de l'intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe, un questionnaire a été développé par l'étudiante-stagiaire et révisé par la directrice, la codirectrice et la personne-ressource de ce stage. Celui-ci a permis d'apprécier notamment les composantes de l'*empowerment* (participation, conscience critique, estime de soi, compétence), les comportements prénataux sains, ainsi que la satisfaction des adolescentes envers l'intervention. Ce questionnaire a été conçu selon une échelle de Likert à cinq niveaux et comportait 16 questions. Les adolescentes ont eu l'opportunité de faire des commentaires et des suggestions dans le questionnaire d'appréciation (voir annexe I), en plus de discuter de vive voix de leur appréciation générale de l'intervention à la fin de la dernière séance, ce qui a permis de faire une analyse plus approfondie des retombées obtenues.

Réflexion sur les objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage élaborés à partir du référentiel de compétences à la maîtrise de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Pepin, Dupuis et Larue, 2020) étaient :

1. Cerner une problématique clinique à l'aide d'une démarche scientifique, intervenir selon les résultats probants et apprendre à travailler en collaboration avec l'équipe de la clinique de grossesse à l'adolescence, dans la réalisation d'une intervention infirmière virtuelle de groupe ;

2. Exercer une pratique infirmière avancée directe auprès d'adolescentes lors de la période prénatale, en tenant compte des résultats probants, des différences de valeurs et de croyances et par un engagement à comprendre leurs perspectives afin de créer un lien de confiance ;

3. Créer un environnement virtuel apprenant adapté au contexte pandémique actuel et aux besoins des adolescentes enceintes lors de la période prénatale, de façon à prioriser des moyens efficaces d'apprentissage, pour susciter leur engagement et l'identification d'objectifs et d'actions au regard de comportements sains lors de leur grossesse.

Tout comme les objectifs de stage, les objectifs d'apprentissage ont également été atteints dans le cadre de ce stage à la maîtrise. En effet, lors de ce stage, l'étudiante-stagiaire a déployé ses compétences en pratique infirmière avancée, notamment dans la création d'environnements apprenants, la participation à des activités de recherche et au déploiement d'une pratique infirmière directe (Pepin et al., 2020). Ceci a été possible notamment grâce à la démarche pédagogique employée avec la théorie du socioconstructivisme, qui encourage la mise en place d'environnements collectifs d'apprentissage (Vygotski, 1934/1997).

En premier lieu, l'étudiante-stagiaire a développé une intervention infirmière virtuelle de groupe se basant sur les données probantes issues de sa recension des écrits. La recension des écrits portait sur la grossesse à l'adolescence, pour permettre à l'étudiante-stagiaire de bien saisir

la réalité et les besoins des adolescentes enceintes. Elle portait également sur les comportements prénataux à risque adopté par la clientèle adolescente, soit une alimentation non équilibrée, la consommation de tabac, alcool et drogues et sur les comportements sexuels à risque, pour enfin déterminer quelles étaient les conséquences possibles associées à l'adoption de ces comportements lors de la grossesse. Finalement, une recension des écrits a également été effectuée sur les programmes offerts aux adolescentes lors de la période prénatale afin de déterminer quelle intervention serait la plus bénéfique et la plus adaptée aux adolescentes enceintes, ainsi que de dégager les meilleures pratiques pouvant être adaptées dans le milieu clinique. De ce fait, elle a été en mesure de cerner une problématique chez une clientèle cible et de proposer une intervention basée sur des pratiques exemplaires à la suite d'une analyse des besoins de cette clientèle. En travaillant en étroite collaboration avec la directrice, la codirectrice et l'infirmière de la clinique de grossesse à l'adolescence, l'étudiante-stagiaire a été en mesure de coordonner et de mettre en place cette intervention. En effet, la mise en œuvre de cette intervention a nécessité une communication constante avec l'infirmière de la clinique, notamment lors du recrutement pour les rencontrer en personne lors de leur suivi prénatal. De plus, celle-ci a fait la révision du contenu et du support visuel qui était planifié lors des rencontres virtuelles. Ce partenariat a alors permis de bâtir une intervention infirmière virtuelle de groupe basée sur des données probantes, mais également sur l'expérience d'une infirmière experte avec cette clientèle spécifique.

En deuxième lieu, l'étudiante-stagiaire a été en mesure de déployer ses compétences de pratique infirmière avancée en utilisant ses capacités relationnelles pour créer une relation de confiance et favoriser l'engagement des participantes (Pepin et al., 2020). Lors des rencontres avec les adolescentes enceintes, l'étudiante-stagiaire a soutenu des échanges empreints de respect et de non-jugement, permettant de bien comprendre leurs opinions, leurs visions et leur contribution aux échanges. Le respect et le non-jugement sont intrinsèquement liés à la théorie de l'*empowerment* qui prône la valorisation et l'accompagnement des participantes pour s'accomplir et augmenter leur estime d'elles-mêmes (Ninacs, 2008). Il s'agissait d'une priorité pour l'étudiante-stagiaire puisqu'un environnement de respect permettait aux participantes de s'exprimer librement, questionner et demander de l'aide sans se sentir jugées ou rejetées. De

plus, en tenant compte des différences de valeurs et de croyances, les participantes étaient plus enclines à participer, à s'engager et étaient plus réceptives auprès de l'étudiante-stagiaire, permettant de créer un lien de confiance (Ninacs, 2008).

Finalement, l'étudiante-stagiaire a favorisé l'apprentissage des participantes sur des comportements sains lors de la grossesse en adaptant l'intervention aux besoins d'apprentissage des adolescentes. Ce faisant, les adolescentes, une fois qu'elles avaient assisté à la première rencontre, ont participé aux trois rencontres. Au cours des rencontres, elles ont été invitées à réfléchir sur leurs comportements et à identifier les éléments à améliorer et à y définir des objectifs pour vivre une grossesse saine. L'étudiante-stagiaire a su créer un environnement facilitant l'apprentissage dans le but de développer l'autonomie personnelle des participantes. De plus, l'intervention a été modifiée pour s'adapter à la pandémie de la COVID-19, pour ce faire, celle-ci a été réalisée de façon virtuelle.

Conclusion

L'intervention infirmière virtuelle de groupe offerte aux adolescentes enceintes dans le cadre de ce stage à la maîtrise semble avoir eu des retombées positives sur les composantes de l'*empowerment* et leur acquisition de connaissances sur les comportements sains lors de la période prénatale. Ainsi, la recension des écrits et les retombées de l'intervention ont conduit à la proposition de recommandations pour la pratique infirmière et pour la recherche, dans l'objectif de fournir des soins prénataux adaptés aux besoins et au développement de la clientèle adolescente. Plus particulièrement, ce stage à la maîtrise souligne le potentiel d'une intervention infirmière virtuelle de groupe ayant une approche axée sur l'éducation prénatale, l'*empowerment* et le soutien social pour cette clientèle spécifique.

Références bibliographiques

- Abdallah, H., Sayed, E. et Abd-elhakam, E. M. (2019). Effect of Centering Pregnancy Model Implementation on Prenatal Health Behaviors and Pregnancy Related Empowerment, *American Journal of Nursing Science*, 7(6), 314-324. doi:10.11648/j.ajns.20180706.25
- Adams, H. P. et Picardo, C. (2018). Centering Pregnancy: A Novel Approach to Prenatal Care. *Physician Assistant Clinics*, 3(3), 433-444. doi:10.1016/j.cpha.2018.02.010
- Alipour, M. (2018). *Approche socioconstructiviste pour l'enseignement-apprentissage du lexique spécialisé : apport du corpus dans la conception d'activités lexicales* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21744/Marjan Alipour 2018 These.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21744/Marjan_Alipour_2018_These.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Allender, L. M. (2017). Quality of prenatal care and pregnancy outcomes : CenteringPregnancy versus traditional prenatal care (paper n°72) [thèse de doctorat, University of Texas at Tyler]. School of Nursing at Scholar Works at UT Tyler. https://scholarworks.uttyler.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=nursing_grad
- Arulthas, S., Audy, E. et Jalbert-Arsenault. (2021). COVID-19 : conditions d ' efficacité de l'éducation prénatale en ligne (publication n° 3130). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3130-efficacite-education-prenatale.pdf>
- Baldwin, K. A. (2006). Comparison of Selected Outcomes of CenteringPregnancy Versus Traditional Prenatal Care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(4), 266-272. doi:10.1016/j.jmwh.2005.11.011
- Beck, C. et Kosnik, C. (2006). Innovations in teacher education: A social constructivist approach. New York: State university of New York Press.

- Behnke, M. et Smith, V. C. (2013). Prenatal substance abuse : short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009–e1024. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>
- Berggren, E. K. et Patchen, L. (2011). Prevalence of chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae and repeat infection among pregnant urban adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 38(3), 172-174. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181f41b96
- Bergman, M. S. (1997). Improving birth outcomes with nutrition intervention. *Topics in Clinical Nutrition*, 13 (1), 74–79. doi:10.1097/00008486-199713010-00009
- Berman, R., Weber Yorga, K. et Sheeder, J. (2020). Intention to Participate in Group Prenatal Care: Moving Beyond Yes or No. *Health promotion practice*, 21(1), 123–132. <https://doi.org/10.1177/1524839918784943>
- Blumberg, P. (2009). *Developing learner-centered teaching*. San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Boislard, M. A., & Van de Bongardt, D. (2017). Le développement psychosexuel à l'adolescence. Dans M. Hébert, M. Fernet & M. Blais (Eds.), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 39-82). Paris : Éditions de Boeck.
- Bottorff, J. L., Poole, N., Kelly, M. T., Greaves, L., Marcellus, L. et Jung, M. (2014). Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: A scoping review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 561-574. doi:10.1111/hsc.12091
- Brahimi, C., Farley, C. et Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec* (publication n°1228). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf
- Butt, K. et Lim, K. (2016). Détermination de l'âge gestationnel par échographie. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(12), S391-S403. doi:10.1016/j.jogc.2016.09.048

Byerley, B. M. et Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-9. doi:10.1186/s12884-017-1522-2

Carroz, F. (2012). Parcours de vie et parcours scolaire de garçons âgés de 18 ans et moins qui fréquentent un centre d'éducation des adultes. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi). Chicoutimi, Canada.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (2017). Clinique de grossesse à l'adolescence. Repéré à : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/Nos-cliniques-specialisees/Clinique-de-grossesse-a-l-adolescence#:~:text=Clinique%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e&text=Chaque%20ann%C3%A9e%2C%20plusieurs%20adolescentes%20se,la%20poursuite%20de%20la%20grossesse.>

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2020). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale [ETCAF]. Repéré à : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/ensemble-des-troubles-causes-par-lalcoolisation-foetale>

Cornelius, M. D., Goldschmidt, L., Day, N. L. et Larkby, C. (2002). Alcohol, tobacco and marijuana use among pregnant teenagers: 6-Year follow-up of offspring growth effects. *Neurotoxicology and Teratology*, 24(6), 703-710. doi:10.1016/S0892-0362(02)00271-4

Dalby, J., Hayon, R. et Carlson, J. (2014). Adolescent Pregnancy and Contraception. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 41(3), 607-629. doi:10.1016/j.pop.2014.05.010

Daley, A., Sadler, L. S. et Dawn Reynolds, H. (2013). Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(4), 71-95. doi:10.1016/j.cppeds.2013.01.001

Defer, S., Achim, J., Ensink, K. et Bisailon, C. (2019). Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation : perspectives théoriques et cliniques. *Devenir*, 31(2), 105. doi:10.3917/dev.192.0105

Doré, N. et Le Hénaff, D. (2020). Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents. *Institut national de santé publique du Québec.*

- Fathnezhad Kazemi, A., Hajian, S., Ebrahimi-Mameghani, M. et Khob, M. K. (2018). The perspectives of pregnant women on health-promoting behaviors: An integrative systematic review. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(2), 97-105. doi:10.15296/ijwhr.2018.17
- Feldman, J. B. (2012). Best Practice for Adolescent Prenatal Care: Application of an Attachment Theory Perspective to Enhance Prenatal Care and Diminish Birth Risks. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(2), 151-166. doi:10.1007/s10560-011-0250-0
- Fleming, N., Ng, N., Osborne, C., Biederman, S., Yasseen, A. S., Dy, J., ... Walker, M. (2013). Adolescent Pregnancy Outcomes in the Province of Ontario: A Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(3), 234-245. doi:10.1016/S1701-2163(15)30995-6
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... Spitzer, R. (2015). Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756. doi:10.1016/S1701-2163(15)30180-8
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G. et Spitzer, R. F. (2016). Directive clinique sur la grossesse chez les adolescentes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(12), S704-S723. doi:10.1016/j.jogc.2016.09.072
- Fleming, N., Tu, X. et Black, A. Y. (2012). Improved Obstetrical Outcomes for Adolescents in a Community-Based Outreach Program: A Matched Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(12), 1134-1140. doi:10.1016/S1701-2163(16)35460-3
- Fullar, S. A., Lum, B., Sprik, M. G. et Cooper, E. M. (1988). A small group can go a long way. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 13(6), 414-418.
- Garcia, E. R. et Yim, I. S. (2017). A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(Suppl 2). doi:10.1186/s12884-017-1495-1

Gaudion, A., Menka, Y., Demilew, J., Walton, C. Yiannouzis, K., Schindler Rising, S. et Bick, D. (2011) Findings from a UK feasibility study of the CenteringPregnancy model. *Br J Midwifery*. 19(12), 796-802.

Gouvernement du Canada (2011, 21 septembre). Exposition à la fumée secondaire durant la grossesse. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/exposition-fumee-secondaire-durant-grossesse.html>

Grady, M. A. et Bloom, K. C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy program. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(5), 412-420. doi:10.1016/j.jmwh.2004.05.009

Green, J. et Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4e éd.). Sage.

Griswold, C. H., Nasso, J. T., Swider, S., Ellison, B. R., Griswold, D. L. et Brooks, M. (2013). The Prenatal Care at School Program. *Journal of School Nursing*, 29(3), 196-203. doi:10.1177/1059840512466111

Harrison, M. et Jackson, L. A. (2009). Meanings that youth associate with healthy and unhealthy food. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(1), 6-12. doi:10.3148/70.1.2009.6

Hoyer, P. J., Jacobson, M., Ford, K., & Walsh, E. (1994). Pregnancy care for the adolescent. *Nurse Practitioner*, 19(1), 27–28, 31–32.

Hueston, W. J., Geesey, M. E. et Diaz, V. (2008). Prenatal Care Initiation Among Pregnant Teens in the United States: An Analysis Over 25 Years. *Journal of Adolescent Health*, 42(3), 243-248. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.027

Ickovics, J. R., Earnshaw, V., Lewis, J. B., Kershaw, T. S., Magriples, U., Stasko, E., ... Tobin, J. N. (2016). Cluster randomized controlled trial of group prenatal care: Perinatal outcomes among adolescents in New York city health centers. *American Journal of Public Health*, 106(2), 359-365. doi:10.2105/AJPH.2015.302960

- Jonnaert, P. et Borght, C.V. (1999). Créer des conditions d'apprentissage. Un cadre socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants. Bruxelles : De Boeck Université.] *Revue des sciences de l'éducation*, 27 (2), 464–465. <https://doi.org/10.7202/009954ar>
- Jonassen, D., Howland, J., Mana, R. M. et Crismond, D. (2008). *Meaningful Learning with Technology* (3 éd.). Upper Saddle River, N. J.: Pearson Education.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D. et Chalmers, B. (2012). Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 129(5). doi:10.1542/peds.2011-1447
- Klima, C. S. (2003). Centering pregnancy: A model for pregnant adolescents. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(3), 220-225. doi:10.1016/S1526-9523(03)00062-X
- Lambert, G., Mathieu-C., S., Goggin, P. et Maurais, É. (2017). Étude PIXEL – Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2307>
- Landy, C. K., Jack, S. M., Wahoush, O., Sheehan, D. et MacMillan, H. L. (2012). Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study. *BMC Nursing*, 11. doi:10.1186/1472-6955-11-15
- Lathrop, B. et Pritham, U. A. (2014). A Pilot Study of Prenatal Care Visits Blended Group and Individual for Women With Low Income. *Nursing for Women's Health*, 18(6), 462-474. doi:10.1111/1751-486X.12159
- Lee, S., Young, B. E., Cooper, E. M., Pressman, E., Queenan, R. A., Olson, C. M., ... O'Brien, K. O. (2014). Nutrient inadequacy is prevalent in pregnant adolescents, and prenatal supplement use may not fully compensate for dietary deficiencies. *Infant, Child, and Adolescent Nutrition*, 6(3), 152-159. doi:10.1177/1941406414525993
- Leese, M. (2016). The bumpy road to 'becoming': capturing the stories that teenage mothers told about their journey into motherhood. *Child and Family Social Work*, 21(4), 521-529.

doi:10.1111/cfs.12169

Lévesque, S. et Lefebvre, L. (2011). *Soins préventifs et de santé*. Institut national de la santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/soins-preventifs-et-de-sante.pdf>

Leftwich, H. K. et Alves, M. V. O. (2017). Adolescent Pregnancy. *Pediatric Clinics of North America*, 64(2), 381-388. doi:10.1016/j.pcl.2016.11.007

Loane, M., Dolk, H., Morris, J., a EUROCAT Working Group. (2009). Maternal age-specific risk of non-chromosomal anomalies. *BJOG*, 116,1111–1119.

Lindgren, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(4), 465-472. doi:10.1177/0884217505276308

Magriples, U., Boynton, M. H., Kershaw, T. S., Lewis, J., Rising, S. S., Tobin, J. N., ... Ickovics, J. R. (2015). The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(5), 688.e1-688.e9. doi:10.1016/j.ajog.2015.06.066

Marino, J. L., Lewis, L. N., Bateson, D., Hickey, M. et Skinner, S. R. (2016). Teenage mothers. *Australian Family Physician*, 45(10), 712-717. doi:10.1007/978-1-349-21082-4_8

Martínez, H. T., Silva, M. A. I., Cabrera, I. P. et Mendoza, A. J. (2015). Perfil obstétrico de adolescentes grávidas em um hospital público: Risco no início do trabalho de parto, parto, pós-parto e puerpério. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 829-836. doi:10.1590/0104-1169.0316.2621

Matone, M., O'Reilly, A. L., Luan, X., Localio, R. et Rubin, D. M. (2012). Home visitation program effectiveness and the influence of community behavioral norms: A propensity score matched analysis of prenatal smoking cessation. *BMC Public Health*, 12(1), 1. doi:10.1186/1471-2458-12-1016

McCarthy, F. P., O'Brien, U. et Kenny, L. C. (2014). The management of teenage pregnancy. *BMJ (Online)*, 349(October), 1-6. doi:10.1136/bmj.g5887

Ménard, L. et St-Pierre, L. (2014). Paradigmes et théories qui guident l'action. Dans L. Ménard et L. Saint-Pierre (dir.), *Se former en pédagogie de l'enseignement supérieur (Chapitre 1)*. Montréal. Chenelière Éducation.

Mihelic, M., Filus, A., Morawaska, A., DiFulvio, G. T., Gubrium, A. C., Fiddian-Green, A., ... Thomas, J. (2016). Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers: Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties? *Prevention Science*, 17(3), 243-248. doi:10.1007/s11121-016-0682-z

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie*, publication n° 08-918-02F). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-02.pdf>

Nguyen, J. D., Carson, M. L., Parris, K. M. et Place, P. (2003). A Comparison Pilot Study of Public Health Field Nursing Home Visitation Program Interventions for Pregnant Hispanic Adolescents. *Public Health Nursing*, 20(5), 412-418. doi:10.1046/j.1525-1446.2003.20509.x

Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Les presses de l'Université Laval.

Nkhoma, D. E., Lin, C. P., Katengeza, H. L., Soko, C. J., Estinfort, W., Wang, Y. C., ... Iqbal, U. (2020). Girls' empowerment and adolescent pregnancy: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). doi:10.3390/ijerph17051664

Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. et Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16-28.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. Repéré à : <https://www.oiiq.org/en/standards-de-pratique-pour-l-infirmiere-soins-de-proximite-en-perinatalite>

Parker, M. A. et Martin, F. (2010). Using Virtual Classrooms: Student Perceptions of Features and Characteristics in an Online and a Blended Course. *MERLOT Journal of Online Learning and Teaching*, 6(1), 135-147.

Payne, N. A. et Anastas, J. W. (2015). The Mental Health Needs of Low-Income Pregnant Teens: A Nursing–Social Work Partnership in Care. *Research on Social Work Practice*, 25(5), 595-606. doi:10.1177/1049731514545656

Pepin, J., Dupuis, F. et Larue, C. (2020). Référentiel de compétences - Programme de maîtrise en sciences infirmières. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 1-11.

Picklesimer, A. H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D. et Covington-Kolb, S. (2012). The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(5), 415.e1-415.e7. doi:10.1016/j.ajog.2012.01.040

Potvin, M. (2016). *L'éducation au pluralisme : la centralité des sciences sociales. Philosophiques*, 43(2), 481-488. <https://doi.org/10.7202/1038217ar>

Queiroz, M. V. O., Menezes, G. M. D., Silva, T. J. P., Brasil, E. G. M. et Silva, R. M. da. (2017). Pregnant teenagers' group: contributions to prenatal care. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(spe), e20160029. doi:10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029

Rising, S. (1998). Centering pregnancy: an interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 46-54. [doi.org/10.1016/S0091-2182\(97\)00117-1](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(97)00117-1)

Ruedinger, E. et Cox, J. E. (2012). Adolescent childbearing: Consequences and interventions. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(4), 446-452. doi:10.1097/MOP.0b013e3283557b89

Santé et services sociaux du Québec. (2018). Statistiques de santé et de bien être selon le sexe- Tout le Québec. Repéré à : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-grossesse/#:~:text=Dans%20le%20groupe%20des%2018,5%20pour%201%20000%20femmes.>

- Savage, R. J., DuRant, N., Brendan Clark, C., Nair, P. et Cropsey, K. (2015). The Adverse Effects of Motherhood on Substance Use Treatment Program Outcomes among Adolescent Women. *Journal of Addiction Medicine, 9*(6), 478-484. doi:10.1097/ADM.0000000000000165
- Schaffer, M. A., Goodhue, A., Stennes, K. et Lanigan, C. (2012). Evaluation of a Public Health Nurse Visiting Program for Pregnant and Parenting Teens. *Public Health Nursing, 29*(3), 218-231. doi:10.1111/j.1525-1446.2011.01005.x
- Sheeder, J., Yorga, K. W. et Kabir-Greher, K. (2012). A review of prenatal group care literature: The need for a structured theoretical framework and systematic evaluation. *Maternal and Child Health Journal, 16*(1), 177-187. doi:10.1007/s10995-010-0709-1
- Shrim, A., Ates, S., Mallozzi, A., Brown, R., Ponette, V., Levin, I., ... Almog, B. (2011). Is Young Maternal Age Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in a Canadian Tertiary Referral Hospital? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 24*(4), 218-222. doi:10.1016/j.jpag.2011.02.008
- Smith, C. (2018). Family, Academic, and Peer Group Predictors of Adolescent Pregnancy Expectations and Young Adult Childbearing. *Journal of Family Issues, 39*(4), 1008-1029. doi:10.1177/0192513X16684894
- Statistique Canada. (2020). Live births, by age of mother. Repéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310041601>
- Sullivan, K., Clark, J., Castrucci, B., Samsel, R., Fonseca, V. et Garcia, I. (2011). Continuing education mitigates the negative consequences of adolescent childbearing. *Maternal and Child Health Journal, 15*(3), 360-366. doi:10.1007/s10995-010-0585-8
- Tibingana-Ahimbisibwe, B., Katabira, C., Mpalampa, L. et Harrison, R. A. (2018). The effectiveness of adolescent-specific prenatal interventions on improving attendance and reducing harm during and after birth: A systematic review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 30*(3). doi:10.1515/ijamh-2016-0063
- Tessier, C. et Comeau, L. (2017, mars). *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire* (publication

n° 2243). Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2243_developpement_promotion_prevention_contexte_scolaire.pdf

Thielen, K. (2012). Exploring the Group Prenatal Care Model: A Critical Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 209-218. doi:10.1891/1058-1243.21.4.209

Tilghman, J. et Lovette, A. (2008). Prenatal Care: The Adolescent's Perspective. *Journal of Perinatal Education*, 17(2), 50-53. doi:10.1624/105812408x298390

Trotman, G., Chhatre, G., Darolia, R., Tefera, E., Damle, L. et Gomez-Lobo, V. (2015). The Effect of Centering Pregnancy versus Traditional Prenatal Care Models on Improved Adolescent Health Behaviors in the Perinatal Period. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(5), 395-401. doi:10.1016/j.jpag.2014.12.003

Tu, M.T et Poissant, J. (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe* (publication n° 2060). Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2060_effets_rencontres_prenatales_groupe.pdf

Turchetti, M. E. (2012). *A Relational Group Intervention for Teen Pregnancy* [Doctoral dissertation, Antioch University]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center.
http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=antioch1348758533

Verdy, J., Doan, V. B. K. et Aribaut, G. (2020). L'activité brise-glace en formation à distance. Centre de pédagogie universitaire, Université de Montréal.
https://cpu.umontreal.ca/fileadmin/cpu/documents/enseigner_distance/Activite_brise-glace_form_distance_CPU_2020.pdf

Vygotski, L. (1997 (1er éd. : 1934). *Pensée et langage* (3e éd.; traduction de Françoise Sève). Paris, France : La Dispute.

Vygotski, L. (2013 (1er éd. : 1934). *Pensée et langage* (4e éd.; traduction de Françoise Sève). Paris, France : La Dispute.

- Weimer, M. (2002). *Learner Centered Teaching: Five Key Changes to Practice*. Jossey-Bass, a Wiley Company.
- Whitworth, M., Cockerill, R. et Lamb, H. (2017). Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 27(2), 50-56. doi:10.1016/j.ogrm.2016.11.005
- Wigginton, B. et Lee, C. (2013). A story of stigma: Australian women's accounts of smoking during pregnancy. *Critical Public Health*, 23(4), 466-481. doi:10.1080/09581596.2012.753408
- Wise, N. J. (2015). Pregnant Adolescents, Beliefs About Healthy Eating, Factors that Influence Food Choices, and Nutrition Education Preferences. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(4), 410-418. doi:10.1111/jmwh.12275
- Wise, N. J. et Arcamone, A. A. (2011). Survey of adolescent views of healthy eating during pregnancy. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(6), 381-386. doi:10.1097/NMC.0b013e31822f4778
- Wise, N. J. et Cantrell, M. A. (2019). Effectiveness of recruitment and retention strategies in a pregnant adolescent nutrition intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 215-223. doi:10.1111/jan.13840
- World Health Organization. (2018). Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Repéré à: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/
- Wu, J. J. Y., Ahmad, N., Samuel, M., Logan, S. et Mattar, C. N. Z. (2021). The influence of web-based tools on maternal and neonatal outcomes in pregnant adolescents or adolescent mothers: Mixed methods systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8). doi:10.2196/26786
- Zielinski, R., Stork, L., Deibel, M., Kothari, C. L. et Searing, K. (2014). Improving Infant and Maternal Health through CenteringPregnancy: A Comparison of Maternal Health Indicators and Infant Outcomes between Women Receiving Group versus Traditional Prenatal Care. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 04(09), 497-505. doi:10.4236/ojog.2014.49071

Annexe A

Tableau résumé des interventions offertes aux adolescentes enceintes

Programme	Modalités	Objectifs	Résultats	Critique
<p>Programme de visites à domicile</p> <p>Family Nurse Partnership</p> <p>-Payne et Anastas (2015)</p> <p>-Olds, Henderson, Tatelbaum et Chamberlin (1986)</p> <p>-Landy, Jack, Wahoush, Sheehan et MacMillan (2012)</p> <p>-Nguyen et al. (2003)</p>	<p>Visites à domicile du début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans</p>	<p>1.Encourager l'adoption de comportements de santé sains afin de favoriser une grossesse saine et de prévenir des issues défavorables pour la mère et le nouveau-né</p> <p>2.Favoriser le développement et une santé optimale pour l'enfant en plus d'assurer une relation d'attachement entre la mère et l'enfant</p>	<p>-Meilleure alimentation lors de la grossesse</p> <p>-Réduction de la consommation de tabac</p> <p>-Diminution des naissances prématurées et de faible poids</p> <p>-Expérience très positive</p> <p>-Relation aidante avec l'infirmière, source importante d'informations et de soutien</p> <p>-Meilleures compétences maternelles grâce à leurs apprentissages</p>	<p>-Pas de composante sociale/réseau de soutien entre adolescentes enceintes</p> <p>-Environnement familial</p> <p>-Horaire flexible, accessibilité à un service individualisé</p> <p>-Intervention qui n'est pas créée seulement pour cette clientèle spécifique</p> <p>-Peu de résultats sur les comportements, mais plutôt sur le développement de l'enfant</p>
<p>Programmes en milieu scolaire</p>	<p>Programme scolaire</p> <p>Séances éducationnelles de groupe à</p>	<p>-Favoriser l'accessibilité et la compliance au service prénatal offert</p>	<p>-Augmentation de la fréquentation scolaire</p>	<p>-Conciliation-école et suivi prénatal évitant l'absentéisme scolaire</p>

<p>Prenatal Care at school</p> <p>Griswold et al. (2013)</p>	<p>chaque semaine, pour huit semaines consécutives</p>	<p>-Améliorer la compliance du suivi prénatal, la fréquentation scolaire et les connaissances des élèves en matière de santé prénatale.</p>	<p>-Augmentation des connaissances en matière prénatale</p> <p>-Perceptions d'une meilleure préparation à la grossesse et à l'accouchement</p>	<p>-N'atteignent pas une proportion des adolescentes enceintes, celles qui ont abandonné l'école</p> <p>-Création d'un réseau de soutien</p> <p>-Nécessitent d'être accompagnées</p>
<p>Break and Learn</p> <p>(Bergman, 1997)</p>	<p>Programme éducatif de 10 semaines en milieu scolaire</p> <p>Cuisine interactive</p>	<p>Que les adolescentes comprennent mieux les nutriments des aliments pour qu'elles évitent les carences, qu'elles soient enclines à faire des changements dans leur alimentation, qu'elles atteignent les recommandations de gain de poids lors de la grossesse et</p>	<p>-Gains de poids appropriés lors de la grossesse et aucune perte de poids</p> <p>-Majorité de naissances de nouveau-nés de poids normal à la naissance</p> <p>-Volonté de changer leurs comportements alimentaires</p>	<p>d'autres services prénataux complémentaires</p> <p><i>Prenatal care at school</i> : Aucun résultat spécifique en lien avec l'amélioration de comportements de santé</p> <p><i>Break and learn</i> :</p> <p>-Apprentissage actif avec une cuisine collective</p>

		qu'elles n'accouchent pas d'enfants de petit poids.		-Porte seulement sur un comportement, soit l'alimentation prénatale.
Programme en milieu hospitalier CenteringPregnancy -Adams et Picardo (2018) - Ickovics et al. (2016) -Grady et Bloom (2004) -Magriple et al. (2015)	Période d'autosoins suivie de rencontres de groupe	-Favoriser l' <i>empowerment</i> , le soutien et l'éducation chez les adolescentes enceintes	-Plus grande observance du suivi prénatal et postnatal -Taux supérieurs d'allaitement exclusif -Usage accru des moyens de contraception à long terme -Réduction du nombre de grossesses répétitives -Suivi des lignes directrices sur le gain de poids -Réduction des taux de dépression post-partum -Taux moindre de nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel et de naissances prématurées	-Environnement familial : milieu hospitalier - Plus de contact avec une infirmière lors du suivi prénatal -Intervention complète : <i>empowerment</i> , éducation et socialisation -Interactions possibles entre adolescentes vivant la même situation (camaraderie, réseau de soutien) -Pas de cadre de référence

			<p>-Réduction du taux d'hospitalisations à une unité de néonatalogie</p> <p>-Grande satisfaction des participantes au programme</p> <p>-Soutien social positif perçu à la suite de la participation au programme</p> <p>-Moins isolées et marginalisées</p>	
--	--	--	---	--

Annexe B

Stratégies de recherche

Stratégie de recherche – Comportements à risque chez les adolescentes enceintes

1.1 PubMed 8 mai 2020

#1	Grossesse	Pregnancy[Mj] OR Pregnant Women[Mj] OR Pregnan*[ti] OR Gestation*[ti] OR Prenatal[ti] OR Pre natal[ti] OR Pregnan*[OT] OR Gestation*[OT] OR Prenatal[OT] OR Pre natal[OT]
#2	Ado	Adolescent[mh] OR Adolesc*[ti] OR Teen*[ti] OR juvenile[ti] OR youth*[ti] OR Young[ti] OR Adolesc*[OT] OR Teen*[OT] OR juvenile[OT] OR youth*[OT] OR Young[OT]
#3	Grossesse ado	Pregnancy in Adolescence[Mj]
#4	Comportement à risque	Risk-Taking[Mj] OR ((Risk[ti] OR Risks[ti] OR Risky[ti]) AND (taking[ti] OR behavi*[ti] OR pattern*[ti])) OR ((Risk[OT] OR Risks[OT] OR Risky[OT]) AND (taking[OT] OR behavi*[OT] OR pattern*[OT]))
#5	Prévention/promotion	Risk Reduction Behavior[MJ] OR MM(Harm Reduction)
#6	NOT	Africa[MH] OR (Asia[MH] NOT (japan[mh] OR Korea[mh] OR taiwan[mh] OR singapore[mh] OR hong kong[mh])) OR Caribbean Region[MH] OR Far East[MH] OR South America[MH] OR Central America[MH] OR Latin America[MH] OR Indian Ocean Islands[MH] OR (africa*[TI] NOT american[ti]) OR asia*[TI] OR bangladesh[TI] OR

		<p>brazil*[TI] OR brasil*[TI] OR burkina faso[TI] OR china[TI] OR chinese*[TI] OR egypt*[TI] OR ethiopia*[ti] OR haïti*[TI] OR india*[TI] OR indonesia*[TI] OR iran*[TI] OR ghana[TI] OR kenya[TI] OR madagascar*[TI] OR malawi[TI] OR mexic*[TI] OR nepal*[TI] OR nigeria*[TI] OR pakistan*[TI] OR philippine*[TI] OR puerto ric*[TI] OR saudi arabia*[TI] OR united arab emirates[TI] OR tanzania*[TI] OR thailand*[TI] OR tunisia*[TI] OR turk*[TI] OR tropical*[TI] OR ugand*[ti] OR vietnam*[TI]</p>
#7	Combinaison et limitations	<p>((((#1 AND #2) OR #3) AND #4) NOT #5) AND (english[LA] OR french[LA]))</p> <p>360 résultats</p>

S1	Grossesse	MM(Pregnancy+) OR MM(Expectant Mothers) OR TI(Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Pre natal)
S2	Ado	MH(adolescence) OR TI(Adolesc* OR Teen* OR juvenile OR youth* OR Young)
S3	Grossesse ado	MM(Pregnancy in Adolescence+)
S4	Comportement à risque	MM(Attitude to Risk) OR MM(Risk Taking Behavior+) OR TI((Risk OR Risks OR Risky) AND (taking OR behavi* OR pattern*))

S6	NOT	<p>MH(Africa+) OR (MH(Asia+) NOT ((MH(japan) OR MH(Korea) OR MH(taiwan) OR MH(singapore) OR MH(hong kong))) OR MH(Caribbean Region) OR MH(west indies+) OR MH(South America+) OR MH(Central America+) OR MH(Latin America) OR TI((africa* NOT american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haïti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*))</p>
S7	Combinaison	<p>((((S1 AND S2) OR S3) AND S4) NOT S5) AND LA(english OR french))</p> <p>195 Résultats</p>

1.2 CINAHL 8 mai 2020

1.3 Embase 8 mai 2020

1	Grossesse	<p>Exp *Pregnancy/ OR *Pregnant Woman/ OR (Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Pre natal).ti,kw</p>
2	Ado	<p>Exp adolescence/ OR Exp adolescent/ OR (Adolesc* OR Teen* OR juvenile Or youth* OR Young).ti,kw</p>
3	Grossesse ado	<p>*Adolescent pregnancy/</p>

4	Comportement à risque	*high risk behavior/ OR ((Risk OR Risks OR Risky) AND (taking OR behavi* OR pattern*)).ti,kw
5	NOT	Exp Africa/ OR (Exp Asia/ NOT (japan/ OR exp Korea/ OR taiwan/ OR singapore/ OR hong kong/)) OR exp "South and Central America"/ OR conference abstract.pt OR ((africa* NOT american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haiti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*).ti,kw
6	Combinaison	((((1 AND 2) OR 3) AND 4) NOT 5) AND (english OR french).lg 264 résultats

1	Grossesse	Exp *Pregnancy/ OR (Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Prenatal).ti,id
2	Ado	200.ag OR (Adolesc* OR Teen* OR juvenile OR youth* OR Young).ti,id
3	Grossesse ado	*Adolescent pregnancy/
4	Comportement à risque	exp *risk taking/ OR ((Risk OR Risks OR Risky) AND (taking OR behavi* OR pattern*)).ti,id

5	NOT	((africa* Not american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haiti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*).ti,id
6	Combinaison	(((1 AND 2) OR 3) AND 4) NOT 5) AND (english OR french).lg 387 résultats

1.4 PsycINFO 8 mai 2020

Stratégie de recherche – Promotion de comportements sains chez les adolescentes enceintes

2.1 PubMed 8 mai 2020

#1	Grossesse	Pregnancy[Mj] OR Pregnant Women[Mj] OR Pregnan*[ti] OR Gestation*[ti] OR Prenatal[ti] OR Pre natal[ti] OR Pregnan*[OT] OR Gestation*[OT] OR Prenatal[OT] OR Pre natal[OT]
#2	Ado	Adolescent[mh] OR Adolesc*[ti] OR Teen*[ti] OR juvenile[ti] OR youth*[ti] OR Young[ti] OR Adolesc*[OT] OR Teen*[OT] OR juvenile[OT] OR youth*[OT] OR Young[OT]
#3	Grossesse ado	Pregnancy in Adolescence[Mj]

#4	Promotion comportements sains	Risk Reduction Behavior[MJ] OR Health Promotion[MJ] OR ((healthy[ti] OR healthier[ti]) AND (lifestyle*[ti] OR behavi*[ti])) OR healthful[ti] OR ((healthy[OT] OR healthier[ti]) AND (lifestyle*[OT] OR behavi*[OT])) OR healthful[OT]
#5	NOT	Africa[MH] OR (Asia[MH] NOT (japan[mh] OR Korea[mh] OR taiwan[mh] OR singapore[mh] OR hong kong[mh])) OR Caribbean Region[MH] OR Far East[MH] OR South America[MH] OR Central America[MH] OR Latin America[MH] OR Indian Ocean Islands[MH] OR (africa*[TI] NOT american[ti]) OR asia*[TI] OR bangladesh[TI] OR brazil*[TI] OR brasil*[TI] OR burkina faso[TI] OR china[TI] OR chinese*[TI] OR egypt*[TI] OR ethiopia*[ti] OR haïti*[TI] OR india*[TI] OR indonesia*[TI] OR iran*[TI] OR ghana[TI] OR kenya[TI] OR madagascar*[TI] OR malawi[TI] OR mexic*[TI] OR nepal*[TI] OR nigeria*[TI] OR pakistan*[TI] OR philippine*[TI] OR puerto ric*[TI] OR saudi arabia*[TI] OR united arab emirates[TI] OR tanzania*[TI] OR thailand*[TI] OR tunisia*[TI] OR turk*[TI] OR tropical*[TI] OR ugand*[ti] OR vietnam*[TI]
#6	Combinaison et limitations	((((#1 AND #2) OR #3) AND #4) NOT #5) AND (english[LA] OR french[LA])) 185 résultats

2.2 CINAHL 8 mai 2020

S1	Grossesse	MM(Pregnancy+) OR MM(Expectant Mothers) OR TI(Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Pre natal)
----	-----------	--

S2	Ado	MH(adolescence) OR TI(Adolesc* OR Teen* OR juvenile OR youth* OR Young)
S3	Grossesse ado	MM(Pregnancy in Adolescence+)
S4	Promotion comportements sains	MM(Harm Reduction) OR MM(Health Promotion) OR TI(((healthy OR healthier) AND (lifestyle* OR behavi*))) OR healthful
S5	NOT	MH(Africa+) OR (MH(Asia+) NOT ((MH(japan) OR MH(Korea) OR MH(taiwan) OR MH(singapore) OR MH(hong kong))) OR MH(Caribbean Region) OR MH(west indies+) OR MH(South America+) OR MH(Central America+) OR MH(Latin America) OR TI((africa* NOT american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haïti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*))
S6	Combinaison	(((S1 AND S2) OR S3) AND S4) NOT S5) AND LA(english OR french)) 124 Résultats

2.3 Embase 8 mai 2020

1	Grossesse	Exp *Pregnancy/ OR *Pregnant Woman/ OR (Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Pre natal).ti,kw
---	-----------	--

2	Ado	Exp adolescence/ OR Exp adolescent/ OR (Adolesc* OR Teen* OR juvenile Or youth* OR Young).ti,kw
3	Grossesse ado	*Adolescent pregnancy/
4	Promotion comportements sains	*Health Promotion/ OR *risk reduction/ OR (((healthy OR healthier) AND (lifestyle* OR behavi*)) OR healthful).ti,kw
5	NOT	Exp Africa/ OR (Exp Asia/ NOT (japan/ OR exp Korea/ OR taiwan/ OR singapore/ OR hong kong/)) OR exp "South and Central America"/ OR conference abstract.pt OR ((africa* NOT american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haiti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*).ti,kw
6	Combinaison	(((1 AND 2) OR 3) AND 4) NOT 5) AND (english OR french).lg 137 résultats

2.4 PsycINFO 8 mai 2020

1	Grossesse	Exp *Pregnancy/ OR (Pregnan* OR Gestation* OR Prenatal OR Pre natal).ti,id
2	Ado	200.ag OR (Adolesc* OR Teen* OR juvenile OR youth* OR Young).ti,id

3	Grossesse ado	*Adolescent pregnancy/
4	Promotion comportements sains	*Health Promotion/ OR *Harm Reduction/ OR (((healthy OR healthier) AND (lifestyle* OR behavi*)) OR healthful).ti,id
5	NOT	((africa* Not american) OR asia* OR bangladesh OR brazil* OR brasil* OR burkina faso OR china OR chinese* OR egypt* OR ethiopia* OR haiti* OR india* OR indonesia* OR iran* OR ghana OR kenya OR madagascar* OR malawi OR mexic* OR nepal* OR nigeria* OR pakistan* OR philippine* OR puerto ric* OR saudi arabia* OR united arab emirates OR tanzania* OR thailand* OR tunisia* OR turk* OR tropical* OR ugand* OR vietnam*).ti,id
6	Combinaison	(((1 AND 2) OR 3) AND 4) NOT 5) AND (english OR french).lg 116 résultats

Annexe C

Formulaire d'information et de consentement du comité d'éthique



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Intervention infirmière d'empowerment de groupe pour favoriser l'adoption de comportements sains chez des adolescentes enceintes lors de rencontres prénatales

Personnes responsables :

- Marilyn Aita, chercheuse responsable au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Anouk Landry, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal
- Marjolaine Héon, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Cynthia Garcia, cadre-conseil en sciences infirmières, direction des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal

Source de financement : Ce projet de stage à la maîtrise est financé par les fonds personnels de l'étudiante.

POURQUOI ÊTES-VOUS INVITÉE À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE ?

La clinique de grossesse à l'adolescence participe à des projets de recherche dans le but d'améliorer les services offerts adaptés aux besoins des adolescentes enceintes. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un projet de recherche qui est aussi un stage de maîtrise. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour décider.

POURQUOI MÈNE-T-ON CE PROJET DE RECHERCHE?

Une grossesse à l'adolescence peut représenter de nombreux défis, en lien avec votre transition vers la vie adulte et votre futur rôle de mère. Cette grossesse entraîne des changements qui se répercutent dans toutes les sphères de votre vie et qui nécessitent une grande adaptation de votre part. Il est parfois difficile de savoir quels comportements

adopter lors de la grossesse, mais une alimentation saine et équilibrée, un environnement sans fumée, une absence de consommation d'alcool et de drogues ainsi que des relations sexuelles protégées demeurent un idéal à atteindre pour favoriser le développement optimal de votre fœtus. C'est pourquoi nous vous offrons une intervention vous permettant d'obtenir toutes les informations nécessaires et les stratégies pour adopter des comportements sains lors de votre grossesse et prendre des décisions pour favoriser votre santé et celle de votre fœtus.

Nous vous invitons à participer à un projet de maîtrise qui vise à adapter et mettre à l'essai une intervention infirmière virtuelle de groupe auprès d'adolescentes enceintes visant à favoriser l'adoption de comportements sains lors de la période prénatale.

COMBIEN DE PERSONNES PARTICIPERONT AU PROJET DE RECHERCHE ?

Un groupe d'adolescentes enceintes de la clinique de grossesse à l'adolescence du CHU Sainte-Justine prendront part à ce projet de recherche. Un minimum de 6 participantes devra être recruté pour que l'intervention ait lieu et les adolescentes enceintes admissibles seront acceptées jusqu'à un maximum de douze participantes.

COMMENT SE DÉROULERA LE PROJET DE RECHERCHE?

Nous désirons favoriser l'adoption de comportements sains lors de la grossesse, par l'intermédiaire de discussions de groupe entre adolescentes enceintes. Vous aurez à participer à des séances de discussion virtuelles de groupe qui aborderont différents thèmes en lien avec les comportements lors de la grossesse, tels que l'alimentation, la consommation de tabac, drogues et alcool et les relations sexuelles. Grâce au service de visioconférence Zoom, il sera possible de vous connecter sur un appareil électronique pour assister aux séances virtuellement. Vous aurez à répondre à une seule reprise, à un questionnaire sociodémographique (environ 1 minute), un questionnaire sur vos comportements prénataux (environ 1 min 30) ainsi qu'à un questionnaire d'évaluation qui portera sur votre sentiment d'autonomie et de réussite personnelle (*empowerment*), vos comportements prénataux et votre satisfaction à la suite des trois séances de discussion (moins de 5 minutes).

Un suivi prénatal individuel effectué par une infirmière clinicienne est déjà en place à la clinique de grossesse à l'adolescence, ainsi l'intervention proposée lors de ce stage est une intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe auprès de la clientèle adolescente enceinte, qui se veut complémentaire à ce suivi prénatal. Une communication constante sera effectuée avec l'infirmière responsable de la clinique de grossesse à l'adolescence,

pour permettre de répondre conformément aux besoins et questionnements manifestés des participantes lors de l'intervention.

COMBIEN DE TEMPS DURERA LA PARTICIPATION À CE PROJET DE RECHERCHE?

Vous devrez assister à trois séances de discussion de groupe auront lieu virtuellement. Celles-ci dureront entre 60 et 90 minutes et seront espacées par une semaine. Ainsi, l'intervention s'échelonne sur deux semaines.

Y-A-T-IL DES AVANTAGES À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE?

Nous espérons que cette intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe sera personnellement bénéfique pour les participantes. Un avantage potentiel que nous souhaitons est l'adoption de comportements sains lors de la grossesse en lien avec l'alimentation prénatale, une diminution ou une cessation de la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues lors de la grossesse ainsi que des relations sexuelles protégées et sécuritaires. Nous croyons que cela sera possible par la construction de connaissances sur les comportements lors de la grossesse et le développement de l'*empowerment* des participantes lors des rencontres de groupe sollicitant leur participation et leur engagement. Nous espérons également que les adolescentes enceintes soient en mesure de créer des liens entre elles, de façon à favoriser un esprit de solidarité et qu'elles créent un réseau de soutien pour s'entraider face aux défis que représente une grossesse à l'adolescence.

QUELS SONT LES RISQUES?

Il n'y a pas de risque connu à la participation à ce projet. Cependant, le temps que vous consacrerez aux rencontres et à compléter les questionnaires peut être considérés comme un inconvénient à votre participation. Pour minimiser ces inconvénients, nous offrons un nombre de rencontres restreint à trois et un horaire préétabli pour toutes les séances de groupe prévues qui vous sera fourni le plus tôt possible dans le processus de recrutement.

De plus, les sujets abordés sont délicats et pourraient vous occasionner de l'inconfort ou un certain malaise, ainsi vous aurez le choix de partager vos expériences personnelles et vos habitudes de vie à votre guise. Rien ne vous oblige à divulguer des informations auxquelles vous ne seriez pas à l'aise de partager au groupe. De plus, des règles

de conduite seront établies dès le départ pour tout le groupe, de façon à établir un lieu neutre, sans jugement et empreint de respect.

QUELLES SONT LES AUTRES OPTIONS?

Au lieu de participer à ce projet de recherche, vous pouvez recevoir le suivi prénatal individuel standard avec l’infirmière de la clinique de grossesse à l’adolescence, sans l’intervention de groupe. Veuillez noter que vous obtiendrez également ce suivi individuel en adhérant à l’intervention de groupe offerte. Veuillez discuter avec votre infirmière des options qui s’offrent à vous.

Y A-T-IL DES ASPECTS FINANCIERS À CONSIDÉRER OU COMPENSATIONS OFFERTES?

Aucun coût n’est associé à la participation à cette intervention de groupe. En guise de remerciement à votre participation, un bon d’achat d’une valeur de 20\$ pour des articles pour bébé vous sera remis à la suite de la troisième rencontre.

COMMENT LA CONFIDENTIALITÉ EST-ELLE ASSURÉE?

Afin de favoriser la confidentialité, des discussions et le retrait dans une pièce privée sont fortement recommandés. De plus, tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Votre identité sera protégée en remplaçant votre nom par un code de recherche. Seule l’équipe de recherche aura accès au lien entre le code et votre nom. L’accès aux données des questionnaires sera limité à l’étudiante-stagiaire. Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d’assurer votre protection, le comité d’éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine où une personne mandatée par celui-ci pourrait consulter votre dossier de recherche. Ils adhèrent tous à une politique de confidentialité.

Tous les formulaires de consentement et les questionnaires seront conservés de façon confidentielle aux fins exclusives du présent projet. Toute copie papier sera gardée sous clé dans une filière sous la responsabilité de Marjolaine Héon, à la faculté des sciences infirmières de l’Université de Montréal, pour une durée maximale de sept ans suivant la fin de l’intervention, pour ensuite être détruite. Seules les chercheuses responsables, Marjolaine Héon

et Marilyn Aita et l'étudiante-stagiaire, Anouk Landry auront accès à cette filière. Votre nom n'apparaîtra sur aucun questionnaire ou fichier informatique.

Les résultats généraux de ce projet de recherche pourront être publiés ou présentés lors de conférences scientifiques. Votre identité ou toute autre information confidentielle à votre sujet ne seront en aucun cas diffusées.

De plus, pour assurer au maximum la confidentialité lors des rencontres virtuelles, un ID de réunion aléatoire sera généré afin qu'il ne puisse pas être partagé plusieurs fois et la rencontre sera protégée par un mot de passe qui vous sera fourni seulement à vous et aux autres participantes. De plus, vous vous retrouverez dans une zone d'attente virtuelle jusqu'à ce que l'infirmière vous admette à la rencontre, de façon à contrôler l'arrivée des participantes et éviter les intrus. Finalement, il vous est demandé de choisir un endroit où vous serez seule pour la durée de la rencontre dans l'objectif de favoriser au maximum la confidentialité.

ÊTES-VOUS LIBRE DE PARTICIPER?

Oui. La participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à cette intervention infirmière virtuelle d'*empowerment* de groupe. Vous pouvez décider de cesser de participer au projet de recherche à n'importe quel moment. Si vous ne participez pas au projet de recherche ou vous vous retirez, cela n'affectera pas la qualité des soins qui vous seront offerts. Si vous vous retirez du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant l'intervention infirmière, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-stagiaire responsable du projet de votre hôpital : Anouk Landry, B.Sc.Inf, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (Courriel : anouk.landry@umontreal.ca)

Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine (514-345-4749).

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi.

CONSENTEMENT

Intervention infirmière d'empowerment de groupe pour favoriser l'adoption de comportements sains chez des adolescentes enceintes lors de rencontres prénatales

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte de participer à cette intervention infirmière virtuelle d'empowerment de groupe.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

_____	_____	
Nom de la participante	Consentement (signature)	Date
(Lettres moulées)		

J'ai expliqué à la participante tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

_____	_____	
Nom de la personne qui obtient le consentement	(signature)	Date
(Lettres moulées)		

Annexe D

**Questionnaire sociodémographique, sur les comportements
prénataux et d'appréciation de l'intervention**

Questionnaire sociodémographique

À propos de toi:

Âge :

Niveau de scolarité :

À propos de ta famille ou des gens avec qui tu habites:

Qui dans ta vie considères-tu comme une forme de soutien ?

Avec qui habites-tu présentement?

Quelle est ta principale source de revenus?

- Travail
- Assurance travail
- Sécurité sociale
- Soutien des parents
- Autre

À propos de ta grossesse:

Est-ce que c'est ta première grossesse?

- Oui
- Non

Si non, quel a été le dénouement de la dernière grossesse?

- Un bébé en santé qui habite avec moi
- Fausse couche
- Avortement
- Adoption
- Autre:

À combien de semaines de gestation es-tu rendue ?

Est-ce que cette grossesse était planifiée?

- Oui
- Non

Questionnaire sur tes comportements prénataux

L'alimentation :

A. Quelle boisson consommes-tu principalement ?

Eau Boisson gazeuse Lait Jus

B. À quelle fréquence manges-tu de la « restauration rapide » ?

Rarement ou Environ 1 fois par Plusieurs fois par Tous les jours
jamais semaine semaine

C. Quelle quantité de fruits et légumes manges-tu par jour?

Réponse : |__|

D. À quelle fréquence prends-tu ta multivitamine prénatale?

Rarement ou Environ 1 fois par Plusieurs fois par Tous les jours
jamais semaine semaine

E. Fais-tu souvent des recettes?

Rarement ou jamais Occasionnellement Régulièrement

La consommation :

F. Est-ce que tu fumes actuellement ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ? |__|__| cigarettes

Si oui, depuis quand?

0 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans 2 ans et plus

Si oui, as-tu déjà tenté d'arrêter? Oui Non

G. As-tu des personnes de ton entourage qui fument? Oui Non

H. Bois-tu de l'alcool depuis la découverte de ta grossesse (bière, cidre, vin, alcool fort)?
Oui Non

Si oui, à quelle fréquence consommes-tu de l'alcool?

Rarement ou jamais	Environ 1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------

I. Consommes-tu de la marijuana depuis la découverte de ta grossesse ? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence?

Jamais	1 à 3 fois par mois	1 à 2 fois par semaine	3 à 5 fois par semaine	Tous les jours
--------	------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------

J. Consommes-tu d'autres drogues depuis la découverte de ta grossesse ?

Si oui, à quelle fréquence?

Jamais	1 à 3 fois par mois	1 à 2 fois par semaine	3 à 5 fois par semaine	Tous les jours
--------	------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------

La sexualité :

K. Es-tu active sexuellement depuis le début de ta grossesse? Oui Non

L. Utilises-tu un moyen contraceptif lors de tes rapports sexuels?

Jamais ou rarement	Souvent	Toujours
--------------------	---------	----------

Si oui, le(s)quel(s)?

Réponse :

Questionnaire d'appréciation de l'intervention

Instruction : coche la case qui correspond le mieux à ta perception

Sujet	Énoncé	Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
A Engagement et contrôle face à la grossesse	L'intervention a favorisé mon engagement face à ma grossesse					
	L'intervention a favorisé mon sentiment de contrôle face à ma grossesse					
B -Participation	L'intervention a favorisé ma participation aux discussions de groupe					
	L'intervention m'a permis de faire des rencontres avec d'autres adolescentes enceintes vivant une situation semblable à la mienne					
c-Conscience critique	L'intervention m'a fait réfléchir sur mes comportements prénataux (alimentation, consommation d'alcool/tabac/drogues,					

	relations sexuelles)					
d-Estime de soi	L'intervention m'a fait comprendre que j'étais en mesure d'effectuer des changements face à mes comportements prénataux					
e-Compétence	L'intervention m'a permis d'acquérir des connaissances sur l'alimentation saine et équilibrée, les effets de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac et sur les relations sexuelles sécuritaires lors de la grossesse					
F Changements de comportements prénataux	L'intervention m'a permis d'adopter des comportements sains lors de ma grossesse					
	Si oui, lequel ou lesquels ?					

G Satisfaction	L'intervention était adaptée à mon âge et à ma situation					
	En général, je suis satisfaite de l'intervention					
	Le nombre et la durée des rencontres étaient appropriés					
Qu'as-tu pensé de l'intervention offerte en virtuel ?						
Qu'as-tu le plus aimé de cette intervention ?						
Qu'as-tu le moins aimé de cette intervention ?						
As-tu des suggestions pour améliorer l'intervention?						

Annexe E

Déroulement du stage clinique

Dates	Activités du stage
29 janvier	Approbation scientifique
9 mars	Approbation éthique
11 mars au 1 ^{ier} avril	Période de recrutement : <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre d'informations • Signature du consentement • Complétion du questionnaire sociodémographique et du questionnaire sur les comportements prénataux
7 avril	1 ^{ière} rencontre – 90 minutes
15 avril	2 ^{ème} rencontre – 40 minutes
20 avril	3 ^{ème} rencontre – 70 minutes et complétion du questionnaire d'évaluation

Annexe F

Contenu des rencontres prénatales de groupe

1. Première rencontre

A. Présentation de l'animatrice

« Bonjour, je m'appelle Anouk Landry, je suis infirmière depuis déjà quatre ans. J'ai travaillé par le passé en périnatalité et je suis maintenant en néonatalogie. Je fais actuellement ma maîtrise et je vous rencontre dans le cadre de mon stage. »

B. Motivations

« Mon projet de stage consiste à mettre sur pied une intervention infirmière d'*empowerment* de groupe chez des adolescentes dans le but de favoriser une grossesse saine. Je suis super contente de concrétiser ce projet avec vous! »

C. Faire remplir le questionnaire sociodémographique

D. Activité brise-glace en formation à distance (Verdy, Doan et Aribaut, 2020)

-Je vais vous demander, en 5 minutes, de trouver le plus de choses que tous les membres du groupe ont en commun.

-Alors, combien avez-vous de points en commun ? Tour à tour, nommez-moi les points les plus intéressants/importants.

-Je constate que vous avez plusieurs points en commun, des points en commun qui prennent beaucoup de place dans votre vie en ce moment, comme votre grossesse et votre jeune âge.

-J'ai fait cette activité brise-glace, pour que vous fassiez connaissance, mais aussi pour que prendre connaissance de qui compose le groupe. Tout en étant unique, vous vivez des situations semblables qui pourraient vous permettre de mieux comprendre ce que l'autre vit en ce moment.

E. Présentation individuelle des participantes

-Quelle est votre histoire? Dites-moi ce que vous considérez important sur votre expérience de grossesse jusqu'à maintenant.

-Au besoin, je peux vous donner des pistes d'idées : combien de semaines de grossesse, déroulement de la grossesse, entourage, défis, inquiétudes, attentes, etc...

F. Explications sur le fonctionnement et le but des rencontres

-Lieu neutre, sans jugement

-But des rencontres en groupe : Apprentissage, *empowerment*, socialisation

-Fonctionnement en virtuel : participation interactive et active, ouvrir vos caméras et micros

-Quelles sont vos attentes ?

-Leur rôle : participation (interactions, discussion, questions)

-Mon rôle : dirige, guide la discussion

-Est-ce que tout le monde est à l'aise à ce que l'on se tutoie?

G. Horaire et contenu des rencontres

- Horaire : 1h à 1h30 à chaque semaine x 3 rencontres

-Sujets tabous : respect de ce que vous voulez partager ou non

H. Incitatifs à participer aux trois rencontres

-Avantages des rencontres : apprentissage, socialisation

-Avantages de l'intervention en virtuel : pas de déplacement/transport, pas de port de masque ou de risque de contagion


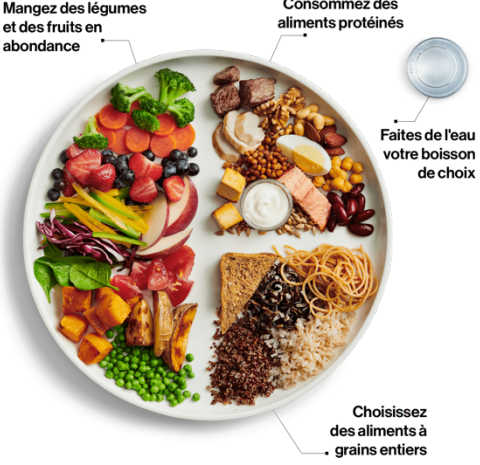
-Bons d'achat remis aux participantes en guise de remerciement

I. Discutons

Thèmes	Questions	Pistes de réponses basées sur :
<u>-Stratégies</u>		1. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans de Doré et Le Hénaff (2020)

<p><u>d'apprentissage</u> <u>(connaissances)</u></p> <p><u>-Stratégies</u> <u>favorisant</u> <u>l'empowerment</u></p>		<p>2. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé (Gouvernement du Canada, 2009)</p> <p>3. Guide alimentaire canadien : Une saine alimentation pendant la grossesse et l'allaitement (Gouvernement du Canada, 2020)</p>
<p><u>-Réflexion sur</u> <u>comportements</u> <u>prénataux) =</u> <u>favorise la</u> <u>participation et la</u> <u>conscience critique</u> <u>individuelle</u> <u>(EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Comment vous sentez-vous face à vos comportements actuels ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alimentation -Consommation -Relations sexuelles 	<p>Le but est d'introduire le thème des comportements prénataux et de susciter la conversation</p> <p>Bons comportements en général: Tant mieux, c'est signe que vous êtes sur la bonne voie et ça permet de mieux cibler les comportements à améliorer</p> <p>Plusieurs comportements à améliorer : Il ne faut pas s'en faire, les rencontres vont vous permettre de trouver des trucs faciles et des ressources pour adopter des comportements sains lors de votre grossesse.</p>
	<p>Depuis le début de votre grossesse, aviez-vous pensé à ces sujets-là ?</p> <p>Avez-vous commencé à faire des changements à cause de votre grossesse ?</p>	<p>Il n'est jamais trop tard pour effectuer des changements ! Vous n'êtes pas à la moitié de votre grossesse, alors le moindre changement que vous serez en mesure d'effectuer fera la différence pour vous et votre bébé !</p>

<p><u>-Possibilité de renforcement positif si réflexion entamée ou si changements effectués = favorise estime de soi (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Selon vous, pourquoi est-il important d'aborder les comportements lors de la grossesse?</p>	<p>Tous les comportements énumérés peuvent avoir des conséquences pour votre fœtus.</p>
	<p>Quel comportement est le plus important pour vous ?</p>	
	<p>Quels sont vos buts personnels en lien avec les comportements ciblés?</p>	<p>-Alimentation -Consommation -Sexualité</p>
	<p>Quelles actions concrètes pouvez-vous effectuer pour y arriver ?</p>	
<p>Manger sainement <u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = éducation prénatale</u></p>	<p>Selon vous, qu'est-ce que c'est qu'une alimentation saine lors de la grossesse?</p>	<p>Manger de façon diversifiée et régulière (trois repas par jour + collations), multivitamines, éviter diètes restrictives, précautions pour éviter les infections d'origine alimentaire¹</p> <p>Permet d'aller chercher tous les éléments nutritifs essentiels et d'éviter les baisses d'énergie durant la journée.</p>
	<p>Quels sont les avantages à bien manger pendant la grossesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Bon déroulement de la grossesse, croissance, développement et santé de votre bébé, au maintien/amélioration de votre santé¹ • Procure les vitamines, minéraux et nutriments dont vous et votre bébé avez besoin³

		<ul style="list-style-type: none"> • Peut aussi vous aider à vous sentir bien, avoir plus d'énergie et prendre le poids recommandé »³ <p>Effets inverses si mauvaise alimentation !</p>
<p>Votre assiette</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = usage du dessin et d'un support visuel (image assiette) = favorise la participation (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Petit exercice :</p> <p>Prenez un crayon et une feuille et dessinez un cercle. Je vous laisse 1 minute pour dessiner ce que vous avez mangé hier pour souper (incluant breuvage/collation/dessert)?</p>	<p>« Prendre conscience de vos habitudes alimentaires ! Ça vous permettra de faire de meilleurs choix alimentaires. Pour y arriver : prenez le temps de manger, planifiez vos repas et collations, diminuez les sources de distraction au moment de manger, intégrez votre culture/goûts »³</p>
<p><u>-Possibilité de renforcement positif : Occasion de souligner les éléments positifs de leur repas = favorise estime de soi(EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Est-ce que votre assiette ressemblait à celle-ci ? En termes de quantité, d'aliments ?</p>  <p>Qu'est-ce qui est important de retenir dans cette image selon vous ?</p>	 <p>« Savourez une variété d'aliments sains tous les jours : Essayez de remplir la moitié de votre assiette de fruits et légumes lors des repas et des collations³ »</p> <p>« Choisissez des collations santé : Essayez de garder des fruits sur le comptoir, de couper des légumes</p>

	<p>Avez-vous des trucs pour y parvenir ?</p>	<p>d'avance, de préparer des muffins/barres céréales et les conserver au congélateur, garder des pois chiches grillés et des noix dans votre sac »³</p> <p>« Choisissez des boissons saines : Essayez d'avoir toujours à la main une bouteille d'eau réutilisable »³</p>
<p>Besoins nutritionnels</p> <p><i>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</i></p>	<p>Quels sont les besoins nutritionnels supplémentaires puisque vous êtes enceintes ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Fer : Le fer est important pour le sang, il vous en faut suffisamment pour assurer la croissance normale de votre bébé et lui fournir le fer dont il aura besoin après sa naissance. »³ • « Acide folique : Nécessaire pour réduire le risque de certaines malformations chez le nouveau-né, telles qu'une anomalie du tube neural. »¹
	<p>Puisque vous êtes jeunes, y a-t-il des différences quant à vos besoins nutritionnels lors de la grossesse ?</p> <p>Si oui, lesquels ?</p>	<p>« Besoins nutritionnels spécifiques aux adolescentes enceintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les adolescentes (enceintes ou non) ont besoin de plus de calcium que les femmes adultes. »² • « Les adolescentes enceintes ont aussi besoin de plus grandes quantités d'autres nutriments (comme le zinc) que les autres adolescentes. »²
	<p>Comment faire pour s'assurer de combler les besoins nutritionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Calcium : En suivant Guide alimentaire canadien recommandé chez les femmes de 14 à 18 ans. »²

	<p>propres à votre grossesse et à votre âge ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Zinc, acide folique et fer : En prenant chaque jour une multivitamine. »² • « Fer : Essayez d'augmenter votre apport en consommant des aliments riches en fer (tofu, œufs, poisson, grains entiers, viandes maigres, volaille, haricots, pois et lentilles) »³
<p><u>-Stratégie</u> <u>d'APPRENTISSAGE =</u> <u>questions ouvertes =</u> <u>discussions</u> <u>interactives</u></p>	<p>Donc, il faut prendre une multivitamine tous les jours (16 à 20 mg de fer et 0,4 mg d'acide folique) et avoir une alimentation saine et équilibrée.</p> <p>Est-ce que certaines d'entre vous ont de la difficulté à la prendre ? Et pourquoi ?</p>	<p>« Possibilité d'évoquer les nausées qui s'échelonnent jusqu'à la 22^e semaine de gestation.</p> <p>« Prévention</p> <p>La prise d'une multivitamine permet également de diminuer la fréquence et la sévérité des nausées et des vomissements durant la grossesse. En effet, la prise de multivitamines aurait pour effet d'optimiser l'état nutritionnel et le métabolisme de la femme enceinte.</p> <p>Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenter de manger avant d'avoir faim ou aussitôt que la faim se fait sentir, pour éviter d'avoir l'estomac vide; • Manger un peu avant de se lever le matin : biscottes, craquelins, pain grillé;

		<ul style="list-style-type: none"> • Manger une collation riche en protéines avant de se mettre au lit : noix, yogourt, fromage; • Prendre de petits repas légers et fréquents (toutes les deux ou trois heures par exemple) et éviter d'en sauter; • Manger des aliments dont on a envie; • Éviter les aliments très gras ou épicés; • Privilégier des boissons froides, acides (par ex., limonade) ou aromatiques (par ex., tisanes à la menthe ou à l'orange); • Boire entre les repas, plutôt qu'en mangeant; • Se reposer (par ex., faire des siestes, écourter les journées de travail); • Éviter certains stimuli dans l'environnement (par ex., odeurs fortes, chaleur, humidité, bruits, etc.); • Se lever lentement de son lit ou de sa chaise et éviter les changements brusques de position. » <p>(Lévesque et Lefebvre, 2011).</p>
<p>Quantité</p> <p><u>-Stratégie</u> <u>d'APPRENTISSAGE =</u> <u>questions ouvertes =</u></p>	<p>Qu'en est-il de la quantité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levez la main ceux qui pensent qu'il faut manger moins qu'avant la grossesse ? • Levez la main celles qui pensent qu'il faut manger comme d'habitude et ne pas changer ses proportions ? 	<p>Augmentation de vos besoins en éléments nutritifs et en énergie, vous devez donc manger un peu plus qu'à l'habitude, surtout à partir du 2e trimestre.¹</p> <p>Il suffit de manger un peu plus chaque jour, comme en prenant une collation ou un repas léger supplémentaire.²</p>

<u>discussions</u> <u>interactives</u>	<ul style="list-style-type: none"> Levez la main celles qui pensent qu'il faut manger plus ? 	
	Comment vous sentez-vous par rapport à une prise pondérale lors de la grossesse?	
	Quelles sont vos inquiétudes par rapport aux prochains changements corporeux ?	
À éviter <u>-Stratégie</u> <u>d'APPRENTISSAGE =</u> <u>questions ouvertes =</u> <u>discussions</u> <u>interactives</u>	Quels aliments sont à éviter lors de la grossesse et pourquoi?	<p>« Les aliments susceptibles de transmettre la listériose (infection d'origine alimentaire pouvant causer une fausse couche, la naissance d'un bébé mort-né, un accouchement prématuré ou une septicémie/méningite au bébé) :</p> <p>-Aliments sans étape permettant de détruire les bactéries (viandes crues)</p> <p>-Aliments déjà cuits qui ont un risque élevé d'être contaminés lors des manipulations, ont des caractéristiques qui favorisent la croissance de bactéries (acidité, humidité, sel), gardées longtemps au frigo »¹</p>
	Quels aliments pourraient être considérés comme à risque?	<p>« -Viandes/poissons/oeufs/lait crus</p> <p>-Fromages à pâte molle/bleus/non pasteurisés »¹</p>
Au menu	Est-ce que vous cuisinez? Quelles sont vos recettes santé préférées?	1. Sandwich ouvert aux œufs

<p><u>Proposition de recettes santé = favorise la participation (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Je vous les envoie, pour que vous puissiez l'essayer à votre tour cette semaine !</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Œufs = protéine économique -Possibilité de prendre de l'avance et préparer le mélange d'œufs pour la semaine -Pas long à préparer, super simple à réaliser <p>https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/conseils-alimentation-saine/planification-repas-cuisine-choix-sante/recettes/sandwich-ouverts-aux-oeufs.html</p> <p>1. Sauté au tofu et aux légumes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grande fan de tofu : pas cher et très versatile -Possibilité de prendre des légumes congelés ou des légumes déjà coupés -Congelable et pas long à faire <p>https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/conseils-alimentation-saine/planification-repas-cuisine-choix-sante/recettes/saute-tofu.html</p>
--	--	---

	<p>Quelques idées de collations nutritives?</p>	<p>« -Légume/fruit + fromage</p> <p>-Noix + yogourt ou fruits séchés</p> <p>-Tartine beurre d'arachide</p> <p>-Pita + houmous</p> <p>-Muffin + lait</p> <p>-Oeuf + biscottes</p> <p>À noter qu'il y a toujours 2 groupes alimentaires. S'assurer qu'il y en ait au moins 3 lors des repas! » ¹</p>
<p>Budget</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Est-ce que pour certaines le budget est restreignant ? Avez-vous l'impression parfois que bien manger, ça coûte plus cher ?</p> <p>Selon, comment est-il possible de manger sainement tout en respectant un budget ?</p> <p>Avez-vous des trucs ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Faire une liste et la respecter • Surveiller les soldes • Comparer les prix • Faire des provisions • Tenir compte de la saison • Protéines végétales • Éviter les aliments transformés • Établir un budget • Faire plusieurs épiceries » <p>Mangez sainement en respectant votre budget (Gouvernement du Canada, 2020).</p>
<p>Ressources</p> <p><u>-Statégie d'APPRENTISSAGE =</u></p>	<p>Invitation de la nutritionniste de la Fondation OLO</p>	<p>Présente pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux questions spécifiques des adolescentes • Ressources disponibles pour elles • Montrer ses disponibilités et son accessibilité

<p><u>invitation d'un expert = favorise les connaissances</u></p>		<p>Autres ressources :</p> <p>https://cpnp-pcnp.phac-aspc.gc.ca/fr/resultats?city=&province=2&category%5B%5D=TEEN&btnSubmit=Recherche</p>
<p>Fin de la rencontre</p> <p><u>-Introspection/ réflexion = favorise la conscience critique (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Que retenez-vous de la rencontre d'aujourd'hui?</p> <p>Est-ce que vos objectifs du début de la rencontre ont changé?</p> <p>Autres questions?</p> <p>Remerciements</p>	

J. Invitation à faire une nouvelle recette santé cette semaine et nous en parler la semaine prochaine !

K. Invitation à échanger leurs coordonnées entre participantes.

L. Rendez-vous la semaine prochaine ! Nous discuterons de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac. Que vous consommiez ou non, cette rencontre sera intéressante et pertinente, car on parlera des gens de votre entourage qui consomment et des stratégies pour faire accepter votre diminution ou arrêt de consommation lors de votre grossesse ! Soyez au rendez-vous ☺

2. Deuxième rencontre :

A. Salutations

Comment ça va aujourd'hui?

B. Discutons

Thèmes	Questions	Pistes de réponses basées sur :
<p><u>-Stratégies d'apprentissage</u></p> <p><u>-Stratégies favorisant l'empowerment</u></p>		<p>Pistes de réponses basées sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans de Doré et Le Hénaff (2020) 2. La grossesse et l'alcool en questions (Éduc alcool, 2020) 3. Un environnement sans fumée (CHUSJ, 2016)
<p>Retour sur la dernière rencontre et exploration de leurs perceptions sur les changements à effectuer</p> <p><u>-Réflexion/ introspection = favorise la</u></p>	<p>Et puis, avez-vous cuisiné cette semaine ? Quelles nouvelles recettes avez-vous faites cette semaine ?</p> <p>Depuis notre discussion sur l'alimentation lors de la grossesse, avez-vous effectué des changements? Si oui, lesquels?</p> <p>Est-ce que la grossesse vous donne la motivation de faire des changements dans vos comportements en général?</p>	

<p><u>conscience critique(EMPOWERMENT)</u></p> <p><u>-Si présence de changements, possibilité de renforcement positif = favorise estime de soi (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Depuis le début de votre grossesse, vos habitudes de consommation ont-elles changé?</p> <p>Si non, quels facteurs vous empêchent de diminuer ou d'arrêter de consommer?</p> <p>Si oui, quels sont les motivateurs?</p>	
<p>Influence des pairs par rapport à la consommation en général</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE</u></p>	<p>Que pense votre entourage face à la consommation lors de la grossesse?</p> <p>Selon vous, comment vos parents vous influencent (positivement ou négativement) face à la consommation lors de la grossesse?</p> <p>Et vos amis ?</p>	
<p><u>E = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Comment votre entourage réagirait ou réagit-il lorsque vous lui dites que vous ne voulez pas consommer lors de votre grossesse ?</p>	

<p>= <u>Jeu-questionnaire sur le tabac et grossesse du CHUSJ : mythe ou réalité = favorise la participation (EMPOWERMENT) et l'APPRENTISSAGE</u></p>	<p>1. « Fumer pendant la grossesse peut être la cause d'accouchement prématuré</p> <p>2. La fumée secondaire n'affecte pas la santé du fœtus</p> <p>3. Une femme enceinte peut utiliser une thérapie de remplacement de la nicotine pour l'aider à cesser de fumer</p> <p>4. La nicotine passe dans le lait maternel »</p>	<p>1. « Réalité : L'augmentation du risque d'avoir un accouchement prématuré est une des conséquences possibles du tabac et de la fumée secondaire sur le fœtus.</p> <p>Les risques d'avoir un bébé de faible poids et d'accouchement d'un mort-né sont également augmentés avec le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire.</p> <p>2. Mythe : Même avant la naissance l'exposition à la fumée secondaire peut être nocive pour l'enfant à naître. En effet, la nicotine et les autres produits chimiques qui se retrouvent dans la fumée secondaire passent à travers la barrière placentaire.</p> <p>Ils peuvent nuire au développement du fœtus et avoir d'autres impacts négatifs.</p> <p>3. Réalité : Les thérapies de remplacement de la nicotine peuvent être prescrites pendant la grossesse chez les femmes qui n'ont pas réussi à cesser de fumer sans aide pharmacologique.</p> <p>Les risques de fumer sont plus grands que ceux associés à l'utilisation des thérapies de remplacement de la nicotine.</p> <p>4. Réalité : Chez les femmes qui fument et qui allaitent, une partie de la nicotine passe dans le lait maternel et affecte le bébé. Il est recommandé de cesser de fumer.</p> <p>Toutefois, s'il est difficile d'arrêter de fumer, il est suggéré de ne pas fumer avant ou pendant l'allaitement. »</p> <p>Jeu-questionnaire sur le tabac et la femme enceinte (CHU Sainte-Justine, 2016)</p> <p>Féliciter lorsque bonnes réponses!</p>
<p>Tabac</p>	<p>Selon vous, quel est le pourcentage des adolescentes qui consomment du tabac lors de la grossesse ?</p>	<p>J'ai une statistique qui dit que : 39% des adolescentes enceintes consomment du tabac comparativement à 12% chez leurs homologues adultes (Fleming et al., 2013).</p>

<p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>En sachant que 12% des femmes adultes consomment lors de la grossesse.</p>	
	<p>Quels sont les avantages à ne pas fumer/vapoter lors de la grossesse?</p>	<p>Permet un développement optimal du fœtus¹</p>
	<p>Pourquoi?</p>	<p>Évite les conséquences négatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Évite la culpabilité, les inquiétudes -Permet de donner le meilleur à votre bébé « -Évite le risque de décollement du placenta, RPM, accouchement prématuré, de mortinaissances et de mort subite du nourrisson -Favorise une croissance optimale du foetus = bébé de bon poids à la naissance d'un bébé »¹
<p>Dépendance</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Le tabagisme est une dépendance, pas facile d'arrêter! Par contre, il n'est jamais trop tard pour arrêter.</p> <p>Connaissez-vous des gens autour de vous qui ont réussi à abandonner le tabac ?</p> <p>Avez-vous déjà fumé et tenté</p>	<p>Ressources : JARRETE 1-866-527-7383 www.jarrete.gc.ca</p>

	<p>d'arrêter? Avez-vous réussi?</p> <p>Si oui, avez-vous des trucs?</p>	
<p>Cannabis</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE</u> <u>E = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Quels sont les éléments qui favorisent la consommation de cannabis ?</p> <p>Trucs pour pallier ces éléments ?</p> <p>Connaissez-vous des gens qui fument le cannabis dans votre entourage?</p> <p>Comment percevez-vous cette drogue?</p>	<p>-Stress</p> <p>-Insomnie</p> <p>-Nausées</p>
	<p>Quels sont les avantages à ne pas consommer de cannabis lors de la grossesse?</p>	<p>Permet d'éviter les conséquences possibles du tabac s'il est fumé.</p> <p>Permet de favoriser une croissance optimale du fœtus =bébé de bon poids à la naissance</p> <p>Favorise un développement optimal du cerveau et évite des conséquences qui peuvent se manifester pendant l'enfance et l'adolescence¹</p>

<p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = vidéo explicative</u></p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=-9FfxtOT7UOU&ab_channel=CapsulesVid%C3%A9os</p> <p>Que retenez-vous de ce vidéo ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous marque le plus ?</p> <p>Pensiez-vous qu'il y avait autant d'effets indésirables ?</p>	<p>À retenir que la fumée secondaire s'applique autant pour le tabac que pour le cannabis</p>
<p>Fumée secondaire</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Est-ce que votre entourage fume?</p> <p>Selon vous, y a-t-il des risques à la fumée secondaire?</p> <p>Est-ce possible d'éviter la fumée secondaire? Comment?</p>	
<p><u>- Mises en situation = favorise la participation et la conscience critique (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>A.</p> <p>L'ami du père de votre enfant arrive dans votre appartement. Il s'allume une cigarette et commence à fumer dans votre salon, alors que vous êtes dans la cuisine.</p> <p>Que faites-vous ?</p>	<p>« La fumée peut facilement se répandre d'une pièce à l'autre, même si les portes sont fermées et s'imprégner dans les tissus. L'ouverture d'une fenêtre, les systèmes de filtration d'air ou un ventilateur ne sont pas suffisants pour éliminer complètement la fumée. Il faut alors créer un environnement sans tabac en tout temps. »³</p>

	Comment l'aborder ?	
	Comment favoriser un environnement sans fumée ?	<ul style="list-style-type: none"> • « Liste des bienfaits de favoriser un environnement sans fumée • Communiquez cette décision avec votre entourage • Établissez une liste de défis potentiels, puis trouvez des solutions avec les membres de votre famille • Retirez tous le matériel fumeur : cendriers, allumettes, briquets • Réservez une zone extérieure pour les fumeurs de la maison • Fixez une date de mise en vigueur et faites une promesse avec les membres de votre famille • Informez tous vos invités que votre domicile et votre voiture sont dorénavant des zones sans fumée. »³
	<p>B.</p> <p>Vous passez la soirée chez un ami et celui-ci s'allume un joint et il vous demande si vous en voulez.</p> <p>Que faites-vous ?</p>	Situation différente, car vous n'êtes pas à votre domicile.
<p>Autres drogues</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	Quels sont les impacts possibles de la consommation de drogues lors de la grossesse?	<p>-Cocaïne : saignements, décollement du placenta = décès du fœtus ou naissance prématurée</p> <p>-Sevrage à la naissance</p> <p>-Impacts méconnus, car drogues illégales et on ne connaît pas la composition exacte de la drogue = augmentation des risques liés à leur usage. ¹</p>

<p><u>-Stratégie d'apprentissage = Mises en situation sur l'alcool = favorise la participation et la conscience critique (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>A.</p> <p>Annabelle est à un party avec ses amis, les gens présents consomment. Elle décide de prendre des boissons non alcoolisées, puis Marc, un collègue de classe lui tend une bière et lui dit qu'une seule petite bière ne fera pas de mal au bébé.</p> <p>Quelle quantité d'alcool est recommandée selon vous?</p>	<p>« À ce jour, la recherche ne permet pas de déterminer un seuil minimal de consommation entièrement sécuritaire pour le développement du futur bébé, même s'il n'y a pas de preuve que prendre un verre à l'occasion a un effet nocif sur le fœtus. Par ailleurs, les risques d'avortements spontanés, de malformations, de retard de croissance et de déficience mentale augmentent avec la quantité d'alcool ingérée par la mère lors d'une même occasion et avec la fréquence de sa consommation. Nous croyons qu'éviter de consommer de l'alcool demeure le choix le plus sûr. »²</p> <p>« Le placenta ne filtre pas l'alcool, il laisse passer l'alcool consommé vers le bébé. »¹</p>
	<p>Comment réagissez-vous ?</p> <p>Comment faire accepter ce choix ?</p> <p>Comment réagir face aux autres ?</p> <p>Avez-vous des trucs ?</p>	
	<p>B.</p> <p>Vous êtes encore à ce fameux party et une autre fille présente est enceinte. Vous finissez par lui parler au cours de la soirée et vous voyez qu'elle boit de la sangria. Elle te dit avant même que tu aies le temps de</p>	<p>« Non. Un verre standard de bière, de vin ou bien de spiritueux contient exactement la même quantité d'alcool.</p> <p>Un verre,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 340 ml (12 oz) de bière à 5 % d'alcool • 140 ml (5 oz) de vin à 12 % d'alcool • 45 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40 % d'alcool.

	<p>faire un commentaire sur sa consommation : « Inquiète toi pas, je fais juste boire du vin dilué dans du jus. Je ne prends pas de shots ! »</p> <p>Qu'en pensez-vous ? Croyez-vous que la consommation de spiritueux (fort) est plus dommageable ?</p>	<p>Par ailleurs, le passage de l'alcool dans le sang de la mère à celui du bébé peut être ralenti si elle mange avant de consommer. »²</p>
	<p>C.</p> <p>Jasmine vient d'apprendre qu'elle est enceinte de 10 semaines. Elle réalise qu'au courant des dernières semaines, elle a bu à plusieurs reprises.</p> <p>Doit-elle s'inquiéter pour son bébé ?</p>	<p>« Il n'est jamais trop tard pour assurer un développement optimal du fœtus en diminuant votre consommation d'alcool ou, mieux, en évitant de consommer si vous voulez faire un choix encore plus sûr. Alors, si vous avez pris un verre ou deux à l'occasion, vous n'avez nullement à vous inquiéter. Mais si vous avez l'habitude de consommer plus de quatre verres par occasion ou si vous avez des inquiétudes, il serait préférable d'en parler à votre médecin. »²</p>
	<p>Quels sont les impacts possibles de l'alcool lors de la grossesse?</p>	<p>« Oui. En consommant une quantité d'alcool relativement importante et de manière fréquente, les femmes enceintes s'exposent à donner naissance à des enfants présentant certains problèmes spécifiques. On dit de ces enfants qu'ils sont atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), c'est-</p>

		<p>à-dire un ensemble de problèmes pouvant se présenter sous forme d'un retard de croissance, d'un déficit intellectuel, de malformations cardiaques, d'une tête anormalement petite et d'autres anomalies faciales et du squelette. Une consommation excessive occasionnelle comporte aussi certains dangers similaires. Une femme qui éprouve de la difficulté à contrôler sa consommation d'alcool devrait en discuter avec son médecin ou tout autre intervenant avant même d'envisager une grossesse et tout au long de celle-ci. Elle trouvera ainsi le support adéquat. »²</p> <p>-« Ensemble de troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF)</p> <p>-Dépend de la quantité consommée et la concentrée d'alcool dans le sang de la mère lors des épisodes de consommation</p> <p>-Les enfants atteints : taille et poids inférieurs à la normale, malformations au visage, dommages au cerveau (troubles d'apprentissage/mémoire/comportements, déficit d'attention, difficultés à résoudre des problèmes)</p> <p>-Autres conséquences possibles : fausse couche, bébé mort-né, accouchement prématuré, retard de croissance et anomalies congénitales »¹</p>
	<p>Êtes-vous parvenus à réduire ou arrêter votre consommation d'alcool</p>	<p>-Découvrir des boissons ou cocktails non alcoolisés</p>

	<p>lors de la grossesse? Si oui, quels sont vos trucs et stratégies pour y parvenir ?</p> <p>Avez-vous des boissons que vous aimez et qu'il est possible de faire virgin ?</p>	<p>-Ressource :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAFERA : 418-830-1888 / safera.net • Ligne téléphonique drogue: 514-527-2626 / drogue-aidereference.qc.ca
<p>Fin de la rencontre</p> <p><u>-Introspection</u> <u>/réflexion =</u> <u>favorise la</u> <u>conscience</u> <u>critique(EMPOW</u> <u>ERMENT)</u></p>	<p>Que retenez-vous de la rencontre d'aujourd'hui?</p> <p>Est-ce que vos objectifs du début de la rencontre ont changé?</p> <p>Quelles actions avez-vous ou seriez-vous prêtes à mettre en place pour favoriser une grossesse saine ?</p> <p>Autres questions?</p> <p>Remerciements</p>	

C. Introduction du thème de la prochaine rencontre

La consommation de substances peut créer une certaine inhibition, pouvant mener à l'exacerbation de comportements sexuels à risque. Nous parlerons des relations sexuelles sécuritaires lors de la grossesse. Soyez au rendez-vous 😊

3. Troisième rencontre :

1. Salutations

Comment ça va aujourd’hui?

2. Discutons

Thèmes	Questions	Pistes de réponses basées sur :
<p><u>-Stratégies d'apprentissage</u></p> <p><u>-Stratégies favorisant l'empowerment</u></p>		<p>Pistes de réponses basées sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans de Doré et Le Hénaff (2020) 2. ITSS et grossesse (Gouvernement du Québec, 2020) 3. Santé et services sociaux du Québec, 2020)
<p>Retour sur la dernière rencontre</p> <p><u>-Introspection/ réflexion = favorise la conscience critique (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Qu’avez-vous retenu de notre dernière rencontre ?</p>	
	<p>Est-ce qu’il y a des changements quant à vos objectifs de grossesse?</p>	
	<p>Est-ce que les séances de discussion vous donnent la motivation de faire des changements dans vos comportements en général?</p>	


<p>Vie sexuelle</p> <p><i>-Stratégie</i></p>	<p>La grossesse peut avoir des conséquences sur la vie sexuelle, lesquelles?</p>	<p>« Désir sexuel, fréquence des relations sexuelles »¹</p>
<p><u>d'APPRENTISSAGE</u></p> <p>= <u>questions</u></p> <p><u>ouvertes</u> =</p>	<p>Quelles sont les raisons de ces changements selon vous?</p>	<p>« Les changements corporels, nouvelle perception de soi, inconfort, ventre plus imposant, limites personnelles »¹</p>
<p><u>discussions</u></p> <p><u>interactives</u></p>	<p>Y a-t-il des contre-indications à avoir des relations sexuelles lors de la grossesse?</p>	<p>« -Si saignements, douleurs au ventre, problèmes du placenta ou menace de travail prématuré/rupture des membranes amniotiques.</p> <p>-Respect des besoins, malaises et limites de chacun</p> <p>-La pénétration vaginale/orgasme ne provoque pas de fausse couche et ne peut pas déclencher prématurément l'accouchement, ni blesser votre bébé : bébé bien protégé dans les membranes amniotiques et dans l'utérus. »¹</p>
<p>Infections transmises sexuellement</p>	<p>Est-ce nécessaire de se protéger lors de la grossesse?</p>	
<p><i>-Stratégie</i></p> <p><u>d'APPRENTISSAGE</u></p> <p>= <u>questions</u></p> <p><u>ouvertes</u> =</p>	<p>Quelles sont les conséquences de ne pas se protéger lors de la grossesse?</p>	<p>ITSS</p>
<p><u>discussions</u></p> <p><u>interactives</u></p>	<p>Par quels moyens, les ITSS peuvent se transmettre ?</p>	<p>« Par voie sexuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • relations orales (contact de la bouche avec le pénis, la vulve, le vagin ou l'anus); • relations vaginales (pénétration du pénis dans le vagin); • relations anales (pénétration du pénis dans l'anus); • contact entre les organes génitaux des partenaires;

		<ul style="list-style-type: none"> partage de jouets sexuels.² <p>Par le sang :</p> <ul style="list-style-type: none"> partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues; tatouage ou perçage avec du matériel non stérile; contact entre un liquide contaminé par du sang et : <ul style="list-style-type: none"> une surface de peau endommagée, une muqueuse; transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées (ces mesures sont appliquées au Canada).² <p>De la mère à l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> pendant la grossesse; au moment de l'accouchement; lors de l'allaitement. »²
<p>Protection contre les ITSS/Contraception</p> <p><i>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = vidéo explicative</i></p>	<p>Comment est-il possible de se protéger lors de la grossesse?</p> <p>Qu'est-ce que vous retenir de ce vidéo ?</p> <p>Quels moyens privilégiez-vous? Pourquoi?</p> <p>Donc, quelle est la façon la plus efficace pour se protéger contre les ITSS selon vous ?</p>	<p>Voici un résumé des moyens de contraception possibles :</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=zyHg6n6Kyqs</p> <p>LE CONDOM ! Efficace à près de 99% contre les ITSS et grossesses</p> <p>(La société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2020).</p>

<p><u>- Jeu de métaphores sur le condom = favorise la participation (EMPOWERMENT) et l'APPRENTISSAGE</u></p>	<p>Petit jeu sur la façon d'utiliser un condom :</p> <p>Le condom, c'est comme.. :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un yogourt : 2. De la mayonnaise : 3. Des bottes de pluie : 4. Un hymne national : 5. Un bas de nylon 6. Une allumette : 7. Une poutine : 8. Un mouchoir : 	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Il faut toujours vérifier la date d'expiration avant de le consommer 2. Tolère mal les endroits chauds et humides (auto) ou une trop grande friction (poche) 3. Le latex = plus imperméable, ne laisse passer aucune bactérie ou virus 4. Ne jamais débiter une partie sans lui 5. Fragile et se perce au contact des ongles, des bagues ou dents en le sortant de son emballage. Attention à le dérouler du bon côté 6. S'utilise qu'une fois, on doit en prendre un nouveau à chaque relation sexuelle et en avoir en réserve 7. Meilleur avec du ketchup ! Prendre un lubrifiant à base d'eau comme la marque KY 8. Non biodégradable, à jeter à la poubelle après usage » <p>(INSPQ, 1999)</p>
<p>ITSS</p> <p><u>-Stratégie d'APPRENTISSAGE = questions ouvertes = discussions interactives</u></p>	<p>Quelles sont les répercussions possibles de contracter une ITSS lors de la grossesse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission verticale de l'ITSS à l'enfant • Morbidité néonatale • Risque de contraction du VIH • Fausse couche • Chorioamniotite (infection du liquide amniotique) • Cécité chez le nouveau-né • Prématurité • Faible poids à la naissance <p>(Butt et Lim, 2016; Marino et al., 2016)</p>
	<p>Si une femme enceinte a une ITSS, comment est-il possible de prévenir les complications ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Chez la femme enceinte : <ul style="list-style-type: none"> ○ traitement de l'infection; ○ dans certains cas, un accouchement par césarienne peut être recommandé.² • Chez le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ○ évaluation et suivi de l'état de santé; ○ traitement de l'infection. »²
<p><u>- TIC TAC TOE : vrai ou faux = favorise la participation (EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Règles : On forme deux équipes. Tour à tour, je pose une question à un membre de l'équipe. Si le joueur a une bonne réponse (vrai ou faux),</p>	<p>A. « VRAI : La seule façon de le savoir est de passer des tests de dépistage. Plusieurs personnes infectées n'ont pas de symptômes. »³</p> <p>B. FAUX : Protège seulement contre les grossesses futures.</p>

<p><u>et</u> <u>L'APPRENTISSAGE</u></p> <p>À l'aide du tableau blanc du logiciel Zoom</p>	<p>il peut jouer sur le jeu. Dans le cas contraire, je passe à un joueur de l'autre équipe.</p> <p>A. Une personne peut avoir une ITSS sans le savoir.</p> <p>B. Les contraceptifs oraux offrent une excellente protection contre les ITSS.</p> <p>C. La plupart des ITSS guérissent en l'absence de traitement si l'on attend assez longtemps.</p> <p>D. Si l'on connaît bien son partenaire, on ne peut pas contracter d'ITSS.</p> <p>E. 1 personne sur 10 ignore qu'elle est infectée par la chlamydia.</p> <p>F. Les ITSS, c'est surtout les adolescents qui les contractent.</p> <p>G. Des ITSS, il n'y en a pas vraiment au Québec.</p> <p>H. Nommez-moi une ITSS (la dernière équipe capable de me nommer une ITSS peut jouer)</p> <p>I. Je cours un risque de contracter une ITSS si : j'ai plusieurs partenaires sexuels.</p> <p>J. Je cours un risque de contracter une ITSS lors d'une fellation.</p> <p>K. Avec un condom, on perd toutes les sensations.</p> <p>L. La dernière fois, je n'ai pas utilisé de condom. Donc, ça ne sert plus à rien d'en mettre.</p>	<p>C. FAUX : Il faut un traitement.</p> <p>D. FAUX : Il y a toujours la possibilité d'infidélité.</p> <p>E. « FAUX : 3 personnes sur 4 ignorent qu'elles sont infectées par la chlamydia. »³</p> <p>F. « VRAI : Les ITSS connaissent une forte augmentation partout au Qc, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans. Si l'on parle tant aux jeunes, c'est parce qu'ils ont leurs premières relations sexuelles à cette période. Il faut aussi savoir qu'il n'y a pas d'âge pour contracter une ITSS. »³</p> <p>« Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 66% des cas déclarés de chlamydia et 47% des cas déclarés de gonorrhée au Québec. Les filles de cet âge sont les personnes les plus touchées par ces infections. »³</p> <p>G. « FAUX : Au Québec, 40 000 personnes reçoivent un diagnostic d'ITSS chaque année »³</p> <p>H. Chlamydia, Ghonorrhée, Syphilis, Hépatite B, VIH, Herpès, morpions, gale, trichomonase, VPH</p> <p>I. VRAI : Relations sexuelles à risque.</p> <p>J. « VRAI : Certaines ITSS peuvent se contracter au cours du sexe oral, même si la personne ne présente pas de symptômes. Les risques sont faibles, mais tout de même réels. L'utilisation d'un condom pour du sexe oral offre une protection efficace. Des condoms aromatisés sont d'ailleurs conçus pour ça, dans une variété de saveurs. »³</p> <p>K. « FAUX : La sensation n'est pas la même que l'on utilise un condom ou non, mais il est faux de penser qu'un condom enlève toute sensation. Pour rendre la relation sexuelle encore plus agréable, pourquoi ne pas ajouter une goutte de lubrifiant à l'intérieur du condom, ou encore essayer l'une des nombreuses sortes de condoms qui proposent de nouvelles sensations (chaleur, textures, variété plus mince) ?</p>
---	--	---

		<p>Une fois qu'on a trouvé la sorte qui nous convient, on ne remarque même plus la différence. »³</p> <p>L. « FAUX : Il est préférable de toujours utiliser un condom. Si tu l'as oublié une fois, il vaut quand même mieux recommencer à l'utiliser, car le risque est toujours présent. Une relation sexuelle non protégée par un condom suffit pour contracter une ITSS. »³</p>
<p>Grossesses répétées</p> <p><u>-Stratégie d'apprentissage = usage d'une statistique choc = favorise la réflexion = favorise la conscience critique</u></p> <p><u>(EMPOWERMENT)</u></p>	<p>Effectivement, ce n'est pas possible d'être à nouveau enceinte pendant votre grossesse.. mais à la suite de l'accouchement oui!</p> <p>Selon vous, combien d'adolescentes enceintes sont à nouveau enceintes dans les deux années suivant la naissance de leur enfant?</p>	<p>« Les mères adolescentes sont exposées à un risque considérable de connaître une autre grossesse : 25 % d'entre elles redeviennent enceintes dans les deux ans suivant l'accouchement » (Directive clinique sur la grossesse chez les adolescentes, 2015, p.11).</p>
	<p>Comment réagissez-vous à cette statistique? Vous choque-t-elle?</p> <p>Pensiez-vous que c'était plus, autant ou moins?</p>	
	<p>Envisagez-vous une grossesse suite à votre accouchement ?</p>	

	Si non, comment pensez-vous la prévenir ?	
Regard vers l'avenir	Comment percevez-vous la suite de votre grossesse?	
<u>-Réflexion /introspection = favorise la conscience critique (EMPOWERMENT)</u>	Est-ce que ces rencontres vous ont fait réfléchir? Si oui, sur quoi? Qu'allez-vous retenir ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué au cours de ces rencontres ?	
<u>-Possibilité de renforcement positif, si davantage de satisfaisant, si plus d'efforts pour viser le satisfaisant = favorise l'estime de soi (EMPOWERMENT)</u>	Si vous aviez à remplir à nouveau le tableau sur les comportements prénataux, y aurait-il moins ou plus de bonhommes satisfaits ?  <p>Satisfaisant Ça pourrait être mieux</p>	
<u>-Encourager le contact parmi les membres du</u>	Avez-vous l'impression d'avoir assez un réseau de soutien?	Je vous invite à garder contact entre vous. Vous vivez une situation semblable, alors cela peut être intéressant si vous avez des questions, des préoccupations ou bien des bons coups à partager. N'oubliez pas que l'infirmière de la clinique de grossesse à l'adolescence est disponible pour vous.

<u>groupe = favorise</u> <u>un réseau de</u> <u>soutien</u>		
---	--	--

3. Remerciements et remise des bons d'achat pour des articles pour bébé

Ce fut un plaisir ! En espérant que ces rencontres vous ont fait réfléchir sur les comportements prénataux et leurs répercussions possibles ainsi qu'elles vous ont permis de recueillir des conseils pour parvenir à changer certains comportements.

4. Complétion du questionnaire d'évaluation de l'intervention.

Annexe G

Support visuel lors des rencontres prénatales

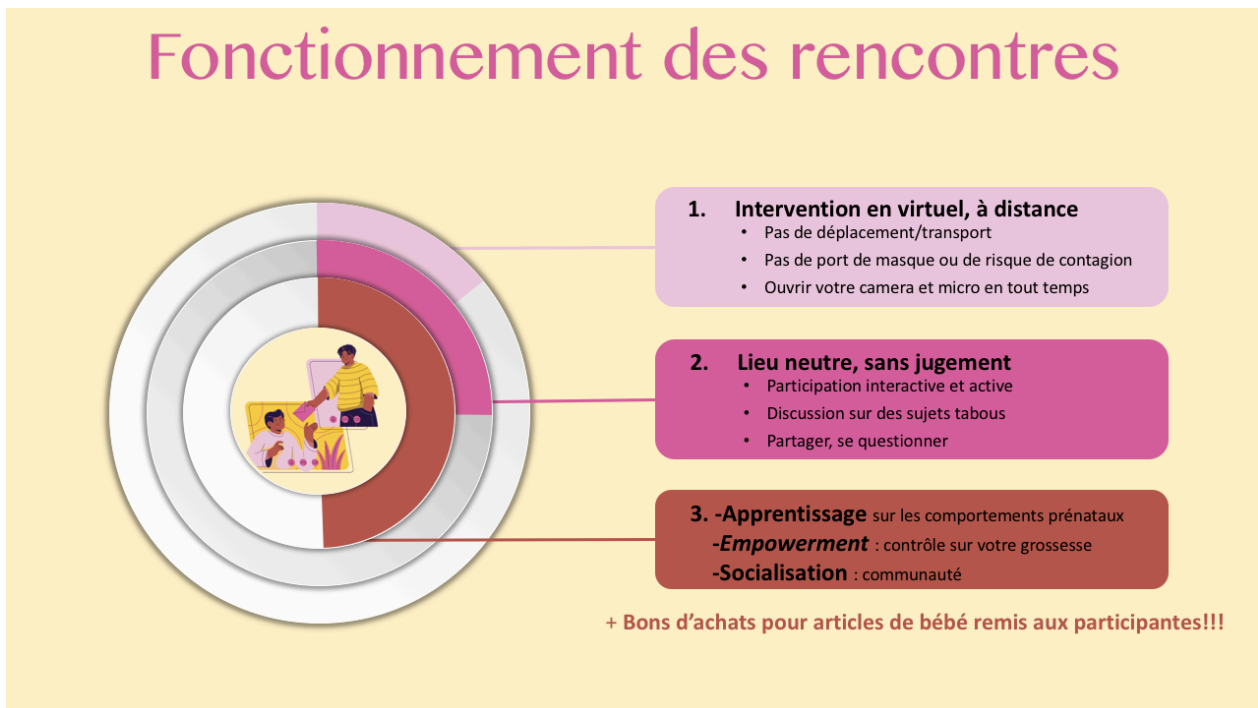
Quelques exemples de diapositives PowerPoint utilisées dans le cadre des rencontres prénatales



Bienvenue!

ANOUK LANDRY,

- Infirmière en néonatalogie au CHU Sainte-Justine
- Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal



Fonctionnement des rencontres

- 1. Intervention en virtuel, à distance**
 - Pas de déplacement/transport
 - Pas de port de masque ou de risque de contagion
 - Ouvrir votre camera et micro en tout temps
- 2. Lieu neutre, sans jugement**
 - Participation interactive et active
 - Discussion sur des sujets tabous
 - Partager, se questionner
- 3. -Apprentissage** sur les comportements prénataux
-Empowerment : contrôle sur votre grossesse
-Socialisation : communauté

+ Bons d'achats pour articles de bébé remis aux participantes!!!



Contenu des rencontres

Trois rencontres de 60 à 90 minutes

Alimentation prénatale

- Alimentation saine et équilibrée
- Besoins nutritionnels
- Aliments à éviter
- Quantité repas/collation
- Manger selon un budget
- Ressources
- Bénéfices de manger sainement

Consommation d'alcool, tabac et drogues

- Influence des pairs
- Tabac, cannabis, alcool et +
- Dépendance
- Fumée secondaire
- Bénéfices de ne pas consommer

Relations sexuelles

- Vie sexuelle
- ITS
- Grossesses répétées
- Moyens de contraception et de protection pour prévenir ITS
- Bénéfices de se protéger



Annexe H

Directives de la revue L'infirmière clinicienne

Directives aux auteurs

L'Infirmière clinicienne est une revue scientifique en ligne. Elle diffuse principalement les travaux des infirmières, qu'elles soient étudiantes, cliniciennes ou professeures. *L'Infirmière clinicienne* traite de sujets variés qui touchent la santé et les soins infirmiers. Les sujets présentés à la revue doivent être d'actualité et rigoureux sur le plan scientifique. Le manuscrit est rédigé selon une terminologie et un style appropriés à la réalité des soins infirmiers.

L'article de fond

Le texte ne doit pas dépasser 15 à 20 pages excluant la liste de références, les figures, les tableaux, la page titre et le résumé.

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets cliniques, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques. Cet article doit mettre en évidence ce que cela apporte de nouveau à la pratique infirmière.

Présentation du manuscrit

Le manuscrit doit être présenté en format électronique.

PAGE TITRE

Mettre une page titre. Seule la page titre du manuscrit portera les indications permettant d'identifier les auteurs:

Titre de l'article

Nom et prénoms de chaque auteur avec le dernier diplôme obtenu, titre administratif (infirmière, professeure, etc.) et l'affiliation professionnelle (nom de l'Université ou de l'établissement de santé).

Les coordonnées complètes de l'auteur auquel adresser toute correspondance (adresse, numéro de téléphone et de télécopieur, adresse électronique).

Aide financière reçue et remerciement.

RÉSUMÉ

Chaque article doit être accompagné d'un résumé en français d'un minimum de 200 mots et ne dépassant pas 250 mots. L'abrégé doit donner un aperçu de ce qui est traité dans l'article. Si c'est un article de recherche, le résumé devrait comprendre la problématique et le but, la méthode, les résultats, la discussion et les retombées de la recherche.

Nous demandons également un résumé en anglais (de 200 à 250 mots).

TEXTE

Le texte doit être dactylographié à double interligne avec une police de type Arial 12 ou Times New Roman 12. Il ne faut pas ajouter de soulignement, ni de mot en italique, ni de caractère spécial dans le texte. La pagination et l'utilisation de marges de 1 pouce de chaque côté sont requises. Les sections du manuscrit doivent être clairement identifiées par un titre au centre de la page. Les sous-titres doivent être en italique et se retrouver à gauche de la page. Il ne faut pas mettre de notes de bas de page. Si vous devez mettre une définition ou une explication, mettre la note à la fin du texte.

RÉFÉRENCES

Ajouter les références (auteurs consultés que vous nommez dans votre texte). Les références doivent être complètes et, dans la mesure du possible, elles sont récentes (moins de dix ans) pour la majorité. Présenter les références selon les normes de la méthode APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 6e édition). Elles doivent apparaître en ordre alphabétique, à double interligne à la suite du texte.

TABLEAUX, FIGURES, ILLUSTRATIONS

Les figures, tableaux et illustrations sont présentés selon les normes prescrites par l'APA. Ajouter seulement les tableaux et schémas qui aident à la compréhension du texte. Les tableaux doivent

comprendre des données pertinentes sans répéter le contenu du texte. Chaque tableau, figures ou illustrations est titré, numéroté et dactylographié sur une page à part à la fin de l'article. Les abréviations y sont exclues. Mettre tout au plus 5 tableaux, figures ou illustrations.

Documents à envoyer

Un exemplaire électronique des documents suivants :

Lettre de présentation indiquant quel type d'article vous soumettez.

Page titre incluant le nom de tous les auteurs, l'adresse de correspondance, remerciements.

Manuscrit incluant :

Titre de l'article

Résumé (250 mots maximum)

Texte (8 à 10 pages pour l'article court et 15 à 20 pages pour l'article de fond)

Liste de références (APA, 6e édition)

Tableaux, figures, illustrations (APA, 6e édition)

Annexe I

**Retombées de l'intervention sur l'empowerment, les comportements
prénataux et la satisfaction des participantes (n=3)**

Retombées	Énoncé	Totalement d'accord (%) (n)	D'accord (%) (n)	Neutre (%) (n)	En désaccord (%) (n)	Totalement en désaccord (%) (n)
Engagement et contrôle face à la grossesse	<u>Empowerment</u> L'intervention a favorisé mon engagement face à ma grossesse	(100) 3	-	-	-	-
	L'intervention a favorisé mon sentiment de contrôle face à ma grossesse	(100) 3	-	-	-	-
-Participation	<u>Empowerment</u> L'intervention a favorisé ma participation aux discussions de groupe	(100) 3	-	-	-	-
	L'intervention m'a permis de faire des rencontres avec d'autres adolescentes enceintes vivant une situation semblable à la mienne	(66) 2	-	(33) 1	-	-
-Conscience critique	<u>Empowerment</u> L'intervention m'a fait réfléchir sur mes comportements prénataux (alimentation, consommation d'alcool/tabac/drogues, relations sexuelles)	(66) 2	(33) 1	-	-	-

<p><u>Empowerment</u></p> <p>-Estime de soi</p>	<p>L'intervention m'a fait comprendre que j'étais en mesure d'effectuer des changements face à mes comportements prénataux</p>	<p>(33)</p> <p>1</p>	<p>(66)</p> <p>2</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p><u>Empowerment et socioconstructivisme</u></p> <p>-Compétence</p>	<p>L'intervention m'a permis d'acquérir des connaissances sur l'alimentation saine et équilibrée, les effets de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac et sur les relations sexuelles sécuritaire lors de la grossesse</p>	<p>-</p>	<p>(100)</p> <p>3</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Changements de comportements en période prénatale</p>	<p>L'intervention m'a permis d'adopter des comportements sains lors de ma grossesse</p> <p>Si oui, lequel ou lesquels ?</p> <p>Participant 1 : « <i>J'avais déjà des comportements sains</i> ».</p> <p>Participant 2 : « <i>La plupart des choses je les connaissais déjà, mais j'ai appris que les œufs coulant n'étaient pas bon de manger enceinte [sic]</i> ».</p> <p>Participant 3 : « <i>De bien manger 3x par jour et en santé et de prendre soin de soi et de toujours prendre ses vitamines</i> ».</p>	<p>(33)</p> <p>1</p>	<p>-</p>	<p>(66)</p> <p>2</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

Retombées	Énoncé	Totalement d'accord (%) (n)	D'accord (%) (n)	Neutre (%) (n)	En désaccord (%) (n)	Totalement en désaccord (%) (n)
Satisfaction	L'intervention était adaptée à mon âge et à ma situation	(66) 2	(66) 1			
	En général, je suis satisfaite de l'intervention	(66) 2	(33) 1			
	Le nombre et la durée des rencontres étaient appropriés	(66) 2	(33) 1			
<p>Qu'as-tu pensé de l'intervention offerte en virtuel ?</p> <p>Participant 1 : « <i>C'était bien puisque je n'étais pas obligé [sic] de me déplacer</i> ».</p> <p>Participant 2 : « <i>C'était bien que ça soit en virtuel, c'est plus accessible et les gens seront plus incités à y participer</i> ».</p> <p>Participant 3 : « <i>Bien</i> ».</p>						
<p>Qu'as-tu le plus aimé de cette intervention ?</p> <p>Participant 1 : « <i>Le dernier cours, car j'ai appris quelque chose de nouveau</i> »</p> <p>Participant 2 : « <i>Le non-jugement</i> »</p> <p>Participant 3 : « <i>L'interaction</i> »</p>						

Qu'as-tu le moins aimé de cette intervention ?

Participant 1 : « *La consommation pas parce que ce n'était pas intéressant, mais parce que je connaissais déjà beaucoup à propos de ce sujet* »

Participant 2 : « *Rien* »

Participant 3 : « *Parler de la consommation, car ça me concerne moins* »

As-tu des suggestions pour améliorer l'intervention?

Participant 1 : « *Non* ».

Participant 2 : « *Dans les sujets, peut-être parler aussi de l'accouchement ainsi que de la santé mentale de la femme enceinte. Sinon tout était bien. Oui, la plupart des informations je les savais déjà, mais c'est parfait pour une personne qui n'est pas bien informé [sic] ou investi [sic] dans sa grossesse* ».

Participant 3 : « *Parler de l'accouchement* ».