Document généré le 6 mars 2026 06:40

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

La perception de l'empowerment dans le suivi de grossesse par des personnes enceintes et des prestataires de santé au Québec

Marie-Alexia Masella et Béatrice Godard

Volume 8, numéro 1-2, 2025

Numéro hors-thème & Leçons tirées de la COVID
Open Issue & Lessons from COVID

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1117866ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1117866ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Masella, M.-A. & Godard, B. (2025). La perception de l'empowerment dans le suivi de grossesse par des personnes enceintes et des prestataires de santé au Québec. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *8*(1-2), 18–34. https://doi.org/10.7202/1117866ar

Résumé de l'article

Contexte : Les personnes enceintes notent un sentiment de perte de contrôle dans leur suivi prénatal depuis plusieurs décennies. Ce sentiment de contrôle, aussi appelé *empowerment*, qui devrait être encouragé, est pourtant associé à de meilleurs résultats de santé. Face à ces bénéficies potentiels, nous avons souhaité analyser la perception qu'ont ces personnes et leurs prestataires de santé, au Québec, de cet empowerment pour identifier les facteurs qui leur permettent de mettre en place ce processus et ceux qui le freinent. **Méthodologie :** Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de sept personnes enceintes et deux sages-femmes, suivies d'une analyse thématique des verbatims obtenus. **Résultats :** Des facteurs facilitants et freinants touchant autant à la relation de soins avec les prestataires de santé, qu'aux caractéristiques personnelles des personnes enceintes ont été identifiés et détaillés. Des outils et des pistes de solutions pour soutenir l'empowerment ont également été partagés. **Conclusion :** Une volonté d'acquérir davantage de pouvoir est notée par les participantes. Afin de répondre à ce besoin, des mesures et des ajustements pourraient être mis en place tant dans la relation de soin que dans les dynamiques du système de santé ou dans la formation des prestataires de santé pour soutenir l'empowerment de la patientèle.

© Marie-Alexia Masella and Béatrice Godard, 2025

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.
https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.
Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.
https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

M-A Masella, B Godard. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2025;8(1-2):18-34

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

La perception de l'empowerment dans le suivi de grossesse par des personnes enceintes et des prestataires de santé au Québec

Marie-Alexia Masella[a], Béatrice Godard[a]

Résumé

Contexte : Les personnes enceintes notent un sentiment de perte de contrôle dans leur suivi prénatal depuis plusieurs décennies. Ce sentiment de contrôle, aussi appelé *empowerment*, qui devrait être encouragé, est pourtant associé à de meilleurs résultats de santé. Face à ces bénéficies potentiels, nous avons souhaité analyser la perception qu'ont ces personnes et leurs prestataires de santé, au Québec, de cet empowerment pour identifier les facteurs qui leur permettent de mettre en place ce processus et ceux qui le freinent. **Méthodologie :** Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de sept personnes enceintes et deux sages-femmes, suivies d'une analyse thématique des verbatims obtenus. **Résultats :** Des facteurs facilitants et freinants touchant autant à la relation de soins avec les prestataires de santé, qu'aux caractéristiques personnelles des personnes enceintes ont été identifiés et détaillés. Des outils et des pistes de solutions pour soutenir l'empowerment ont également été partagés. **Conclusion :** Une volonté d'acquérir davantage de pouvoir est notée par les participantes. Afin de répondre à ce besoin, des mesures et des ajustements pourraient être mis en place tant dans la relation de soin que dans les dynamiques du système de santé ou dans la formation des prestataires de santé pour soutenir l'empowerment de la patientèle.

Mots-clés

empowerment, personnes enceintes, suivi prénatal, grossesse, bioéthique

Abstract

Background: Pregnant people have been noting a sense of loss of control in their prenatal care for several decades. This sense of control, also known as empowerment, should be encouraged, and it has been associated with better health outcomes. In view of these potential benefits, we set out to analyze the perceptions of empowerment held by pregnant people and their healthcare providers in Quebec, to identify the factors that enable and hinder this process. **Methodology:** Semi-structured individual interviews were conducted with seven pregnant women and two midwives, followed by a thematic analysis of the verbatims obtained. **Results:** Facilitating and hindering factors affecting both the care relationship with healthcare providers and the personal characteristics of pregnant people were identified and detailed. Tools and solutions to support empowerment were also shared. **Conclusion:** A desire to acquire more power was noted by the participants. In order to meet this need, measures and adjustments could be implemented both in the care relationship and in the dynamics of the healthcare system, or in the training of healthcare providers to support patient empowerment.

Keywords

empowerment, pregnant people, prenatal care, pregnancy, bioethics

Affiliations

[a] Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Marie-Alexia Masella, marie-alexia.masella@umontreal.ca

INTRODUCTION

L'*empowerment* en santé

L'*empowerment*[1] en santé se réfère au processus par lequel les individus et les communautés acquièrent les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour prendre des décisions et des actions concernant leur propre santé (2). Le concept d'empowerment a émergé dans les années 1970 et 1980 dans le cadre des mouvements de droits civiques et de justice sociale (1,3,4). Initialement utilisé pour promouvoir l'autonomie des communautés marginalisées et stigmatisées, il a rapidement été adopté dans le domaine de la santé publique pour encourager l'engagement des patientes et des patients et des communautés dans leurs propres soins de santé et dans l'amélioration de leurs habitudes de vie (3,5,6). Ce concept implique un passage du modèle traditionnel des soins de santé où les prestataires de santé détiennent l'autorité, vers un modèle où les patientes et les patients jouent un rôle actif et participatif dans la gestion de leur santé. Cette nouvelle dynamique s'inscrit dans les approches de santé centrées sur le patient, comme mis de l'avant dans un article précédent (7).

Le sentiment d'empowerment peut renvoyer à une prise de conscience du pouvoir personnel, de la capacité à influencer sa propre vie et ses décisions. Ce sentiment émerge souvent d'un processus graduel. En retour, ce processus encourage une dynamique d'engagement, où l'individu est l'acteur principal du changement et participe activement à la prise de décisions, à la défense de ses droits et à la construction de son parcours. Ces dimensions se renforcent mutuellement : le sentiment d'autonomie alimente l'engagement, tandis que l'engagement nourrit le processus d'apprentissage et de croissance,

[1] La traduction française de ce terme est peu effective. En effet, les traductions comme « autonomisation » ou « capacitation » indiquent un processus mais ne font pas référence à la notion de pouvoir. À l'inverse, les termes comme « pouvoir d'agir » ou d'« action » ne décrivent pas le processus employé pour arriver à un état d'empowerment (1).

2025 M-A Masella, B Godard. Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-4665

consolidant ainsi un cercle vertueux d'empowerment. Ces différentes dimensions font écho aux théories d'éthiques féministes, notamment d'autonomie relationnelle (8,9) et de la théorie des capabilités de Sen (10-12) où l'individu est au centre d'une toile sociale et d'un environnement plus ou moins capacitant qui influence sa prise de pouvoir sur sa vie et ses décisions et donc son processus d'empowerment. Ces liens sont davantage discutés dans un autre article sur le sujet (13).

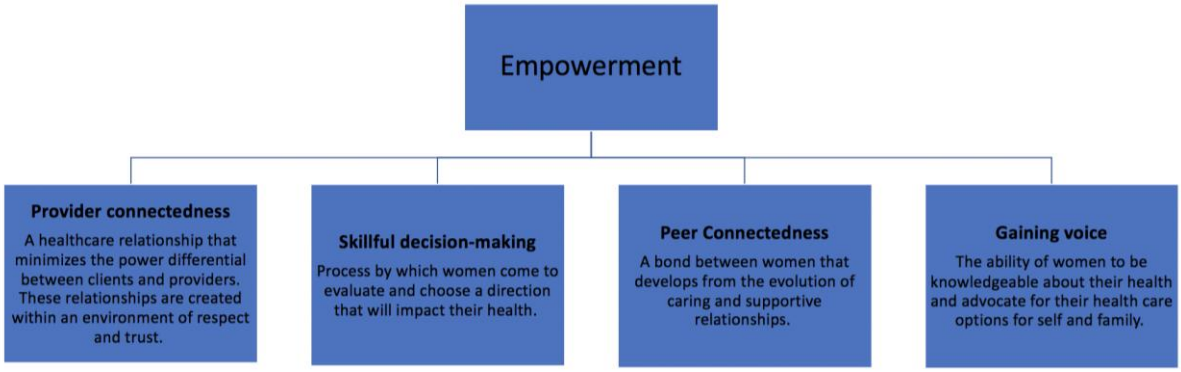
Des auteurs, en s'appuyant notamment sur des études menées aux États-Unis, ont mis de l'avant que l'empowerment avait plusieurs bénéfices. Il permet notamment aux individus de mieux comprendre leurs conditions de santé, de suivre les traitements recommandés et d'adopter des comportements sains (14). Il peut aussi mener à une réduction des complications, une meilleure gestion des maladies chroniques et une amélioration globale des résultats de santé (15-17). Ainsi, en fournissant aux patientes et aux patients les informations nécessaires et en les impliquant dans le processus de décision, l'empowerment favorise des choix de santé plus éclairés (18,19).

L'empowerment durant la grossesse

Durant la grossesse, l'empowerment en santé est crucial (20,21). Klima et ses collaborateurs ont développé un cadre portant sur l'empowerment des personnes enceintes[2] dans leurs soins durant la grossesse (16). Grâce à des groupes de discussion, une revue de la littérature et l'exploration des différentes échelles de mesure de l'empowerment, Klima et ses collègues ont pu mettre de l'avant quatre dimensions à l'empowerment lors du suivi de grossesse, qui sont non sans rappeler les notions qu'ils présentent dans leur définition (voir Figure 1 ci-dessous). La première de ces dimensions est le *lien avec le prestataire*, qui est définie comme étant la relation de soin qui unit la personne enceinte et sa ou son prestataire de santé. La confiance et le respect ainsi qu'une faible dynamique de pouvoir entre les deux parties prenantes sont des facteurs favorisants du processus d'empowerment. La seconde dimension, soit la *prise de décision éclairée*, fait écho au processus utilisé par les personnes enceintes pour faire des choix et prendre des décisions quant à leurs soins et à leur santé. Cette dimension prend en compte tous les facteurs pouvant affecter cette prise de décision comme le niveau d'éducation, les informations transmises et disponibles, la capacité de faire preuve d'esprit critique, etc. La troisième dimension, soit la *connexion entre pairs*, s'intéresse au soutien et au tissu social qui permettent à la personne enceinte de se sentir accompagnée et soutenue dans ses soins, particulièrement par d'autres mères. Enfin, la quatrième, nommée *l'expression*, met de l'avant « la capacité des femmes à s'informer sur leur santé et à défendre leurs options en matière de soins de santé pour elles-mêmes et leur famille » (p.122, traduction libre).

Bien que ces dimensions puissent se retrouver en tout ou partie dans les travaux d'autres auteurs (2,20-23), aucun de ces autres cadres ne porte spécifiquement sur la population des personnes enceintes et sur le contexte de soins. C'est pourquoi ce cadre spécifique offre un soutien théorique pertinent pour conceptualiser l'empowerment et guider cette recherche. En effet, les questions développées pour les entrevues rejoignent l'une ou plusieurs des quatre dimensions évoquées, afin d'explorer comment le concept d'empowerment s'opérationnalise en pratique.

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'empowerment durant la grossesse par Klima et ses collègues



L'empowerment des personnes enceintes au Québec

Les personnes enceintes bénéficient au Québec d'un suivi de grossesse prédéfini, qui comprend des consultations régulières avec une professionnelle ou un professionnel de santé ainsi que des échographies et d'autres tests permettant de vérifier la santé de la mère et de l'enfant à venir (24,25). Ce suivi a été mis en place de manière plus structurée au XXème siècle et s'est médicalisé avec les avancées techno-scientifiques (25-30). Cette médicalisation, bien que salutaire pour prévenir la mortalité et morbidité materno-infantile, a entrainé plusieurs insatisfactions, notamment de la part des personnes enceintes (31,32). Parmi ces insatisfactions, on peut noter le sentiment de perte de contrôle sur son corps et ses décisions. Ce sentiment de contrôle, aussi appelé empowerment, est pourtant associé à de meilleurs résultats de santé, comme une réduction des complications pré et postnatales (5,6). Il permet aussi d'augmenter le niveau de satisfaction des soins reçus et donc favoriser un sentiment de vivre une meilleure expérience globale des soins, ce qui peut avoir des effets positifs sur le bien-être tant physique qu'émotionnel des personnes enceintes (20,33).

[2] Dans un souci de cohérence avec le concept d'empowerment, le terme « personnes enceintes » est utilisé dans cet article pour refléter la diversité des genres à laquelle les personnes enceintes peuvent s'identifier, même s'il s'agit principalement de femmes cisgenres.

Face à ces bénéficies potentiels, il apparait important d'analyser la perception qu'ont les personnes enceintes de leur empowerment dans ce suivi prénatal pour identifier les facteurs qui leur permettent de mettre en place ce processus et ceux qui le freinent. En effet, comprendre le sentiment de pouvoir (empowerment) et la satisfaction des personnes enceintes peut aider à adapter les politiques et les pratiques de soins prénatals pour mieux répondre à leurs besoins. Cela passe notamment par comprendre les attentes et les préférences des personnes enceintes en matière d'implication dans leurs soins. Cela favorise également la prise en compte des caractéristiques propres aux patientes, selon le système de soins auquel elles ont accès, en l'occurrence au Québec, qui peuvent varier des populations de personnes enceintes qui ont déjà fait l'objet de recherches, afin de leur offrir des soins plus appropriés. De même, il est rare de bénéficier de la perception des prestataires de santé les accompagnant, alors qu'ils jouent pourtant un rôle central dans ce processus, du fait qu'ils sont les interlocuteurs principaux des patientes durant le suivi de grossesse. Bien que ces aspects aient été abordés dans la littérature, ils ne l'ont jamais été en contexte québécois.

Ainsi, s'intéresser spécifiquement à l'empowerment des personnes enceintes dans le contexte québécois singulier est essentiel, puisque les études sur l'empowerment précédemment menées ne tiennent pas nécessairement compte des particularités du Québec, comme l'accès aux soins de santé, la diversité culturelle croissante, les modalités de suivi de grossesse, les contraintes structurelles, ou encore les pratiques professionnelles en santé périnatale. De plus, cette approche contribue à enrichir les connaissances globales sur l'empowerment en proposant une perspective ancrée dans un contexte distinct, illustrant que malgré une définition plus ou moins commune de l'empowerment, sa forme et les facteurs l'influençant peuvent varier. Cette étude s'est donc intéressée à la perception de l'empowerment dans le suivi prénatal au Québec par des personnes enceintes et par des prestataires de santé.

MÉTHODOLOGIE

Choix de la méthode

Une étude exploratoire a été réalisée afin de documenter les facteurs influençant l'empowerment ainsi que le niveau de satisfaction des personnes enceintes québécoises quant au pouvoir qu'elles ressentent dans leur suivi de grossesse. Cette étude qualitative a demandé la réalisation d'entrevues individuelles semi-dirigées avec des personnes en période périnatale et avec des prestataires de santé responsables de ce suivi. Pour ce faire, des personnes qui avaient plus de 18 ans, qui étaient enceintes ou qui avaient accouché depuis moins d'un an, et qui ont bénéficié d'un suivi de grossesse au Québec ont été sollicitées. Des prestataires de santé exerçant au Québec et étant impliqués dans le suivi prénatal ont également été sollicités. Il est à noter que seules les catégories professionnelles directement en contact avec les personnes enceintes et qui ont pour la plupart un droit de prescription ont été sollicitées, soit les gynécologues-obstétriciens, les omnipraticiens et médecins de famille, et les sage-femmes. Étant donné que l'étude portait sur le suivi médical, l'examen des décisions qui ont trait aux tests et dépistages pouvant survenir durant la grossesse, ainsi que les interventions médicales pouvant être nécessaires était essentiel.

Recrutement

Les personnes enceintes ont été recrutées via les médias sociaux, suite à un message de sollicitation sur différents groupes Facebook québécois destinés aux futures et nouvelles mères entre mars et septembre 2022. Les personnes intéressées étaient invitées à nous contacter afin de recevoir un formulaire d'information et de consentement puis de débuter leur participation. Un recrutement boule de neige était également possible. Des rappels mensuels ont été faits sur les réseaux sociaux. Aucune compensation n'a été octroyée pour la participation.

Concernant les prestataires de santé, leur sollicitation s'est effectuée au cours de l'année 2023 via leurs ordres et associations professionnelles par l'acheminement d'un courriel grâce aux listes d'envoi ou leurs réseaux sociaux.

Échantillon

Suite à ce recrutement, sept personnes enceintes ont pris part à une entrevue. Afin de contextualiser et d'interpréter les résultats de manière rigoureuse, les caractéristiques démographiques des participantes ont été collectées. Ces données permettent de nuancer et ventiler les résultats qualitatifs obtenus. En effet, des caractéristiques comme l'âge, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, la situation maritale ou encore le nombre de grossesses ou la présence d'un partenaire peuvent affecter non seulement le suivi prénatal, mais aussi le processus d'empowerment (20). Ainsi, les participantes se sont identifiées en tant que femmes et avaient majoritairement entre 30 et 34 ans. Quatre étaient nées au Canada et trois en France. Elles bénéficiaient toutes d'un niveau socio-économique élevé, comme en témoignent le revenu annuel de leur foyer et les études suivies. Durant leur grossesse, elles avaient toutes un partenaire masculin pour les soutenir et n'attendaient qu'un enfant. Pour six participantes, il s'agissait d'une première ou deuxième grossesse. Cinq des sept participantes avaient déjà accouché au moment de l'entrevue. Quatre participantes avaient été suivies par une ou un gynécologue obstétricienne ou obstétricien, une par un médecin de famille, une par un résident et une par une sage-femme. Le tableau 1 ci-après présente les caractéristiques socio-démographiques des personnes participantes aux entrevues et les caractéristiques de leur grossesse :

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et de grossesse des personnes participantes aux entrevues individuelles du volet 1

Caractéristiques	Choix	N
Âge	18-24 ans	1
	30-34 ans	5
	35-39 ans	1
Pays de naissance	Canada	4
	France	3
Origine ethnique	Europe	3
	Nord-américaine	4
Statut migratoire	Citoyenne canadienne	4
	Résidente permanente	1
	Résidente temporaire	2
Région administrative de résidence	Capitale Nationale	3
	Montérégie	1
	Montréal	3
Plus haut niveau d'étude suivi	Supérieur ou égal aux études secondaires	7
Revenu annuel du foyer	20,000-49,000	1
	50,000-79,000	1
	80,000-99,000	2
	100,000 ou plus	3
Emploi	Étudiant(e)	1
	Salarié(e)	5
	Sans emploi	1
Présence d'un partenaire masculin	Oui	7
Parité	Première grossesse	3
	Deuxième grossesse	3
	Troisième grossesse	1
Nombre d'enfants attendus	Singleton	7
Moment de la grossesse	Deuxième trimestre	1
	Troisième trimestre	1
	Accouchée	5
Type de suivi	Suivi normal	4
	Suivi intensifié	3
Prestataires de santé effectuant le suivi	Gynécologue obstétricien	4
	Médecin de famille	1
	Résident	1
	Sage-femme	1

Concernant le recrutement des prestataires de santé, seulement deux sages-femmes ont accepté de prendre part à une entrevue individuelle. L'une avait entre 35 et 39 ans, avait réalisé ses études au Québec, et exerçait la profession de sage-femme depuis 10 à 20 ans en maison de naissance. Elle suivait environ 32 personnes enceintes par année dans deux régions du Québec. La seconde sage-femme avait également entre 35 et 39 ans, avait suivi ses études aux États-Unis, et exerçait la profession de sage-femme depuis 5 à 10 ans en maison de naissance au Québec ainsi qu'en Ontario. Malgré l'envoi du message de sollicitation à d'autres prestataires de santé via leurs ordres ou associations professionnels, notamment des omnipraticiens et des gynécologues-obstétriciens, aucun autre participant professionnel n'a pu être rencontré.

Participation

Personnes enceintes

Les entrevues individuelles ont eu lieu via la plateforme Zoom, ont duré entre 40 et 60 minutes, et ont été enregistrées sur support audio. Les personnes participantes ont d'abord rempli un court questionnaire socio-démographique en ligne sur la plateforme LimeSurvey, dont les serveurs sont sécurisés et hébergés sur le campus de l'Université de Montréal.

L'entrevue a permis d'aborder la perception que les personnes enceintes ont de leur empowerment, la définition qu'elles en donnent ainsi que les obstacles et les facilitateurs qu'elles ont pu rencontrer dans leur suivi médical et qui ont pu avoir un impact sur le processus d'empowerment. Les questions ont aussi porté sur les solutions auxquelles elles ont recours pour initier ou continuer un processus d'empowerment et quels sont la place et le rôle qu'elles attribuent aux technologies numériques dans celui-ci, et dans ces solutions. Pour chaque thématique, des questions générales ont d'abord été posées (ex. : Qu'est-ce qui, selon vous, influence votre prise de pouvoir dans vos soins de grossesse), avant d'utiliser des questions plus spécifiques sur différents facteurs d'influence en lien avec les dimensions décrites par Klima et ses collègues (16) (ex. : Pensez-vous qu'il y a parfois une relation de pouvoir entre vous et votre prestataire de santé?).

Professionnelles de santé

Deux sage-femmes ont participé à un entretien individuel semi-dirigé sur Zoom d'une durée de 30 à 60 minutes, puis enregistré sur support audio. Le but était d'explorer leur perception quant à l'empowerment de leurs patientes. Elles ont été interrogées sur la perception qu'elles avaient de l'empowerment de leurs patientes, ainsi que sur les obstacles et les facilitateurs que ces dernières peuvent rencontrer en pratique. Les outils ou les pratiques qu'elles peuvent utiliser pour développer ou favoriser la

mise en place de cet empowerment ont aussi été abordés. Comme pour les femmes enceintes, les questions étaient d'abord d'ordre général, puis ciblaient plus spécifiquement certains sujets ou facteurs.

Analyses

Bien que des fréquences aient été réalisées pour décrire l'échantillon obtenu, l'analyse des entrevues a consisté en une analyse thématique. L'analyse thématique est une méthode qualitative utilisée pour identifier, analyser et rapporter des motifs (ou « thèmes ») dans un ensemble de données (34,35). Elle permet de découvrir des modèles à travers les données et de les organiser en thèmes significatifs pour répondre aux objectifs de recherche (34,35), qui étaient ici de dresser un portrait de la perception de l'empowerment dans le suivi prénatal qu'en ont des personnes enceintes et des prestataires de santé, au Québec. Cette analyse a été réalisée par la première auteure (MAM) et la seconde auteure (BG) a été consultée au besoin, en cas de doute d'interprétation. Pour les sept femmes enceintes autant que pour les deux professionnelles de santé interrogées, les thèmes qui ont émergé abordent la définition de l'empowerment, ses avantages et inconvénients, les facteurs facilitant ou freinant sa mise en place, et les outils et ressources utilisés dans ce processus. Ces thèmes sont présentés dans la section résultats.

Éthique

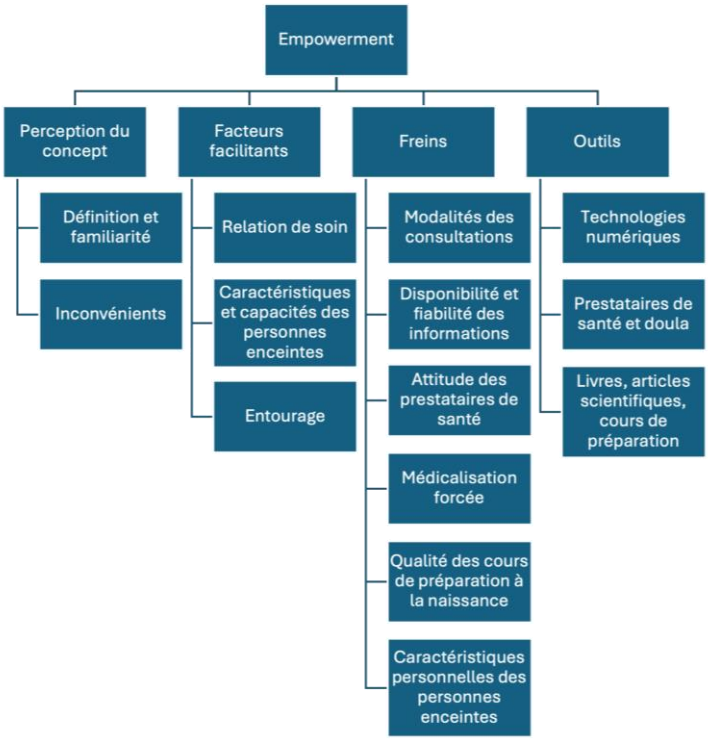
Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES). Les données ont été d'abord dépersonnalisées afin d'associer les réponses au questionnaire socio-démographique en ligne et les données provenant de l'entrevue pour chaque participante, avant d'être anonymisées à l'issue de la collecte des données. Les données sont conservées sur un serveur sécurisé de l'Université de Montréal.

RÉSULTATS

Personnes enceintes

La figure 2 ci-dessous présente les thèmes identifiés ainsi que les sous-thèmes qui leur sont liés au sein des témoignages des personnes enceintes. Ces thèmes et sous-thèmes sont repris un à un par la suite afin de les expliciter et de les appuyer de citations directes des participantes.

Figure 2 : Schéma des thèmes et sous-thèmes évoqués lors des entrevues avec des personnes enceintes



Conception de l'empowerment

Définition et familiarité

Les femmes enceintes rencontrées ont généralement peu ou pas entendu parler d'empowerment, notamment dans un contexte de santé. Celles qui avaient déjà connaissance de ce concept y ont été exposées soit dans leur milieu professionnel (qui n'était pas celui de la santé), soit de par leur recherche et curiosité personnelles. Eu égard à la définition qu'elles donneraient à ce concept, la plupart ont fait référence aux notions de capacité de décider et d'agir, d'autonomie, de pouvoir d'agir, de prise de décision éclairée et de contrôle. L'une des participantes a ainsi relevé le fait que ce concept est de plus en

plus repris en société et explique que « *[…] maintenant la société évolue, on voit passer ça partout. Moi-même, j'aime bien prendre les choses en main aussi. Je déteste qu'on m'infantilise […]* » (P6).

Bien que les femmes interrogées n'aient pas une définition exacte du concept, elles ont une perception de celui-ci déjà axée sur cette capacité à user de son pouvoir décisionnaire et de leur rôle de partie prenante dans le suivi prénatal.

Inconvénients

Bien que toutes les participantes aient relevé l'intérêt et l'importance de l'empowerment dans leurs soins, deux d'entre elles ont également identifié des inconvénients et risques à la promotion de celui-ci, notamment des risques d'apporter une pression et une culpabilité sur les personnes enceintes puisqu'elles pourraient avoir le sentiment que l'entière responsabilité repose sur elles. Elles mettent ainsi en garde : « *Mais je trouve que c'est comme beaucoup de concepts, […] c'est bien à la base et puis ça vire toujours vers faire mieux et être parfait* » (P5) et « *[C'est bien] tant que ça ne crée pas non plus une pression sur la mère ou le père tu sais que tout repose sur cette personne-là pour prendre la décision*. » (P7)

L'une de ces participantes explique aussi que certains facteurs échappent à tout contrôle et notamment au contrôle des personnes enceintes, laissant entendre que le concept d'empowerment ne devrait pas leur laisser penser qu'elles ont le contrôle sur ces facteurs, sous peine d'être déçues, voire de culpabiliser. La participante explique :

> *Donc ça va être un peu culpabilisant, même parfois, parce que bah pour certaines mamans tu vois, là moi, j'ai très bien vécu les changements et tout, mais quand je rencontre d'autres mamans ben si ça ne s'est pas passé comme elles voulaient, elles sont vraiment déçues et donc je me demande si ça, cette volonté de maîtrise, ne crée pas aussi un écart entre la réalité et ce que t'avais imaginé […].* (P5)

En plus de ces deux enjeux, un dernier est relevé : celui de percevoir son pouvoir d'agir en tant que personne enceinte comme *« au-dessus des recommandations médicales ».* L'une des participantes interrogées a mentionné qu'elle trouvait interpellant de voir que parfois, les choix et demandes faits par les patientes et patients remettaient en question certaines indications médicales : *« Il y a vraiment ce truc aujourd'hui, […] un peu de mise en scène aussi donc. Je trouve que l'empowerment ça glisse un peu trop vers ce côté, se positionner au-dessus de décisions médicales.* » (P5). Elle ajoute : « *Mais bon, quand la fille elle te dit si dans cinq minutes il n'est pas là, son rythme baisse* [ndrl. le rythme du bébé]*, on part en césarienne, ben tu ne vas pas dire non, je refuse la césarienne et en fait il y a des gens qui remettent en cause un peu tout ça.* » (P5).

Facteurs facilitants

Les participantes ont partagé différentes expériences qui ont permis d'identifier certains facteurs les aidant à initier ou développer leur empowerment dans leur suivi prénatal.

La relation de soins ainsi que les conditions des consultations sont ainsi identifiées comme des facteurs déterminants pour l'empowerment des personnes enceintes. Notamment, une relation de soin basée sur l'écoute et le respect semble essentielle afin de pouvoir développer et user son pouvoir d'agir, en posant des questions, et en se sentant considérée comme une partie prenante des décisions. Les participantes partagent ainsi leur vécu :

> *Oui, parce […] qu'on se sent considéré en fait justement d'être dans cette position-là, d'égal à égal.* (P2)

> *Mais elle a quand même été pas mal respectueuse de mes divers changements d'avis sur la manière dont je voulais accoucher, de ce que je souhaitais.* (P6)

En plus de ce respect et de cette écoute, les participantes apprécient les échanges transparents, honnêtes ainsi que le temps pris par les prestataires pour leur partager des informations et des explications. « *[…] je trouve que la relation avec le personnel de la santé a vraiment un grand rôle à jouer dans le sentiment de pouvoir, parce que c'est ça notre porte d'entrée. […] c'est une des seules sources fiables d'informations.* » (P1)

Certaines participantes ont indiqué avoir des rencontres d'environ 15-20 minutes avec leurs médecins, contre 45 minutes à 1 heure pour des rendez-vous avec les sages-femmes. De manière générale, les participantes ont reconnu que le fait d'avoir le sentiment de ne pas déranger leur permet de mieux utiliser leur empowerment.

Le fait que les prestataires fassent preuve d'empathie, de réassurance, et d'une approche personnalisée est aussi mentionné comme un facteur facilitant dans leur processus d'empowerment. « *Il y avait une infirmière puis il y avait la médecin qui était là puis l'infirmière était quasiment juste là pour me tenir la main. Et elle a accueilli toute ma peine. Et l'autre médecin était super empathique. Elle a fait des blagues pour détendre l'atmosphère à de bons moments.* » (P7)

Enfin, le fait que les prestataires de santé, que ce soit les personnes qui effectuent principalement le suivi prénatal ou non, soient facilement joignables, et qu'ils aient du temps à accorder à leurs patientes offre aussi des opportunités aux personnes enceintes d'adresser leurs besoins influençant leur empowerment. Une participante a ainsi apprécié avoir l'opportunité d'entrer en contact rapidement et facilement avec une autre membre de l'équipe médicale lorsque sa gynécologue n'était pas disponible :

> *[…] il y a eu une fois où j'ai appelé et qu'elle [la gynécologue] n'était pas là, mais l'infirmière elle a offert en fait, pour pouvoir être capable de répondre à ma question, d'aller fouiller dans mon dossier et est allé parler avec un médecin. Tsé elle a vraiment fait un paquet de démarches pour répondre à ma question, même si je n'étais pas sa patiente.* (P2)

Somme toute, le rôle, l'attitude et la disponibilité des prestataires de santé, notamment celui assurant le suivi prénatal, a un impact important sur le processus d'empowerment des personnes enceintes.

Caractéristiques et capacités des personnes enceintes

Les participantes ont identifié certaines caractéristiques individuelles leur permettant de gagner plus facilement en empowerment, comme leur profession, le fait qu'elles aient déjà eu des enfants, leur âge, etc. :

> *Mais je me dis quelqu'un comme moi, qui est infirmière de profession, et mon conjoint qui est quand même aussi très au fait là, en termes de littératie en santé, je me dis ben, on a cette possibilité-là, cette capacité d'entendre plus et d'être très, très outillés parce qu'on est des gens comme ça aussi. On est analytiques, on a besoin de savoir. Faque. Puis tsé sur le coup, tu ne passes pas forcément à tout, tu sais, nous-même on serait capable de dire ba on voudrait un complément d'information. On est capable de poser la question.* (P2)

De plus, se percevoir comme actrices de leur suivi de grossesse a aussi été mis de l'avant comme étant bénéfique pour leur prise de pouvoir. Des participantes ont mentionné arriver préparées aux consultations en répertoriant leurs questions en amont. Cette préparation les aidait à garder le contrôle sur leur suivi et à gagner en pouvoir :

> *Je préparais mes réponses ou mes questions en fonction de ça, fait que je savais très bien de quoi on allait parler à chaque rencontre, faque oui, j'arrivais super préparée à mes rencontres avec ma liste de questions. Faque je pense ça à aider à la fluidité du contenu, de ce que j'avais besoin et de ce qu'elle [la gynécologue] avait besoin.* (P7)

Entourage

Des participantes ont souligné l'apport de leur entourage sur leur processus d'empowerment. En effet, en valorisant leurs choix et en les soutenant dans leur décision, l'entourage semble renforcer leur sentiment d'autonomie et leur confiance en elles et dans leur toile sociale, mais aussi leur offrir une ou des personnes sur lesquelles s'appuyer lorsqu'elles ne sont pas en mesure de faire valoir seules leurs choix. Ce support les prévient de l'isolement, facilite la gestion des responsabilités, et leur permet de se sentir soutenues dans leur suivi médical de grossesse, qui peut être stressant et complexe. L'une des participantes indique ainsi : « *Au niveau des échographies, il* [ndrl. son conjoint] *pensait souvent à poser des questions pertinentes auxquelles moi je ne pensais pas. […] Fait que c'est une deuxième personne, ça aide.* » (P1)

Une autre participante met de l'avant l'apport du partage d'expériences par d'autres personnes enceintes sur le sentiment d'isolement et l'inquiétude que celui-ci peut entrainer : « *Moi, je suis allé sur des pages Instagram, disons des gens qui passent par le même processus que nous. Tu sais, ça reste quand même un sujet qui est tabou, puis de pouvoir juste être témoin, de ne pas se sentir tout seul.* » (P2)

Enfin des participantes ont évoqué avoir pu compter sur leur entourage et des groupes de personnes enceintes comme soutien informationnel et support moral, les encourageant à faire valoir leur pouvoir d'agir. L'une d'elle évoque les bénéfices de ces échanges : « *Le diabète je pense j'ai eu des bons conseils de gens qui font du diabète ou qui ont fait du diabète de grossesse, que je suis allée chercher en parlant avec des gens […]* » (P7).

Bien que l'entourage ne soit pas l'acteur central dans le processus d'empowerment des personnes enceintes au sein de leur suivi prénatal, il semble y jouer un rôle important pour soutenir ces personnes.

Freins

Lors des échanges avec les participantes, des expériences ont été partagées témoignant de facteurs ne leur permettant pas de développer ou poursuivre un processus d'empowerment.

Disponibilité et fiabilité des informations

D'après des participantes, le manque de disponibilité et de fiabilité des informations transmises par les prestataires de santé et la société, ainsi que leur manque d'homogénéité, peut entraver leur processus d'empowerment en les laissant mal préparées ou mal informées face aux décisions importantes liées à leur grossesse. Des informations incohérentes, incomplètes ou teintées de jugements peuvent générer de l'incertitude, du stress et une perte de confiance en leurs capacités à faire des choix éclairés.

Une participante explique ainsi :

> *[…] parce que les gens sont submergés d'informations et c'est difficile de tenir une ligne droite en fait. Donc quand tu ne sais plus trop, je pense que tu peux aller dans toutes les directions et en fait le plus important je pense, c'est de se faire confiance. Mais quand tu es fatiguée, que tu es un peu perdue, c'est très dur en fait.* (P5)

Une autre participante met l'accent sur la difficulté de pouvoir prendre ses propres décisions dans ce contexte :

> *C'est que ça change tellement. Mettons mes belles sœurs ont des enfants plus vieux qui ont quatorze ans et ce qu'elles se faisaient dire pendant leur grossesse, c'est déjà différent de ce que je me fais dire ou de ce que ma mère se faisait dire. Faque les influences extérieures font en sorte que c'est difficile de se faire sa propre idée […].* (P1)

Modalités des consultations

Plusieurs facteurs en lien avec les modalités des consultations prénatales ont été relevés comme pouvant affecter l'empowerment des personnes enceintes. Le premier de ces facteurs est celui d'accès à un prestataire de santé. Des participantes indiquent qu'il leur a été difficile de trouver rapidement une ou un prestataire de santé pouvant assurer leur suivi de grossesse, et que cela arrivait souvent vers la fin du premier trimestre, ce qui les laissait seules face à leurs interrogations durant plusieurs semaines.

> *Parce que c'est pareil, la première rencontre, ça se fait trois mois après le fait que tu as appris que t'es enceinte, tu sais, c'est les trois mois en plus, entre guillemets les plus difficiles, parce que tu peux en parler à personne, parce que tu ne sais rien. Puis, le premier jour ou la première fois où tu vas faire ton rendez-vous, là, tu sais pas ce qui t'attend, tu ne sais pas ce qu'elle va aller voir, tu ne sais pas ce qui va se passer.* (P3)

Le temps alloué aux consultations est un autre enjeu, tout comme celui du mode de consultation puisque certaines participantes en ont réalisé par téléphone :

> *Puis si je compare à ce que je vis en ce moment avec Docteur X où tu sais, je me sens vraiment partie prenante du processus, tandis que l'autre est comme c'est le fait que ce soit par téléphone, que tu ne te vois pas, tu sais, il y a comme beaucoup de choses très impersonnelles qui amènent une certaine distance […].* (P2)

> *Alors je ne dirais pas que parce qu'ici, en fait, tu vois ta gynéco, tu la voies, t'as trois minutes top chrono, ça ne permet pas de nouer des liens très forts.* (P6)

Un autre facteur pouvant aussi soulever des enjeux est celui du changement régulier de prestataire rencontré durant le suivi de grossesse. Pour les participantes qui n'étaient pas suivies par des sages-femmes, mais qui l'étaient notamment dans un centre universitaire, des changements réguliers de leur interlocuteur du fait qu'il s'agissait de résidents ont été vécus. Ces changements ne permettaient pas de construire une relation de confiance aussi forte qu'attendue selon elles :

> *Faque là c'était pas le même à 39 et demi* [semaines de grossesse]. *C'est pas Dr X, c'est celle qui la remplaçait qui m'a proposé un striping. Et là, t'es pas aussi à l'aise d'en discuter avec elle que je l'aurais été avec le Dr X.* (P1)

Des participantes notent aussi que l'absence de transmission des résultats en lien avec les échographies et tests réalisés peut entraver leur processus d'empowerment. L'inconnu et l'attente qu'apportent ces situations ont été notés comme stressant :

> *C'est vrai que ça, c'est un truc qui m'a beaucoup dérangé sur toutes les prises de sang que j'ai pu faire et puis sur les tests, je n'ai eu aucun résultat. Alors c'est vrai qu'apparemment ici* [ndrl au Québec] *ils t'appellent uniquement quand tu as un résultat qui n'est pas correct. Mais c'est vrai que pouvoir savoir un petit peu en tout cas, si t'es dans la norme ou que tu es un peu dans la limite haute, j'aurais bien aimé le savoir, j'aurais bien aimé suivre d'un peu plus près ma grossesse dans les éléments biologiques de la grossesse.* (P3)

> *Le plus difficile, c'était quand on fait des échographies, même s'il y a des technologues, je comprends qu'ils peuvent rien dire, mais même si c'est le médecin, on repart un peu en ne sachant pas c'est quoi le résultat de cette échographie-là. […] Je fais un lien avec l'empowerment un peu, mais je ne sentais pas que je comprenais et que je pouvais agir ou quoi que ce soit.* (P7)

Attitude des prestataires de santé
Les participantes ont aussi indiqué que certains propos ou certaines attitudes de prestataires de santé ont eu des effets sur leur sentiment de pouvoir :

> *[…] puis ça a pas manqué, le soir après, au moment de mon accouchement, je suis retombé sur la même équipe, vu que c'était celle du matin, que j'étais allé voir aux urgences, ba ils n'ont pas été très sympathiques parce qu'ils étaient là : « Ba vous étiez déjà là ce matin. Vous êtes connu du service, hein? » Ba oui, excusez-moi. Excusez-moi d'être inquiète […]. Non, ça dépend vraiment de l'équipe qu'on a en face. Donc si quelqu'un est ouvert plus facilement, on pourra poser des questions. Et plus ils sont fermés derrière, tu vas entre guillemets acquiescer puis tu vas rester avec ta crainte, tu vas finir sur internet, ou alors appeler d'autres personnes des autres professionnels de la santé que tu connais pour pouvoir t'aider un petit peu dans ces questions.* (P3)

> *Surtout dans un milieu hospitalier où on est pris en charge et on n'a plus de contrôle sur notre corps, sur les interventions, sur l'environnement. Donc moi, j'ai trouvé ça très difficile, effectivement.* (P4)

Médicalisation forcée
Les participantes ont évoqué des situations où elles ont ressenti de la pression ou un manque de choix dans les décisions qu'elles pouvaient prendre. Notamment, dès qu'un enjeu avec leur santé, ou celle de leur enfant à venir survenait, la possibilité d'user de leur pouvoir de décision s'atténuait voire disparaissait :

> *Après, il y a aussi le côté, ba quand tu es suivi dans un cadre vraiment hospitalier, avec un professionnel de la santé en général, il y a des moments où ils te laissent pas trop le choix sur certaines choses, parce qu'il y a le côté médical qui prédomine et tu sens bien qu'eux, ce sont des protocoles qui sont mis en place et ils ne peuvent pas déroger à leur protocole. […] il y a des choses vraiment, c'était le protocole du professionnel, les protocoles de l'hôpital, le protocole de tout le système de santé. À un moment, je ne vais pas me battre contre le système de santé, […].* (P6)

Qualité des cours de préparation à la naissance
Enfin, le sujet des cours de préparation à la naissance offerts par les établissements de santé au Québec est revenu plusieurs fois au cours des entretiens réalisés. Les participantes indiquent que les moments des cours durant la grossesse n'étaient pas optimaux et que les informations partagées tant sur le fond que sur la forme étaient insuffisantes :

> *Tu sais, comme c'est des gens, c'est le CLSC, en fait qui les donne ces formations-là. Donc ce n'est pas des gens qui travaillent à l'hôpital ni en salle d'accouchement. Tu sais, ils restent sur quelque chose de très très de base. Ça fait que moi, je n'ai pas l'impression d'avoir assez d'informations. Là, je vais aller au bout de mes cours, mais j'ai l'impression que je vais devoir aller chercher plus loin par moi-même.* (P2)

> *Et puis on te met une pression, parce que les cours prénataux te mettent quand même une grosse pression sur la façon dont tu dois allaiter ton enfant, comme quoi si tu ne l'allaites pas y a des risques pour lui. On ne te donne pas de cours sur, on te donne pas d'information sur si tu l'allaites pas, qu'est-ce que tu peux donner d'autre comme moyen?* (P3)

Caractéristiques personnelles des personnes enceintes
Tout comme les caractéristiques propres à chaque personne enceinte peuvent être des facteurs facilitants, certaines de ces caractéristiques peuvent être des freins à la possibilité pour ces personnes d'acquérir plus de pouvoir dans leurs soins. Les participantes relèvent ainsi que le niveau de littératie et d'éducation, les connaissances personnelles sur la grossesse et l'accouchement, mais aussi l'état de fatigue de la personne enceinte peuvent avoir un effet sur leur capacité à faire valoir leurs choix :

> *Tu sais, pendant le suivi de grossesse fait que j'étais capable de poser une question, de revendiquer mes choix. Mais c'est à la naissance que l'énergie est plus là pour.* (P4)

> *Je pense sérieusement que si les femmes ne se préparent pas à leur accouchement, ne s'y intéressent pas en tout cas, […] elles ne savent pas ce qui se passe, elles ont peur. Donc elles se réfèrent d'autant plus au personnel médical qui eux va donner, va leur faire prendre des décisions […].* (P6)

En résumé, des freins ont été relevés par les participantes, touchant autant à la relation avec les prestataires de santé, qu'à l'importance d'avoir accès à des informations sur leur grossesse ou encore à la prise en compte de leurs propres caractéristiques pouvant influencer leur processus de pouvoir.

Outils
Plusieurs outils sur lesquels se sont appuyées les participantes rencontrées pour soutenir leur processus d'empowerment ont été mentionnés.

Technologies numériques

Des outils numériques permettant l'acquisition de connaissances et de réponses à certaines interrogations qu'ils pouvaient apporter ont largement été relevés. Notamment, toutes les participantes ont eu recours à Internet pour avoir un complément d'information, des réponses à leurs questions ou inquiétudes, ou pour satisfaire leur curiosité sur des sujets en lien avec la grossesse et l'accouchement. Ainsi, une participante affirme qu'Internet, « *[…] me donnait une perception que j'agissais […]* » (P7). Une autre ajoute aussi que « *C'est vrai que les technologies sont parfois vraiment utiles puisque tu n'oses pas demander par peur d'être jugée* » (P3). D'autre part, les recherches Internet réalisées par les participantes se sont principalement faites sur Google, mais aussi sur des blogues de mères et sur des sites Web précis comme *Naitre et Grandir*. Ce dernier a été mentionné par des participantes qui ont été rassurées de voir qu'il était à l'initiative de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et que les informations partagées étaient vérifiées par des prestataires. Cependant, certaines notent des risques de recourir à Internet, particulièrement en lien avec la fiabilité des informations partagées :

> *Le problème c'est que si t'as pas d'esprit critique derrière pour chercher les sources de ce qui est dit et que tu prends tout pour argent comptant, c'est compliqué. Je te dirais que c'est ça le problème d'internet, c'est que tu cherches une info. Oui, tu vas avoir surement beaucoup de réponses qui ne sont pas forcément fondées et qui peuvent te faire peur ou pas. Mais c'est le piège pour tout. Je veux dire. N'importe quelle chose, n'importe quelle recherche d'information sur Internet, c'est une source inépuisable de conneries.* (P6)

En plus d'Internet, d'autres technologies numériques ont été utilisées par les participantes : les réseaux sociaux et les applications mobiles. Les applications mobiles, comme *Grossesse+*®, ont surtout été utilisées pour suivre le développement de l'enfant à venir et moins pour trouver des informations.

Prestataires de santé et doula

Les prestataires de santé et les doulas soutiennent le processus d'empowerment puisqu'ils ont un rôle central dans le flux d'information acquis par les personnes enceintes, dans le support qui leur est prodigué ainsi que dans l'accompagnement reçu. Par exemple, les participantes ont mis de l'avant le rôle d'informateur de confiance de ces prestataires : « *[…] la relation avec le professionnel qui est vraiment importante, parce que moi, je trouve que c'était elle [sa gynécologue] qui avait l'information la plus à jour, elle en fait beaucoup de suivi, fait qu'elle voit si elle me dit ce n'est pas grave, ce n'est vraiment pas grave.* » (P1).

Il est à noter que certaines participantes ont fait une différence entre le médecin qui les suit, ou a pu les suivre, et les autres types de prestataires de la santé. Ainsi, certaines ont préféré le support et l'accompagnement offert par les sages-femmes ou les infirmières : « *Le gynéco en vrai il ne pose pas trop de questions. Les infirmières par contre après oui, pas mal, sur l'allaitement, sur des choses* » (P5) et « *Avec les sages-femmes, c'est plus clair, c'est plus détaillé et complet* » (P4).

Deux autres personnes ont été accompagnées par une doula et toutes deux ont mis de l'avant le soutien et l'aide que cela leur apportait.

Livres, articles scientifiques, cours prénataux

Certaines participantes ont également consulté des livres, notamment le *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (36), qui leur a permis de se préparer aux différentes étapes de la grossesse et aux consultations prévues. Ceci dit, et même si les livres consultés par les participantes leur convenaient et les aidaient, l'une d'entre elles note :

> *[…] je ne suis pas sûr que dans toute la littérature publique j'entends, les bouquins, etc. il doit y avoir certainement une source d'information aussi assez incalculable, mais il faut encore y avoir accès. Et il faut, il faut… ça un coût, il faut trouver les bons ouvrages. Ça a encore un coût. Il faut laisser du temps, beaucoup de temps à consacrer, même si j'adore lire.* (P6)

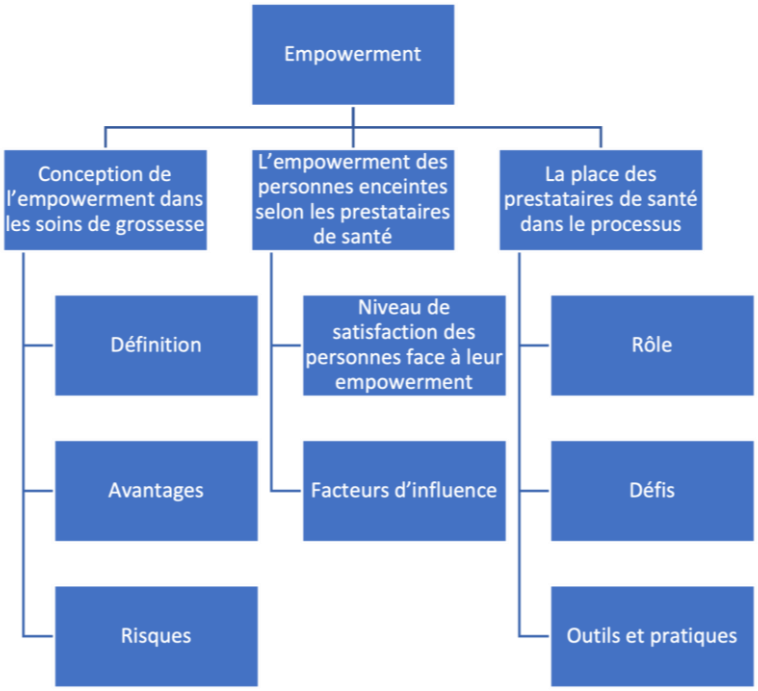
Deux d'entre elles ont aussi consulté des articles scientifiques sur des sujets précis en lien avec les échographies ou l'accouchement par voie basse après une césarienne. Bien que cette recherche ait été initiée par les participantes, l'une d'elles mentionne ne pas être tout à fait à l'aise pour comprendre toutes les informations identifiées.

Enfin, des participantes ont évoqué les cours prénataux offerts durant la grossesse. Bien que des avantages soient notés en matière d'apports de nouvelles informations, les participantes qui en ont parlé ont noté des enjeux de pertinence, de mise à jour des informations, et de manque d'ouverture sur les options possibles (accouchement et allaitement). Une participante mentionne aussi que le moment où les personnes enceintes les suivent est assez éloigné de l'accouchement, et que les informations transmises sont donc oubliées entre temps.

Prestataires de santé

Comme pour les entrevues avec les personnes enceintes, des thèmes et des sous-thèmes en commun ont émergé des entrevues réalisées avec les deux sages-femmes. La Figure 3 ci-après présente schématiquement ceux-ci.

Figure 3 : Schéma des thèmes et sous-thèmes évoqués lors des entrevues avec les sages-femmes concernant la notion d'empowerment et leur perception de ce processus auprès de leurs patientes



La conception de l'empowerment dans les soins de grossesse

La perception qu'ont eue les deux sages-femmes rencontrées du concept d'empowerment reposait sur la notion de liberté et celle de responsabilité. Elles ont mis de l'avant l'importance pour les personnes enceintes d'être libres de prendre les décisions qu'elles souhaitent selon leurs valeurs et principes afin d'être dans un processus d'empowerment. Face à cette liberté nécessaire à l'empowerment, elles ont soulevé des avantages ainsi que des risques au processus d'empowerment. Les deux sages-femmes ont relevé le fait que certaines personnes, après avoir été confrontées à des situations où elles ont fait appel à leur empowerment, se sont senties plus confiantes dans leur capacité à affronter des obstacles. Elles ont aussi relevé que l'acquisition de ce pouvoir pendant la période périnatale avait un effet à long terme sur toute la vie de ces personnes :

> *La personne que j'ai devant moi à huit semaines, à 18 semaines, à 40 semaines, cette personne-là va élever son enfant pendant encore 18 ans, puis pendant le reste de sa vie, elle va en prendre soin.* (PS2)

Parmi les risques évoqués, l'une des sages-femmes mentionne le risque de sur-responsabilisation ainsi que le risque de stigmatisation :

> *Je fais référence, par exemple, si ce développement du pouvoir d'agir amène les personnes à agir en cohérence avec leurs valeurs, puis leurs besoins, de façon distincte ou éloignée des recommandations officielles ou des recommandations en place, notamment en termes de santé publique, ça peut les exposer à vivre de la confrontation, à vivre de l'opposition à vivre des remises en question, parfois même la stigmatisation par rapport à leur propre décision.* (PS1)

> *[…] c'est que si on présuppose que l'empowerment est, comme plus un état de fait qu'un processus, on peut en venir à ne même pas considérer les besoins réels de la personne devant nous et donc, effectivement, de sur-responsabiliser, puis de créer des situations de vulnérabilité importante.* (PS1)

L'empowerment des personnes enceintes selon les prestataires de santé

Niveau de satisfaction des personnes enceintes

Eu égard au niveau de satisfaction des personnes enceintes face à leur empowerment en suivi prénatal, les deux sage-femmes ont noté que cela était très variable d'une personne à l'autre :

> *[…] j'ai vu des femmes qui auraient voulu plus de pouvoir, qui étaient même à la limite, qui étaient réactives ou colériques par rapport au degré de pouvoir qu'elles réussissaient à avoir, qui pouvaient vivre des frustrations par rapport aux normes, au protocole, aux règles, etc. mais j'en ai vu d'autres aussi qui se retrouvaient avec, qui me reflétait, par exemple, que je leur présentais une possibilité de pouvoir auxquelles elles étaient pas préparés, dont elles ne voulaient pas à la limite, parce que toutes les personnes qui viennent voir une sage-femme viennent pas toutes pour les mêmes raisons. Puis certaines n'étaient pas là du tout pour la possibilité de choisir. Puis donc, moi, j'ai vu des personnes développer de l'anxiété par rapport à la prise de conscience qu'ils ont une responsabilité de choisir.* (PS1)

Elles évoquent le fait que l'empowerment ne peut être forcé, et que la personne enceinte peut faire preuve d'empowerment en souhaitant déléguer la décision à prendre à sa sage-femme :

> *[…] c'est correct de juste faire ce que tout le monde fait, même si tu ne sais pas trop exactement pourquoi, même si t'aimerais ça, finalement, ultimement, prendre une décision qui fait du sens pour toi. Mais là tu sens que t'es pas capable, de t'extraire de ton contexte, d'avoir les conditions favorables pour prendre une décision, que tu vas être capable d'assumer par la suite, fait que j'ai vu des personnes finalement, comme c'est comme avoir des tonnes de moins sur les épaules.* (PS1)

Facteurs d'influence

Cette variabilité de satisfaction est aussi modulée par certains facteurs venant encourager ou freiner ce processus d'empowerment et pouvant affecter la satisfaction des personnes qui souhaiteraient avancer dans ce processus. Ces facteurs proviennent de différents contextes : système de santé, prestataires de santé, personnes enceintes, etc. Par exemple, l'une des sages-femmes a relevé que l'attitude adoptée par les prestataires de santé a un effet sur le processus d'empowerment des personnes enceintes, tant dans la forme de l'échange que dans la mise en place d'une réflexivité sur leur propre pratique :

> *on a des gynécos, des infirmières qui sont incroyables et qui peuvent mettre la personne en travail vraiment au centre des choix et des décisions. Mais on a aussi beaucoup d'infirmières et de gynécos qui sont extrêmement infantilisantes. Et ça, pour moi, c'est vraiment le contraire de l'empowerment. Il y a des langages, même la voix, la façon dont on s'adresse aux gens, c'est pas la même chose.* (PS2)

Le temps disponible pour accompagner les personnes enceintes est aussi un facteur pouvant affecter leur empowerment.

> *Parce que nous, comme sage-femme, on l'a le temps justement, on prend 35 40 clientes par année. Moi je peux prendre le temps et du coup d'expliquer et le temps que tu prennes, que tu fasses ta réflexion, que tu me poses tes questions, euh d'aller faire de la recherche pour te donner plus d'information, plus de ressources si tu en as besoin. […] Les gynécos, ben à n'importe quel moment, il peut y avoir trois autres personnes qui arrivent en train de pousser. Ce n'est pas le cas, c'est un petit hôpital, mais c'est pareil. Les infirmières, elles ont des charges de travail énormes, ce qui fait qu'elles n'ont pas beaucoup de temps. Pis c'est c'est beaucoup plus facile de dire à quelqu'un je vais te poser ton intraveineuse pour te donner tes antibiotiques, ce n'est pas long. Par contre de dire bon, est ce qu'on te donne des antibiotiques l'intraveineuse et d'expliquer […]* (PS2)

Enfin, les caractéristiques propres aux personnes enceintes influencent également la possibilité de poursuivre un processus d'empowerment d'après les deux sages-femmes. Ces caractéristiques peuvent être la langue parlée, le niveau d'éducation et de littératie, la personnalité de la personne ou son statut migratoire.

> *Le statut migratoire, assurément, compromet la possibilité de faire des choix, évidemment, la langue, la capacité à saisir et à se faire comprendre, mais aussi l'accès aux services sociaux en général. Je pense, par exemple, c'est crève-cœur, mais ça m'est arrivé quand même plusieurs fois. Une personne qui n'est pas couverte par le régime de l'assurance médicale du Québec et qui subit de la pression, qui se met la pression, qui subit de la pression ou une forme de violence, finalement systémique, du conjoint ou de la famille, pour persister à accoucher de façon naturelle, parce qu'un transfert à l'hôpital, une péridurale, éventuellement, potentiellement une césarienne, des médicaments, ça coûte beaucoup trop cher.* (PS1)

Le professionnel de santé dans l'empowerment de ses patientes

Rôle du professionnel de santé

Les sages-femmes ont partagé leur perception du rôle qu'elles ont dans le processus d'empowerment de leurs patientes. Elles occupent en fait plusieurs rôles différents. Le premier de ces rôles est celui d'informateur. Le second rôle consiste à être un soutien et à accompagner les personnes dans ce moment particulier de leur vie et dans leur processus d'empowerment.

> *C'est palpable aussi dans, ajuster notre réponse aux besoins, dans la mesure où ces besoins-là sont nommés par la personne, ou dans la mesure où on est à l'écoute de ce qu'on peut percevoir comme besoin chez la personne, puis qu'on peut même, à la limite, l'accompagner à prendre conscience de ses propres besoins. Ça pour moi, ça fait autant partie de l'empowerment.* (PS1)

Le troisième rôle vise à soutenir la déconstruction des dynamiques de pouvoir dans la relation de soin et à soutenir les changements sur le long terme pour les personnes enceintes.

> *L'empowerment est justement un processus, et non pas une finalité. Et donc, c'est un processus qui, à mes yeux, permet non seulement de vivre une expérience de mise au monde qui soit signifiante et positive, mais aussi qui constitue comme une Pierre d'assise du développement de la personne et du développement de la parentalité, finalement.* (PS1)

Défis pour les prestataires de santé

Ces rôles et le processus de soutien apporté à l'empowerment de leur patiente peuvent aussi soulever des défis pour les prestataires de santé. Parmi ces défis, on peut noter la nécessité de ne plus concevoir l'action du professionnel selon les résultats à obtenir, mais plutôt selon le processus mis en place pour arriver à une décision. Un autre défi pouvant compliquer le soutien offert par les prestataires au processus d'empowerment de leurs patientes est lié aux enjeux déontologiques et légaux de la profession qu'ils exercent.

> *Ben, et un peu aussi tout l'aspect médico-légal. C'est sûr que nous, on a toujours le petit ici sur l'épaule de « S'il se passait ci, s'il se passait ça ». Donc oui, si elle décline telle intervention ou oui, mais. Puis pour nous, comme sage-femme, c'est oui, elle décline, moi j'ai aucun problème avec ça, mais après moi je dois gérer l'équipe médicale si jamais derrière quelque chose [se passe], si jamais on transfère. Donc des fois, même pour moi comme sage-femme, je vais être biaisée quand on va parler de choix éclairé, quand on va avoir certaines conversations du fait de tout cet aspect-là, tout ce qui est le médico-légal, puis pour moi tout ce qui est aussi mes rapports avec l'équipe, qui est l'équipe médicale, les gynéco, tout ça. Mais ouais, ça va influencer nos conversations.* (PS1)

En plus de ces défis, il est relevé que les prestataires s'impliquant dans le processus d'empowerment doivent avoir des qualités particulières :

> *Une autre caractéristique, c'est d'être ouvert, c'est d'avoir une ouverture d'esprit puis une capacité d'adaptation au changement de rythme, puis aux différentes perspectives. Ouais, ça implique forcément aussi une ouverture d'esprit par rapport au… même d'un point de vue déontologique, ce qui est bien, ce qui est mal, ce qui est bon, ce qui est mauvais, etc. parce que tu ne peux pas. Ça constituerait encore une fois l'espèce de perversion d'empowerment, c'est si on remet entre les mains d'une personne son pouvoir d'agir, mais qu'à postériori on juge ou on remet en question les décisions qu'elle a prise, il y a quelque chose qui serait, je pense, préjudiciable.* (PS1)

Outils et pratiques pour soutenir l'empowerment

Les participantes ont indiqué n'avoir aucun outil particulier pour soutenir l'empowerment de leurs patientes, mais que des recommandations peuvent être partagées. Ainsi, l'une des sages-femmes relève l'importance du débriefing après une situation où il n'a pas pu être possible d'expliquer en détail ce qu'il se passait à la personne enceinte :

> *on suit toutes les mêmes recommandations cliniques et on nous dit toujours de débriefer après un événement, que ce soit après une réanimation néonatale, que ce soit après une dystocie d'épaule, une hémorragie, peu importe l'accouchement, que ça se soit bien passé, que ça a été très compliqué, […]. C'est juste le fait qu'on ait pris le temps d'expliquer.* (PS2)

L'autre sage-femme a mentionné l'importance d'avoir une toile sociale et un soutien de l'entourage pour les personnes enceintes :

> *Mais je pense que l'un des outils c'est la communauté. Donner accès au soutien informel, particulièrement lorsqu'il n'est pas présent dans la famille immédiate. Donc, pouvoir faire communauté avec des gens qui sont dans une démarche de développement du pouvoir d'agir comme eux, et je pense ici aux organismes communautaires, famille. De redévelopper une courroie de transmission entre le milieu professionnel, puis des milieux communautaires.* (PS1)

Elle relève aussi l'apport potentiel d'un outil permettant aux personnes d'avoir un regard critique sur les informations disponibles sur Internet :

> *Parmi les autres outils, j'hésitais parce qu'on a accès à tellement d'informations sur le web que, à la limite, c'est un outil qui aide les personnes à se repérer, à développer un esprit critique par rapport à ce qui se retrouve sur le web. Je pense que c'est quelque chose qui, ma foi, je pense, pourrait aider beaucoup de personnes à prendre des décisions éclairées quand ils s'alimentent en tout cas sur internet.* (PS1)

DISCUSSION

Suite à ces témoignages, force est de constater que les facteurs identifiés par les personnes enceintes comme par les prestataires sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature et organisés dans l'échelle de Kilma et ses collègues (21). Par exemple, les facteurs en lien avec la relation de soin, les modalités de consultations, l'attitude des prestataires de santé sont des facteurs pouvant se retrouver sous la catégorie concernant le « lien avec le prestataire » de l'échelle (21). L'organisation du système de santé, les conditions dans lesquelles se tiennent les consultations ainsi que l'approche et l'ouverture dont font preuve les prestataires de santé accompagnant les personnes enceintes sont une force d'influence majeure sur le processus d'empowerment de ces personnes (37-42). De manière générale, une relation de soin offrant du temps, de la réassurance, du soutien, une attitude empathique et ouverte ainsi qu'une prise de décision partagée est perçue comme bénéfique pour l'empowerment.

L'entourage ou le soutien de personnes comme une doula ou comme d'autres mères (groupe de support, groupe sur les réseaux sociaux, etc.) sont aussi mentionnées par les participantes et dans la littérature comme étant un facteur d'influence pour le processus d'empowerment (21,43). Ces échanges offrent d'autres canaux aux personnes enceintes pour avoir des informations, partager leur vécu et leur expérience et trouver du soutien dans des situations difficiles. Les caractéristiques propres aux personnes enceintes, de même que les sources d'informations auxquelles elles ont accès sont aussi source d'influence de leur empowerment. Les participantes, la littérature (2,20,22,23), ainsi que les travaux de Klima et ses collaborateurs (21) ont relevé que leurs caractéristiques (âge, tempérament, niveau de littératie) pouvaient simplifier ou freiner leur sentiment de contrôle.

Bien que nos résultats s'alignent avec ceux dans la littérature disponible sur le sujet, deux facteurs plus spécifiques au contexte québécois ou moins étudiés dans la littérature sont à noter. Premièrement, des participantes ont fait état de la frustration, de l'anxiété et du manque de contrôle ressenti face à l'absence de communication des résultats de certains tests passés (sanguins et échographies notamment). L'attente et l'incertitude générées par cette absence de communication ainsi que par la sensation de ne pas avoir toutes les informations concernant la grossesse semble affecter négativement leur processus d'empowerment. Dans la littérature, des enjeux similaires sont retrouvés chez d'autres patientes et patients qui n'ont pas accès à ces informations, ce qui peut les conduire à de l'anxiété, à de la mécompréhension face à leur étant de santé, à un manque d'engagement de leur part dans leurs soins, et à une altération de leur sentiment de confiance et de satisfaction envers l'équipe médicale (44-46). Deuxièmement, il a été plusieurs fois mentionné que leur sentiment de pouvoir pouvait être altéré dès qu'un enjeu médical apparaissait pour elles ou leur bébé ou dès que la situation les plaçait dans un état de vulnérabilité ou de fatigue plus grand (par exemple lors de l'accouchement). Il leur été donc plus difficile soit d'avoir les informations nécessaires pour prendre leur décision, soit de faire valoir leur décision auprès du personnel médical. Même si la priorisation de la santé du fœtus et de leur état de santé peut se justifier, notamment lorsqu'il est question d'urgence médicale, l'absence d'information et par conséquent de consentement de la personne enceinte soulève des enjeux éthiques importants (47) et peut porter atteinte à leur processus d'empowerment.

Concernant la perception des deux prestataires de santé, le processus d'empowerment des patientes affectait aussi la professionnelle ou le professionnel qui effectue le suivi prénatal. Les deux sages-femmes rencontrées ont évoqué un savoir-faire, mais surtout un savoir-être permettant ou non de soutenir l'empowerment des personnes enceintes. Dans la littérature, peu de sources se sont intéressées à la perception de l'empowerment des patientes et des patients en général (et plus encore des personnes enceintes) par leur professionnel de santé. Généralement l'accent est mis sur le rôle de la relation de soin dans le processus (2,20,22,23), mais rarement sur ce que représente l'empowerment d'un patient pour son professionnel de santé et comment cela affecte son travail.

Enfin, bien que cela n'ait pas été explicitement détaillé, un autre point commun peut être identifié dans les discours des personnes enceintes interrogées et des sages-femmes rencontrées : l'importance du partage de l'information, de manière adaptée, tant dans son contenu, que dans son format et dans le moment où la partager (2,20,22,23). Ce partage d'information permet aux personnes enceintes de se sentir plus en pouvoir, d'être plus actives dans leur suivi prénatal, et évite l'apparition de situation basée sur l'infantilisation, la frustration, la confrontation. Ultimement, cette acquisition de connaissance et l'échange qui peuvent suivre celle-ci avec la professionnelle ou le professionnel de santé permettraient d'augmenter le niveau de satisfaction des personnes enceintes envers leurs soins et d'éviter des situations perçues comme maltraitantes ou violentes.

Finalement, les sages-femmes interrogées ont confirmé une tendance déjà constatée : il n'existe pas d'outils concrets et faciles d'utilisation auquel peuvent avoir recours les prestataires de santé pour soutenir le processus d'empowerment de leurs patientes. Des recommandations quant aux pratiques ont pu être partagées par nos participantes, comme l'écoute active, la mise en place d'un environnement sécuritaire et bienveillant, etc. mais aucun outil à utiliser en pratique durant les consultations n'a été identifié.

Parmi les forces de cette étude exploratoire qualitative on retrouve la capacité à explorer en profondeur les expériences personnelles et les perceptions des participantes sur l'empowerment dans un contexte singulier, celui du suivi prénatal et dans un lieu géographique inédit, celui du Québec. Les entrevues ont permis également de recueillir des points de vue diversifiés et d'identifier de nombreux thèmes en lien avec l'opérationnalisation du concept d'empowerment dans le suivi de grossesse. En incluant des sages-femmes, l'étude bénéficie d'une perspective professionnelle complémentaire, qui est peu rapportée

dans la littérature. Cependant, bien que de nombreux thèmes aient été identifiés et qu'une saturation ait été atteinte sur quelques thèmes, la taille de l'échantillon limite la possibilité de généraliser les conclusions à une population plus large, et soulève un risque d'éclipser des expériences minoritaires. L'échantillon de femmes enceintes était aussi homogène en termes de niveau socio-économique et d'éducation. Il est probable que des personnes davantage en situation de vulnérabilité socio-économique puissent avoir des expériences différentes en matière d'empowerment. Cette différence d'expérience et donc de résultats obtenus s'applique aussi à l'échantillon de prestataires de santé. Il aurait été particulièrement intéressant de pouvoir bénéficier de la perception d'autres professions médicales, en plus des sages-femmes, pour pouvoir comparer et enrichir les données obtenues. Cet enjeu de recrutement des prestataires de santé semble être un enjeu partagé par d'autres auteurs (48-51). Différentes explications peuvent être avancées : manque de temps (48-50,52,53), réticence face au sujet de recherche, à l'étude ou doute sur la méthodologie choisie (49,52,53), ou encore rivalités professionnelles (49,53).

Malgré ces contraintes, cette étude apporte des premiers résultats et informations en dressant un état des lieux de l'opérationnalisation du processus d'empowerment chez des personnes enceintes au Québec, et permet d'identifier des pistes de recherche futures et d'éclairer les pratiques dans ce domaine spécifique.

CONCLUSION

Cette étude exploratoire a permis de sonder la perception de l'empowerment par des personnes enceintes dans leur suivi prénatal de grossesse, d'identifier et de contextualiser les facteurs pouvant affecter ce processus et d'obtenir un partage d'expérience de prestataires de la santé impliqués dans celui-ci en contexte québécois. La relation de soins demeure un facteur important pour aider à soutenir le processus d'empowerment des patientes, de même que l'accès à des informations pouvant soutenir leurs prises de décision. Les prestataires de santé ont un rôle majeur de soutien ou d'accompagnant dans ce processus et cela peut les affecter dans leur travail. De même, le fait d'avoir suffisamment d'information et d'être averties des résultats de leurs tests et échographies semble être un facteur important qui a des effets non négligeables sur le sentiment de pouvoir de ces personnes et sur leur capacité à prendre leur place d'actrice centrale.

La réalisation de cette recherche sur l'empowerment des personnes enceintes au Québec revêt une importance particulière, car elle apporte des précisions sur une problématique jusqu'alors peu explorée, notamment dans cette province. En s'intéressant spécifiquement au contexte québécois, cette étude met en lumière des dynamiques et réalités singulières, propres au Québec et à son système de santé. Elle permet aussi de renforcer la connaissance des besoins des personnes enceintes, ouvrant la voie à une prise en charge plus proche de leurs attentes.

Face à l'importance reconnue par toutes les participantes, patientes et professionnelles, de cet empowerment, il apparaît nécessaire de mettre en place une approche de soin bénéfique à l'épanouissement de celui-ci et de développer des outils ou des pratiques qui permettent de le soutenir. En effet, sur le terrain, au Québec, aucun outil ou pratique concrète ne permettait de soutenir le travail d'accompagnement fait par les prestataires. De même, mis à part des échelles permettant d'évaluer le niveau d'empowerment ou identifiant les composantes de ce concept, il semble y avoir peu ou pas d'outils disponibles pour les patientes et les prestataires. En plus du développement de ces outils, il serait opportun d'intégrer l'empowerment aux programmes de formation des soignantes et soignants afin de former les futures générations à cette approche singulière du soin. Les compétences interpersonnelles comme l'empathie, la communication, ou encore la décision partagée sont primordiales dans cette approche (54). L'implication des personnes enceintes dans le cursus académique de ces professionnelles et professionnels de santé serait également bénéfique puisque les étudiantes et étudiants seraient davantage sensibilisés à cette approche et offrirait une opportunité aux personnes enceintes de contribuer à la formation de leurs soignantes ou soignants (55). Dans le développement, tant des outils que de la formation des prestataires de santé, les différentes parties prenantes, patientes, prestataires de santé, partenaires et entourage, établissements de soins, système de santé, organismes, ont un rôle à jouer pour favoriser des outils et pratiques pertinents, efficients et adaptés à la réalité du système de santé québécois.

Reçu/Received: 28/08/2024
Publié/Published: 28/04/2025

Remerciements
L'équipe de recherche remercie les participantes pour leur temps et investissement dans cette recherche.

Acknowledgements
The research team would like to thank the participants for their time and investment in this research.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Aliya Affdal
Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Core Practices de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Core Practices. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Anonyme & Marjolaine Héon
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

RÉFÉRENCES

1. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idees economiques et sociales. 2019;173(3):25-32.
2. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. BMC Health Services Research. 2015;15:252.
3. Calvès AE. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. Revue Tiers Monde . 2009;200(4):735-49.
4. Morley J. The limits of empowerment: how to reframe the role of mhealth tools in the healthcare ecosystem. Science and Engineering Ethics. 2020;26:1159-83.
5. Borghei NS, Taghipour A, Roudsari RL, Nooghabi J. Investigating the determinants of maternal empowerment during pregnancy: a strategy for prenatal healthcare promotion. 2017;5(3):988-97.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Patient empowerment and health care. Dans : WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. 2009.
7. Masella MA, Godard B. L'empowerment en santé reproductive : vers une visée éthique des soins. Éthique Publique. 2024;26(1).
8. Mackenzie C, Stoljar N, éditeurs. Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Automony, Agency, and the Social Self. New York: Oxford University Press; 2000.
9. Mackenzie C. Feminist innovation in philosophy: relational autonomy and social justice. Women's Studies International Forum. 2019;72:144-51.
10. Sen A. Equality of what? The Tanner Lecture on Human Values. Standford University; 22 mai 1979.
11. Sen A. Commodities and Capabilities. 13th impr. Oxford University Press; 2008.
12. Nussbaum M, Sen A, éditeurs. The Quality of Life. Oxford University Press; 1993.
13. Masella MA, Godard B. The contribution of empowerment to bioethics in the obstetric care context. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2024;17(1):73-92.
14. Skolasky RL, Mackenzie EJ, Wegener ST, Riley LH. Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery. Journal of Bone and Joint Surgery. 2011;93(18):1665-71.
15. Greenhalgh T. Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient. BMJ. 2009;338:b49.
16. Remmers C, Hibbard J, Mosen DM, Wagenfield M, Hoye RE, Jones C. Is patient activation associated with future health outcomes and healthcare utilization among patients with diabetes? Journal of Ambulatory Care Management. 2009;32(4):320-7.
17. Jerofke T, Weiss M, Yakusheva O. Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. Journal of Advanced Nursing. 2014;70(6):1310-22.
18. Gagnon J. Empowerment. Dans : Formarier M, Jovic L, éditeurs. Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 172-5.
19. Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. Health Affairs. 2015;34(3):431-7.
20. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. Midwifery. 2019;78:1-7.
21. Klima CS, Vonderheid SC, Norr KF, Park CG. Development of the Pregnancy-related Empowerment Scale. Nursing and Health. 2015;3(5):120-7.
22. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;16(3):354-61.
23. Ouschan R, Sweeney JC, Johnson LW. Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing. Health Marketing Quarterly. 2000;18(1-2):99-114.
24. Institut national de santé publique du Québec. Suivi de grossesse. Dans : Mieux vivre avec notre enfant. 2023.
25. The Vanier Institute of the Family. In Context: Understanding Maternity Care in Canada. In Context series; 2017.
26. Al-Gailani S, Davis A. Introduction to "Transforming pregnancy since 1900". Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences. 2014;47(Part B):229-32.
27. Barker KK. A ship upon a stormy sea : the medicalization of pregnancy. Social Science & Medicine. 1998;47(8):1067-76.
28. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The history of preconception care: evolving guidelines and standards. Maternal and Child Health Journal. 2006;10:S43-52.
29. Lu MC, Lu JS. Prenatal Care. In: Haith MM, Benson JB, éditeurs. Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development. Academic Press; 2008. p. 591-604.

30. Peahl AF, Howell JD. The evolution of prenatal care delivery guidelines in the United States. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021;224(4):339-47.
31. Déchamp-Leroux C. Les conséquences de la technicisation de la grossesse. Revue des politiques sociales et familiales. 2003;72(1):91-7.
32. Gagnon R. La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec. Thèse de doctorat en Sciences humaines appliquées. Montréal, Québec : Université de Montréal; 2017.
33. Halabi IO, Scholtes B, Voz B, et al. "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. Patient Education and Counseling. 2020;103(1):5-14.
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
35. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Medical Teacher. 2020;42(8):846-54.
36. Doré N, Le Hénaff D. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2024.
37. Palumbo R. The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment: Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment. Cham: Springer; 2017.
38. Elwyn G, Edwards A, Thompson R, éditeurs. Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice. Third edition. Oxford: Oxford University Press; 2016.
39. Aslani P. Patient empowerment and informed decision-making. International Journal of Pharmacy Practice. 2013;21(6):347-8.
40. De Montigny F, Lacharité C. Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. Enfances, Familles, Générations. 2012;16:53-73.
41. Anderson JM. Empowering patients: issues and strategies. Social Science & Medicine. 1996;43(5):697-705.
42. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model. A case of irreconcilable differences? Diabetes Care. 1995;18(3):412-5.
43. Gui X, Chen Y, Kou Y, Pine K, Chen Y. Investigating support seeking from peers for pregnancy in online health communities. Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction. 2017;1(CSCW):50.
44. Watson J, Hamilton W, Salisbury C, Banks J. Doctor-patient communication about blood tests: qualitative interview study in general practice. Annals of Family Medicine. 2022;20(Suppl 1):2858.
45. Nankervis H, Huntley A, Whiting P, et al. Communicating blood test results in primary care: a mixed methods systematic review. British Journal of General Practice. 2025;75(753):e222-e231.
46. O'Kane MJ. Direct patient access to test results: implications for the laboratory. Annals of Clinical Biochemistry. 2015;52(5):525-6.
47. Kingma E. Harming one to benefit another: the paradox of autonomy and consent in maternity care. Bioethics. 2021;35(5):456-64.
48. Asch S, Connor SE, Hamilton EG, Fox SA. Problems in recruiting community-based physicians for health services research. Journal of General Internal Medicine. 2000;15(8):591-9.
49. Herber OR, Schnepp W, Rieger MA. Recruitment rates and reasons for community physicians' non-participation in an interdisciplinary intervention study on leg ulceration. BMC Medical Research Methodology. 2009;9:61.
50. Krebs F, Lorenz L, Nawabi F, et al. Recruitment in health services research—a study on facilitators and barriers for the recruitment of community-based healthcare providers. IJERPH. 2021;18(19):10521.
51. Salmon P, Peters S, Rogers A, et al. Peering through the barriers in GPs' explanations for declining to participate in research: the role of professional autonomy and the economy of time. Family Practice. 2007;24(3):269-75.
52. Borgiel AEM, Dunn EV, et al. Recruiting family physicians as participants in research. Family Practice. 1989;6(3):168-72.
53. Sahin D, Yaffe MJ, Sussman T, McCusker J. A mixed studies literature review of family physicians' participation in research. Family Medicine. 2014;46(7):503-14.
54. Sidani S, Soeren MH, Hurlock-Chorostecki C, Reeves S, Fox MT, Collins LC. Health professionals' and patients' perceptions of patient-centered care: a comparison. European Journal for Person Centered Healthcare. 2016;4:641-9.
55. Stretton B, Bacchi S, Thomas J. A scoping review of patient-led teaching of health professions students. Internal Medicine Journal. 2023;53(4):629-34.