

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMMENT LES FEMMES ENCEINTES QUÉBÉCOISES CHOISISSENT-ELLES  
LE TYPE DE PROFESSIONNEL QUI ASSURERA LEUR SUIVI PÉRINATAL?

THÈSE PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL RECHERCHE)

PAR  
CAROLINE PAQUET

JUIN 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL RECHERCHE) (Ph. D.)

**Direction de recherche :**

---

Carl Lacharité, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Carl Lacharité, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

---

Julie Lefebvre, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

présidente du jury

---

Roxanne Lemieux, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

---

Delphine Coulon, Ph. D.  
Haute école de santé de Genève

évaluatrice externe

Thèse soutenue le 07/06/2024

## Sommaire

Avoir recours aux services d'un obstétricien-gynécologue (OB) pour le suivi périnatal des femmes enceintes à faible risque constitue une utilisation inadéquate des ressources en obstétrique. Cette situation résulte de l'accessibilité et de la disponibilité limitées des professionnels de première ligne, les sages-femmes (SF) et les médecins de famille (MF), mais cette situation s'explique aussi par le choix des femmes. L'objectif de cette étude est de comprendre le processus décisionnel des nullipares en santé menant au choix d'un type de professionnel (SF, MF, OB) pour assurer leur suivi périnatal. Un guide d'entretien a été élaboré à partir des trois composantes suivantes tirées du modèle théorique EBM (2001) à propos du comportement des consommateurs : (1) l'identification des besoins à l'égard du suivi périnatal; (2) le processus de recherche d'information; et (3) l'évaluation des possibilités de suivis périnataux. Une analyse thématique a été menée sur 45 entretiens individuels semi-structurés auprès de nullipares à faible risque (15 ayant choisi une SF, 15 un MF et 15 un OB). Les résultats ont permis de modéliser le processus décisionnel des nullipares et de constater que l'identification des besoins et la recherche d'information sont étroitement liées : elles dépendent du temps disponible ainsi que de l'accessibilité et de la disponibilité des informations sur les suivis périnataux, qui s'avèrent très limités. Les nullipares recherchent des informations sur les modalités pour accéder à un suivi, sur l'expérience de leur entourage, pour comparer les attributs des suivis connus et combler les besoins d'information de leur partenaire ou pour les convaincre. Les éléments recherchés par les nullipares pour leur suivi sont liés à la communication ou à la relation avec le professionnel, à son savoir-faire ou à des composantes organisationnelles ou

institutionnelles. Certaines nullipares se dirigent vers le seul suivi périnatal connu, celui de l'OB. Les autres procèdent à l'évaluation des types de suivis connus : elles priorisent les éléments recherchés et s'en remettent à leurs perceptions. Le vécu de leur entourage, l'avis de leur partenaire et les conseils des professionnels de la santé exercent une influence qui peut être déterminante sur leur choix de suivi. Huit critères principaux sont priorisés par les nullipares : (1) l'accès sans délai à un suivi (SF, MF, OB); (2) un professionnel chaleureux et encadrant et accoucher en centre hospitalier (SF, MF); (3) un « docteur » absolument (MF, OB); (4) un spécialiste pour éviter le pire (MF, OB); (5) pouvoir prendre des décisions et un ensemble d'attributs (SF); (6) l'expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement (SF); (7) accoucher hors centre hospitalier (SF); et (8) l'accès à un suivi de santé régulier pour elle-même, leur partenaire ou l'enfant à naître (MF). Enfin, cette recherche a permis de dégager des leviers d'action selon les niveaux du modèle socioécologique prôné par l'approche du marketing social. Ces leviers visent à inciter les nullipares à choisir le suivi périnatal offert par les SF, à favoriser leur autodétermination et à soutenir l'utilisation optimale des ressources en obstétrique.

*Mots-clés* : Nullipares, soins, choix, sage-femme, médecin, obstétricien

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	xii
Liste des figures .....	xiii
Liste des sigles et abréviations .....	xiv
Remerciements .....	xvi
Introduction .....	1
Chapitre 1. Problématique .....	5
Systèmes de santé sous pression .....	6
Hiérarchisation des services de santé en obstétrique .....	7
Ressources de première ligne limitées .....	10
Choix des femmes .....	12
Contexte favorable aux choix de santé .....	14
Processus méconnu .....	16
Contexte de recherche favorable .....	19
Chapitre 2. État des connaissances .....	22
Offre de suivis périnataux au Québec .....	23
Sages-femmes .....	24
Médecins de famille .....	31
Obstétriciens-gynécologues .....	35
Infirmières praticiennes spécialisées de première ligne .....	37
Composantes associées au processus de choix .....	39

Recherche d'information .....	40
Croyances envers le processus de la grossesse et de l'accouchement .....	46
Critères décisifs et la méthode d'évaluation .....	49
Synthèse .....	61
Chapitre 3. Modèle théorique et questions spécifiques de recherche .....	67
Pertinence du modèle d'Engel, Blackwell et Miniard (2001).....	68
Modèle d'Engel, Blackwell et Miniard (2001) .....	73
Application du modèle théorique au processus décisionnel des femmes enceintes.....	77
Définition des concepts.....	80
Facteurs d'environnement externe.....	80
Facteurs d'environnement interne.....	81
Processus décisionnel.....	81
Identification des besoins à l'égard du suivi périnatal.....	82
Recherche d'information .....	82
Évaluation des possibilités de suivis périnataux.....	83
Choix d'un type de suivi périnatal.....	88
Objectif général et questions spécifiques de recherche .....	88
Chapitre 4. Cadre méthodologique .....	91
Devis de recherche.....	92
Positions paradigmatiques, théoriques et disciplinaires.....	94
Stratégie de recrutement.....	95
Échantillonnage intentionnel par choix raisonné.....	96

Critères d'inclusion et d'exclusion .....	96
Taille de l'échantillon .....	99
Recrutement des participantes .....	100
Description des participantes .....	104
Outils de collecte de données.....	105
Entretien semi-dirigé.....	105
Questionnaire de données sociodémographiques .....	107
Journal de bord.....	108
Déroulement de la recherche.....	108
Choix du milieu de recherche .....	109
Déroulement de la collecte des données .....	111
Cadre d'analyse des données .....	113
Analyse thématique et liens avec le modèle théorique .....	113
Arbre thématique .....	116
Analyses descriptives.....	117
Critères de scientificité.....	117
Critère de crédibilité .....	118
Critère de fiabilité .....	121
Critère de transférabilité .....	123
Critère de confirmabilité.....	124
Considérations éthiques .....	125
Chapitre 5. Résultats .....	127



Difficulté à cerner les besoins de la mère à l'égard d'un suivi périnatal .....	130
Éléments déclencheurs de réflexion.....	131
Confirmation de la grossesse .....	131
Intérêt pour la périnatalité.....	132
Découverte d'expériences entourant l'accouchement .....	132
Découverte fortuite de la profession sage-femme .....	133
Exposition à des informations sur les suivis périnataux .....	134
Utilisation passée des services de santé.....	134
Recherche active d'information.....	136
Modalités pour accéder à un suivi périnatal : « J'étais dans le néant » ....	136
Expérience de femmes de leur entourage .....	138
Comparer les attributs des suivis périnataux connus : « se faire sa propre idée » .....	141
Arguments appuyant leur choix afin de persuader leur partenaire .....	143
Informations obtenues de manière passive ou accidentelle .....	144
Incapacité à distinguer les types de suivis offerts.....	145
Éléments recherchés lors d'un suivi périnatal .....	146
Éléments relationnels et communicationnels : « pas être juste un utérus » ....	149
Éléments communs aux trois groupes de participantes .....	149
Éléments partagés par deux groupes de participantes .....	154
Éléments spécifiques selon le groupe de participantes.....	155
Les éléments liés au savoir-faire du professionnel .....	157
Éléments communs aux trois groupes de participantes .....	159

Éléments partagés par deux groupes de participantes .....	161
Éléments spécifiques selon le groupe de participantes .....	163
Éléments organisationnels et institutionnels.....	165
Éléments communs aux trois groupes de participantes .....	165
Éléments partagés par deux groupes de participantes .....	169
Éléments spécifiques selon le groupe de participantes .....	170
Évaluation des possibilités de suivis périnataux .....	172
Critère et facteurs d'influence décisifs communs.....	175
Avis et vécu de l'entourage .....	176
Approbation du partenaire .....	176
Informations de la part des professionnels de la santé.....	177
Accès sans délai à un suivi périnatal .....	178
Critères décisifs spécifiques à des groupes de participantes.....	179
Professionnel chaleureux et encadrant et accouchement en CH.....	179
Un « docteur » absolument .....	181
Un spécialiste pour éviter le pire .....	182
Critères décisifs spécifiques à un groupe de participantes.....	183
« Pouvoir prendre mes propres décisions » : un ensemble d'attributs.....	183
Expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement .....	185
Accoucher hors centre hospitalier.....	185
Accès à un suivi de santé pour l'enfant à naître .....	185
Confirmation ou modification des attentes après le début du suivi .....	186

Synthèse des résultats .....	189
Chapitre 6. Discussion .....	196
Mise en perspective des résultats de l'étude .....	197
Recherche d'information .....	198
Attributs décisifs et méthode d'évaluation des suivis .....	203
Contributions au modèle théorique EBM .....	208
Leviers d'action .....	210
Leviers d'action de niveau sociétal, politique et législatif .....	213
Positionner l'accouchement naturel comme une finalité .....	213
Accroître l'accessibilité et la disponibilité des suivis périnataux offerts par les sages-femmes .....	222
Soutenir l'efficacité des ressources de santé .....	224
Leviers d'action de niveau interpersonnel et micro-environnement .....	227
Mobiliser les sources professionnelles d'information .....	228
Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des informations sur les suivis périnataux .....	229
Levier d'action de niveau individuel .....	232
Stimuler la motivation et l'implication à l'égard du choix d'un suivi périnatal .....	233
Forces de l'étude .....	235
Limites de l'étude .....	237
Implications pour la recherche .....	240
Chapitre 7. Conclusion .....	243
Références .....	247

Appendice A. Version originale anglaise du « Modèle du comportement du consommateur » (Engel et al., 2006, p. 85) .....	280
Appendice B. Affiche de recrutement.....	282
Appendice C. Questionnaire pour valider l'admissibilité des participantes selon les critères d'inclusion et le Règlement sur les risques obstétricaux.....	284
Appendice D. Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements à la chercheuse responsable de la recherche.....	287
Appendice E. Grille des entretiens.....	289
Appendice F. Questionnaire de données sociodémographiques.....	292
Appendice G. Formulaire d'information et de consentement.....	295
Appendice H. Certificats éthiques.....	303

## Liste des tableaux

### Tableau

- 1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes..... 105
- 2 Types de professionnels offrant des suivis périnataux sur le territoire du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2013-2014..... 110
- 3 Thèmes et sous-thèmes initiaux issus du modèle théorique du processus des nullipares envers un type de professionnel pour assurer leur suivi périnatal ..... 116

## Liste des figures

### Figure

1	Modèle du comportement du consommateur.....	75
2	Modèle théorique du processus décisionnel des femmes enceintes envers un type de professionnel pour leur suivi périnatal .....	79
3	Comparaison des perspectives tridimensionnelle et unidimensionnelle de l'attitude .....	85
4	Exemple d'analyse d'attitude selon la perspective unidimensionnelle.....	86
5	Questions de recherche selon le modèle théorique du processus décisionnel des femmes enceintes envers un type de professionnel pour leur suivi périnatal.....	89
6	Organisation des éléments thématiques selon le type de professionnel.....	148
7	Éléments relationnels et communicationnels recherchés selon le type de professionnel choisi.....	150
8	Éléments recherchés liés au savoir-faire du professionnel choisi.....	158
9	Éléments organisationnels et institutionnels recherchés selon le type de professionnel choisi.....	166
10	Critères et facteurs d'influence décisifs selon le type de professionnel choisi .....	174
11	Processus décisionnel des nullipares lors du choix d'un type de suivi périnatal.....	191
12	Leviers d'action identifiés à partir des résultats selon le modèle socioécologique.....	212

### Liste des sigles et abréviations

ACSF	Association canadienne des sages-femmes
AMC	Association médicale canadienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
CCOSF	Conseil canadien des ordres de sages-femmes
CH	Centre hospitalier
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CISF	Confédération internationale des sages-femmes
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CMFC	Collège des médecins de famille au Canada
CSSSBNY	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
CSSSTR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
EBM	Engel, Blackwell et Miniard
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
MdN	Maison de naissance
MF	Médecin de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OB	Obstétricien gynécologue
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
RSFQ	Regroupement Les sages-femmes du Québec
SF	Sage-femme
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières



## Remerciements

L'heureux aboutissement de cette thèse doctorale n'aurait pu se concrétiser sans le concours de plusieurs personnes que je voudrais ici remercier. Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de thèse, Carl Lacharité, pour la qualité de son accompagnement dans la réalisation des étapes cruciales de ce projet. Sans son encadrement rigoureux et personnalisé ainsi que sa grande disponibilité pour répondre à mes nombreuses questions, cette thèse n'aurait pu voir le jour. Je désire aussi souligner la contribution de Régis Blais et Nicole Leduc de l'École de santé publique de l'Université de Montréal lors des premières étapes d'élaboration de ce projet doctoral. Julie Lefebvre et Marie-Josée Martel, membres de mon comité doctoral, de même que les membres du jury de cette thèse sont également remerciés pour leur évaluation et leurs commentaires judicieux.

J'exprime aussi toute ma gratitude aux mamans qui ont accepté de participer à ce projet et de me partager leur vécu malgré leur horaire chargé. Je ne peux certainement pas passer sous silence le soutien moral et familial inébranlable de mon conjoint, Martin Bourque, et la compréhension et les encouragements de mes deux enfants, Thomas et Mathilde, qui sont désormais de jeunes adultes. Ce projet a grandi avec eux. Ma reconnaissance va aussi à ma mère, Janine Bouchard, et à mon père, Robert Paquet. Dès mon jeune âge, ils m'ont insufflé la rigueur, la détermination et la persévérance essentielles à la réalisation de ce projet.

Un merci tout spécial à mes collègues Magali Béchar, Gilles Bronchti, Erica Goupil, Lucie Hamelin, Josée Lafrance, Andrée Rivard et Marie-Claude Trépanier pour leur écoute attentive et leurs conseils. Je tiens également à souligner le soutien précieux de Jessica Rioux-Turcotte et d'Anne Pelletier dans la révision de cette thèse. Chacun d'entre vous a nourri ma motivation tout au long de cette aventure doctorale.

Enfin, je tiens à mentionner le soutien de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'obtention d'un congé de perfectionnement de six mois afin que je puisse me consacrer pleinement à la rédaction de cette thèse.

*À la mémoire de ma mère  
qui m'a guidée vers la profession sage-femme*

## **Introduction**

Le processus décisionnel qui mène au choix d'une glace au chocolat ou à la fraise est généralement différent de celui qui conduit au choix d'un forfait cellulaire ou d'une maison. Au cours de notre vie, nous prenons de multiples décisions. Parfois, nous ne sommes pas conscients des possibilités de choix qui s'offrent à nous. Les décisions que nous prenons se distinguent entre autres par leur complexité, par la quantité d'informations requises pour les prendre et par l'importance que nous leur attribuons. Certaines étapes de la vie placent les individus devant un plus grand nombre de décisions, c'est le cas de la maternité. Cette étape implique plusieurs choix qui touchent la santé de la mère ainsi que celle de l'enfant à naître.

Au Québec, les femmes enceintes en santé peuvent choisir une sage-femme (SF), un médecin de famille (MF) ou un obstétricien gynécologue (OB) pour assurer leur suivi périnatal. Ce processus décisionnel est très peu documenté, et ce, même s'il a une influence importante sur l'expérience de la maternité. En outre, lorsqu'une femme enceinte en santé opte pour les services d'un spécialiste (un OB) plutôt qu'une ressource de première ligne (MF ou SF), cela ne contribue pas à l'utilisation adéquate des ressources de santé. Cette thèse a donc pour objectif général de comprendre, à partir du vécu des femmes, ce qui caractérise le processus de choix qui mène à la sélection d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour assurer un suivi périnatal. Cet objectif est poursuivi avec les lunettes disciplinaires d'une chercheuse qui est SF depuis près de 25 ans et qui détient une

formation de deuxième cycle et de troisième cycle en santé publique, plus particulièrement, en organisation des soins et services de santé.

Cette thèse est divisée en sept chapitres. Dans le premier chapitre, nous aborderons les défis actuels du système de santé québécois en matière de périnatalité. Ce contexte nous permettra par la suite de justifier l'importance de la compréhension du processus qui mène au choix d'un type de professionnel pour assurer le suivi périnatal, et ce, spécifiquement chez des femmes en santé n'ayant jamais accouché soit les nullipares. Le deuxième chapitre abordera la façon dont ce processus décisionnel s'inscrit dans le champ des connaissances existantes. Cette section dressera un portrait des services de suivis périnataux au Québec et exposera les composantes associées au processus de choix d'un type de suivi périnatal. Dans le troisième chapitre, nous présenterons le modèle théorique retenu pour appréhender ce processus décisionnel ainsi que les questions de recherche qui ont émergé de ce modèle et qui ont guidé cette thèse. Le quatrième chapitre portera sur la méthodologie utilisée pour répondre à ces questions de recherche. Nous présenterons nos choix méthodologiques, notamment celui de mener une recherche qualitative générique. La stratégie de recrutement des participantes, l'outil de collecte de données, à savoir l'entretien semi-dirigé, le déroulement de la collecte ainsi que le cadre d'analyse et les critères de scientificité qui lui sont associés seront ensuite expliqués. Les résultats issus de notre analyse des entretiens semi-dirigés menés auprès des nullipares ainsi que le cadre intégrateur du processus décisionnel des nullipares qui a émergé des résultats seront présentés dans le cinquième chapitre. Ce dernier dressera, entre autres, un portrait des

éléments recherchés par les nullipares lors du suivi périnatal et des critères et facteurs d'influence qui jouent un rôle décisif lors du choix d'un type de suivi. Le sixième chapitre portera sur la discussion de ces résultats. Nous les mettrons en relation avec ceux de la littérature existante et présenterons les leviers d'action qui se sont dégagés de nos résultats. Les forces et limites de cette thèse seront aussi abordées à la fin de ce chapitre. Enfin, la conclusion offrira quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

**Chapitre 1**  
**Problématique**



Ce premier chapitre présente les éléments contextuels et les lacunes dans les connaissances existantes qui justifient l'importance de la compréhension du processus qui mène au choix d'un type de professionnel pour assurer le suivi périnatal, et ce, spécifiquement chez des femmes en santé n'ayant jamais accouché, soit les nullipares.

### **Systemes de santé sous pression**

Depuis les années 80, les systèmes de santé de plusieurs pays industrialisés sont confrontés à des pressions financières importantes qui nécessitent de revoir l'offre et l'organisation des soins et services de santé (Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], 2017, 2023). Entre 1980 et 2022, les dépenses publiques en santé par habitant au Canada ont augmenté de 910 \$ à 7507 \$ (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2023). Il est bien documenté que les systèmes de santé qui misent sur les soins de première ligne et sur la hiérarchisation des services, soit l'utilisation des services selon le degré d'expertise professionnelle requis, contribuent non seulement à diminuer leurs dépenses de santé, mais également à améliorer l'accessibilité aux services, l'efficacité des ressources et la satisfaction des usagers (Friedberg et al., 2010; OCDE, 2020; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018a; Starfield et al., 2005). Depuis plusieurs années, les autorités sanitaires canadiennes font la promotion des services de santé de première ligne et de la hiérarchisation des

services afin de faire face aux pressions exercées sur le système de santé (Fyke & Saskatchewan Commission on Medicare, 2001; Kirby, 2002; Mazankowski, 2001; Romanow, 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] & Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001; MSSS, 2018, 2022a). Malgré les orientations déjà proposées par les gouvernements, l'utilisation des ressources en santé demeure non optimale, notamment dans le domaine de la prestation des services d'obstétrique.

### **Hiérarchisation des services de santé en obstétrique**

Selon l'OMS (2018b), le suivi périnatal des femmes enceintes en santé, dont les proportions sont estimées à 85 % (OMS, 2005), devrait être assuré par des professionnels de première ligne (MF ou SF), tandis que celui des femmes enceintes<sup>1</sup> à risque devrait l'être par des spécialistes (obstétriciens gynécologues [OB]). Or, au Canada, ce sont les ressources spécialisées, soit les OB, qui assurent la majorité (75 %) des suivis périnataux (ICIS, 2022a). En 2021, dans la province de Québec, selon les données disponibles, 60 % des accouchements ont été assistés par des OB, 35,7 % par des MF et seulement 4,3 % par des SF<sup>2</sup> (Association canadienne des sages-femmes [ACSF], 2022; ICIS, 2022a). Dans la province de l'Ontario, ce sont 76,3 % des accouchements qui ont été assistés par des OB,

---

<sup>1</sup>Dans cette thèse, l'utilisation du terme « femme enceinte » inclut les personnes transgenres ou celles de genre non binaire.

<sup>2</sup>Dans cette thèse, le féminin a été employé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes sages-femmes que les hommes sages-femmes.

tandis que 7,4 % ont été assistés par des MF et 10,7 % par des SF<sup>3</sup> (Born Ontario, 2020). Le recours aux services d'un OB pour le suivi des grossesses et des accouchements sans complication est inefficace. En effet, cela contribue à augmenter la charge de travail d'une ressource limitée qui est d'une part, de plus en plus sollicitée en raison des modifications démographiques des femmes enceintes (grossesses en âge avancé, grossesses multiples en procréation assistée, diabète, hypertension) et d'autre part, spécialisée pour des suivis périnataux à risque élevé de complications et pour divers problèmes liés à la santé reproductive des femmes (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2013; Basket, 2019; Khalilnezhad et al., 2020).

Dans d'autres pays industrialisés comme l'Islande, la Finlande, les Pays-Bas, la Suède et le Danemark, la majorité (90 %) des femmes à faible risque choisissent d'être suivies par des SF et plus rarement par des OB ou des MF (de Reu, 2016; Halfdansdottir et al., 2015; Larsson et al., 2009; Li et al., 2018; Norum et al., 2013; Scarf et al., 2018; Wieggers & Hukkelhoven, 2010). Au sein du système de santé de ces pays, les SF sont perçues comme étant « les intervenantes principales des soins de première ligne pour le suivi et l'accouchement des femmes enceintes à faible risque et sont considérées comme essentielles aux excellents résultats périnataux »<sup>4</sup> (van Teijlingen et al., 2004, p. 161) [traduction libre]. À cet égard, plusieurs études, dont la revue de Cochrane de Sandall et

---

<sup>3</sup>Les autres naissances (5,7 %) ont été assistées par un autre type de professionnel. Ce pourcentage peut inclure notamment les naissances précitées non assistées ou celles assistées par un ambulancier ou un urgentologue.

<sup>4</sup>« [...] the first line of care provider for normal pregnant and laboring women and are viewed as essential to the excellent perinatal outcomes that are achieved [...] » (van Teijlingen et al., 2004, p. 161).

al. (2016), démontrent que comparativement aux suivis de grossesse et aux accouchements assistés par des OB, ceux assistés par des SF<sup>5</sup>, incluant les accouchements hors centre hospitalier (Brocklehurst et al., 2011), sont associés à des taux d'interventions et de complications obstétricales plus faibles, à un niveau de satisfaction maternelle plus élevé et ne sont pas associés à une augmentation des complications (morbidité ou mortalité) maternelles et néonatales<sup>6</sup> (Brocklehurst et al. 2011; Janssen et al., 2009; Loewenberg et al., 2018; Wiegerinck et al., 2020). Quant aux résultats de santé fœto-maternelle associés à la pratique des MF, ils ont fait l'objet d'un nombre moindre d'études. Selon les données disponibles, le taux d'interventions obstétricales des MF se situerait entre celui des OB et des SF (Hueston et al., 1995; Janssen et al., 2009; Reid et al., 1989).

La nécessité de soutenir la hiérarchisation des services dans le domaine de l'obstétrique, par une meilleure compréhension du processus décisionnel qui mène au choix de ressources de première ligne (SF et MF) ou spécialisées (OB), est aussi justifiée par la fréquence et l'intensité élevées d'utilisation des services d'obstétrique et des dépenses considérables qu'ils engendrent. En 2022, en se basant sur le nombre de naissances, on peut estimer que 351 679 femmes ont eu recours à un suivi périnatal au Canada, dont 80 700 au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2022; Statistique Canada, 2022).

---

<sup>5</sup>Il s'agit ici de SF possédant un diplôme de formation reconnue officiellement et dont la pratique est réglementée et intégrée au système de santé.

<sup>6</sup>Par exemple, une diminution des naissances assistées par ventouse ou forceps, des déchirures périnéales, des hémorragies maternelles ou des cas de nouveau-nés nécessitant une réanimation néonatale.

### **Ressources de première ligne limitées**

L'utilisation non optimale des ressources en périnatalité est un problème multifactoriel qui repose en premier lieu sur l'accessibilité et la disponibilité des ressources humaines de première ligne. Au Canada, le bassin de ressources de première ligne (SF et MF) est limité (ACSF, 2022; Statistique Canada, 2019). Par conséquent, les services de SF et de MF pour un suivi périnatal ne sont pas disponibles et accessibles à l'ensemble des femmes enceintes en santé.

Bien que le nombre de SF ait plus que doublé de 2007 à 2020, allant de 720 à 1875 SF, leurs services ne sont pas largement accessibles aux femmes dans les provinces et territoires où ils sont réglementés (ACSF, 2007, 2022). Ce constat s'explique, entre autres, par le faible soutien à l'intégration de ces services dans le système santé de la part des décideurs politiques et de la communauté médicale, cette intégration étant relativement récente (Bourgeault, 2006; Rivard, 2014). Les SF ont fait leur réapparition au Canada au cours des années 90 en réponse aux demandes croissantes de femmes et de familles qui réclamaient des soins plus humains lors de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi pour tenter d'atteindre des objectifs de rationalisation des coûts et d'accessibilité des soins (Blais et al., 1997; Vadeboncoeur et al., 1996). De 1994 à aujourd'hui, huit des dix provinces canadiennes, dont le Québec, et deux des trois territoires canadiens ont légalisé la profession SF et lui ont conféré le statut d'intervenante de première ligne en périnatalité au sein de leur système de santé (ACSF, 2021).

Au Canada, les MF sont beaucoup plus nombreux que les SF. Toutefois, les MF n'offrent pas tous des services d'obstétrique (ICIS, 2022a). Au Québec, en 2017, un peu moins de 4 % des MF offraient des suivis périnataux (MSSS, 2018). Par ailleurs, le pourcentage de diplômés en médecine qui choisissent la médecine familiale ne cesse de diminuer (38,5 % en 2015 à 31,8 % en 2021; Association médicale canadienne [AMC], 2022). La baisse de l'attrait de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine, au profit de la médecine spécialisée, ainsi que la crainte des poursuites pour faute professionnelle expliquent la diminution du nombre de MF qui participent aux accouchements (AMC, 2022). En réponse à la demande grandissante et pressante de la population en matière de soins et de services de santé de première ligne depuis quelques années, diverses mesures ont été déployées afin d'accroître les effectifs de MF et d'infirmières praticiennes en soins de première ligne (IPSPL; Almost, 2021). Malgré ces mesures, en 2019, selon les plus récentes données de Statistique Canada, environ 14,5 % des Canadiens n'avaient pas accès à un fournisseur de soins primaires (IPSPL ou MF). Par ailleurs, selon un sondage récent de l'Institut Angus Reid et de l'AMC (2022), la problématique d'accès à des soins primaires semble continuer de s'aggraver. Près de la moitié des Canadiens déclarent ne pas avoir accès à un MF (19 %) ou avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec celui-ci (29 %).

En tenant compte de la pénurie de ressources de première ligne (MF et IPSPL) pour fournir des soins de santé réguliers, des contraintes de coûts du système de santé et en s'appuyant sur les données probantes, les SF devraient en principe être appelées à

effectuer la majorité des suivis périnataux au Canada au cours des prochaines années. Cette orientation semble aussi se justifier par le fait que les SF, que ce soit au Canada ou à l'échelle internationale, sont spécifiquement formées pour assurer le suivi périnatal des femmes en santé : il s'agit de leur domaine d'expertise (Conseil canadien des ordres de sages-femmes [CCOSF], 2020; Confédération internationale des sages-femmes [CISF], 2019). Par conséquent, pour appliquer la hiérarchisation des services d'obstétrique au Canada, comme en font notamment état l'ensemble des politiques de périnatalité formulées depuis 1973 au Québec (MSSS, 1973, 1993, 2008), l'accroissement de l'accessibilité et de la disponibilité des SF pour assurer le suivi périnatal est certainement central. Néanmoins, les préférences des femmes en matière de suivi périnatal contribuent aussi à la sous-utilisation des ressources de première ligne et à la surutilisation des ressources spécialisées (OB).

### **Choix des femmes**

En effet, les résultats provenant de quelques études menées dans des pays industrialisés autres que le Canada appuient ce constat et révèlent qu'en présence d'un nombre suffisant de ressources de première ligne, plusieurs utilisateurs, lorsque le choix relève d'eux-mêmes, privilégient les ressources de deuxième ligne (médecins spécialistes) ou prévoient les consulter pour des raisons de santé comme un ongle incarné ou la prescription de la pilule contraceptive (Glazier et al., 2009; Lewis et al., 2000). La principale raison évoquée par les utilisateurs est qu'ils perçoivent les compétences

cliniques des spécialistes comme étant supérieures (Lewis et al., 2000) ou que leurs services sont plus accessibles et disponibles (Glazier et al., 2009).

Au Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés, les femmes enceintes en santé peuvent choisir entre une SF, un MF ou un OB pour assurer leur suivi périnatal (ICIS, 2004). Les quelques études disponibles sur les préférences des femmes canadiennes en matière de suivi périnatal témoignent d'une préférence pour le suivi offert par le spécialiste. Le plus récent sondage portant sur la préférence du type de suivi chez les femmes québécoises en âge de procréer a été réalisé en 2010 auprès de 901 femmes (CROP, 2010). Ce sondage CROP révèle qu'advenant une grossesse, 76 % des femmes choisiraient un OB pour assurer leur suivi périnatal, 13 % un MF et 11 % une SF. Une étude menée en 2012 auprès de 1387 étudiantes universitaires canadiennes rapporte aussi une préférence marquée (51,8 %) pour un suivi périnatal avec un OB (Fairbrother et al., 2013). Enfin, une étude plus récente, réalisée aussi auprès d'étudiantes universitaires canadiennes, abonde dans le même sens en relevant une préférence importante (64,4 %) pour les services de médecins, sans toutefois faire la distinction entre MF ou OB (Stoll et al., 2020). Les données de ces études comportent toutefois certaines limites. Il s'agit de l'intention des femmes et non de leur choix réel. De plus, l'état de santé des femmes sondées n'est pas précisé. À cet égard, les femmes souffrant de conditions particulières peuvent préférer d'emblée les services d'un spécialiste. Par ailleurs, plusieurs éléments tels que leurs connaissances sur leurs possibilités de choix ou leur quête d'information pourraient influencer leur choix de professionnel pour assurer leur suivi périnatal. Or, le



processus qui guide les femmes vers ce choix est bien peu documenté comme le soulignent George et al. (2022) et Bull et al. (2022). Il en est de même pour le processus qui mène un individu à choisir un service de santé particulier parmi un éventail de services (Giuliani, 2015).

### **Contexte favorable aux choix de santé**

Plusieurs auteurs affirment que les individus sont de plus en plus nombreux à être appelés et à vouloir exercer leurs choix en matière de soins et services de santé (Bull et al., 2022; Karazivan et al., 2015; Lee et al., 2000; Légaré, 2009). Ce constat serait appuyé par plusieurs études (Vedam et al., 2017), dont la plus récente enquête canadienne (ASPC, 2009) ayant porté sur l'expérience de la maternité. Cette enquête révèle que la plupart des femmes enceintes (75 %) souhaitent participer activement aux décisions qui concernent leur grossesse et leur accouchement<sup>7</sup> (ASPC, 2009).

La participation et la responsabilisation grandissante des individus quant aux choix liés à leur santé découleraient de la démocratisation de l'information en santé, de l'accroissement des possibilités thérapeutiques et diagnostiques ainsi que de la diversification des professionnels de la santé (Flora et al., 2016; Venne, 2014). Les interactions entre les professionnels de la santé et les individus, qui ont évolué d'une approche paternaliste vers une approche centrée sur les choix des individus, y

---

<sup>7</sup>Aucune donnée disponible ne permet d'expliquer que le quart des femmes ne désirent pas prendre part aux décisions relatives à leur suivi périnatal.

contribueraient également (Flora et al., 2016; Karazivan et al., 2015; Légaré, 2009; Nootens, 2018). La liberté de choix et la participation des individus à tous les aspects de la vie en société, incluant le domaine de la santé, sont aussi des valeurs fondamentales mises de l'avant dans les sociétés occidentales (Venne, 2011, 2014).

L'implication accrue des individus dans les décisions concernant leur santé nécessite donc que les professionnels de la santé jouent un nouveau rôle : celui de courtier de connaissances (Légaré, 2009). Autrement dit, ces professionnels doivent agir à titre de courroie de transmission entre les producteurs (chercheurs) et les utilisateurs de services de santé en partageant les connaissances produites par la recherche ou l'expérience afin de favoriser leur appropriation et leur utilisation par les individus qui auront à prendre des décisions concernant leur santé (Ridde et al., 2013). À cet égard, plusieurs études, dont une revue systématique de la littérature (Sharma et al., 2015), ont démontré que l'implication des individus dans leurs soins de santé permet d'améliorer leur expérience et leur satisfaction à l'égard des soins et des services reçus (Bauman et al., 2003). Par ailleurs, le soutien à l'autonomie décisionnelle et la provision d'information seraient des éléments importants pour encourager l'autodétermination d'un individu, soit sa capacité à déterminer ses propres objectifs et à les réaliser de manière autonome (Ryan & Deci, 2018). À cet égard, un haut niveau d'autodétermination est associé à de meilleurs résultats de santé physique, psychologique, comportementale et cognitive (Castro et al., 2016; Haldane et al., 2019; Kaal et al., 2017). En raison du contexte favorable à l'exercice du choix individuel en matière de soins et de services de santé ainsi que des effets positifs

liés à ce choix, on peut envisager que les femmes participeront davantage au processus décisionnel qui mène au choix de leur suivi périnatal au cours des prochaines années.

Or, à ce jour, la littérature scientifique ayant porté sur l'utilisation des services d'obstétrique a principalement visé à comprendre les facteurs responsables de la non-utilisation des services d'obstétrique, phénomène qui se révèle plus important au sein des pays en développement (Filby et al., 2016; Finlayson & Downe, 2013; OMS, 2018b). Jusqu'à maintenant, très peu d'études ont cherché à comprendre ce qui mène les femmes à choisir une SF, un MF ou un OB pour assurer leur suivi périnatal (grossesse, accouchement et période postnatale) et plus précisément les raisons qui soutiennent ce choix et le chemin parcouru pour y arriver (Bull et al., 2022).

### **Processus méconnu**

Plusieurs facteurs peuvent influencer le choix d'un type de professionnel : les attributs que les femmes recherchent pour leur suivi périnatal et l'importance qu'elles leur accordent lors du choix, leurs perceptions à l'égard des services offerts par les différents types de professionnels, le temps dont elles disposent pour rechercher des informations sur les suivis offerts, de même que les sources d'information consultées. L'environnement socioculturel des femmes ainsi que l'organisation et l'offre de services exerceraient également une influence sur les préférences des femmes en matière de soins et de services périnataux (Fisher et al., 2006; Hundley & Ryan, 2004; Kingdon et al., 2009).

Plusieurs études menées auprès de femmes en âge de procréer ont recensé l'ensemble des attributs professionnels ou organisationnels qu'elles percevaient comme étant importants lors d'un suivi périnatal (Declercq et al., 2002; Downe et al., 2016). D'autres études rapportent que, selon le type de professionnel qui a assuré le suivi périnatal, il y a des différences de croyances chez les femmes à propos de la grossesse et de l'accouchement. Ces derniers sont jugés par certaines comme étant physiologiques et naturels et par d'autres comme étant de nature médicale et à risque élevé de complications (Preis & Benyamini, 2017; Skrondal et al., 2020; Vogels-Broeke et al., 2023). Toutefois, aucune de ces études ne porte sur l'influence des croyances, sur l'importance accordée à des attributs ou sur le moment du choix d'un suivi périnatal.

La recherche d'information qui précède leur choix de suivi a fait l'objet de très peu d'études, et celles-ci ne sont pas récentes. Seuls le nombre et le type de sources d'information consultées par des femmes aux États-Unis avant de faire le choix d'un OB, en tant qu'individu parmi les OB disponibles et pour assurer l'accouchement uniquement, ont fait l'objet d'études (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995). Les critères décisifs qui mènent au choix d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour un suivi périnatal ne semblent pas avoir fait l'objet d'études approfondies. Ces critères appartiendraient aux catégories suivantes : les compétences cliniques et relationnelles du professionnel, le lieu d'accouchement, les considérations pratiques, le choix normatif et les recommandations de leur entourage (Arcia, 2015; Galotti et al., 2000).

Pour les femmes, le choix d'un type de professionnel pour assurer leur suivi périnatal est probablement très important, mais il est aussi possible que certaines choisissent en fonction du lieu d'accouchement. En effet, la méconnaissance de la possibilité d'accoucher en centre hospitalier (CH) sous la responsabilité d'une SF peut se traduire par le choix d'un lieu d'accouchement et non d'un type de professionnel. Ainsi, certaines femmes souhaitant accoucher en CH peuvent se diriger directement vers les services offerts par les médecins (qu'ils soient OB ou MF), tandis que d'autres femmes, souhaitant a priori accoucher hors CH, peuvent opter pour les services de SF, soit les seules professionnelles à offrir la possibilité d'accoucher en maison de naissance (MdeN) ou à domicile. À ce sujet, plusieurs études ont exploré les raisons qui motivent les femmes à choisir d'accoucher à domicile, tandis qu'un nombre très limité d'études se sont intéressées à celles qui soutiennent le choix d'accoucher en MdeN (Hauck et al., 2020; Rodríguez-Garrido et al., 2020; Steel et al., 2015; Zielinski et al., 2015). Le choix de donner naissance hors CH serait appuyé notamment par la quête d'une plus grande autonomie décisionnelle et le désir d'éviter les interventions obstétricales (Hauck et al., 2020; Rodríguez-Garrido et al., 2020; Steel et al., 2015; Zielinski et al., 2015). Finalement, puisque des auteurs rapportent que les femmes méconnaissent leurs possibilités de choix (Arcia, 2015; Jimenez et al., 2010), il est possible que certaines femmes enceintes ne perçoivent tout simplement pas qu'elles sont en situation de choix.

Somme toute, bien que les résultats des études disponibles apportent un éclairage sur certaines des composantes pouvant intervenir lors du processus décisionnel des femmes

envers leur type de suivi périnatal, ce dernier demeure très peu documenté. Le manque de connaissances est encore plus marqué lorsque la situation permet aux femmes de choisir entre un suivi avec une SF, un MF ou un OB et entre trois lieux d'accouchement, lorsque le choix s'arrête sur une SF. C'est précisément ce processus décisionnel qui sera mis en lumière dans la présente thèse.

Comme mentionné précédemment, les différentes étapes qui mènent à cette prise de décision et les facteurs qui l'influencent sont méconnus. Pourquoi certaines femmes choisissent-elles d'être suivies par une SF, d'autres par un MF ou plutôt par un OB? Sur la base de quelles informations font-elles leur choix? Quelles informations ont une influence significative sur la prise de leur décision? Auprès de qui obtiennent-elles ces informations? Quelles étapes sont franchies avant d'arriver à une décision? Les réponses à ces questions permettront de mieux comprendre en quoi consiste le processus décisionnel des femmes enceintes envers leur type de suivi périnatal.

### **Contexte de recherche favorable**

Cette thèse bénéficie d'un contexte de recherche favorable pour comprendre le processus décisionnel des nullipares. En effet, au Québec, les femmes enceintes en santé peuvent choisir un suivi périnatal avec une SF (depuis 1999), un MF ou un OB sans référence médicale au préalable (MSSS, 2008). Les femmes qui accouchent avec une SF ont trois choix de lieux pour leur accouchement : dans une MdeN indépendante physiquement d'un CH (depuis 1999), dans une unité régulière d'obstétrique en CH

(depuis 2004) ou à domicile (depuis 2006) (Beauchemin & Gagnon, 2009). Les femmes enceintes en santé qui choisissent un suivi avec un MF ou un OB doivent donner naissance dans une unité régulière d'obstétrique en CH. Au Québec, la disponibilité des services de SF, de MF et d'OB varie d'une région à l'autre et peut limiter le choix des femmes (MSSS, 2018). Pour être en mesure de bien comprendre le processus de choix des femmes enceintes, cette recherche a été menée dans une région québécoise où des SF, des MF qui pratiquent des accouchements et des OB offrent un suivi périnatal aux femmes enceintes en santé. Par ailleurs, au Québec, les services de santé sont financés publiquement, de sorte qu'aucune contrainte financière ne pèse sur le choix individuel. Ce contexte d'étude est idéal pour documenter le processus de choix d'un suivi périnatal, puisque les opportunités de choix des participantes sont identiques sur le plan de la disponibilité des services.

Considérant qu'il est bien documenté que la satisfaction ressentie envers l'utilisation passée d'un service de santé conditionne fortement son utilisation future (Kotler et al., 2008; Victoor et al., 2012), et que dans ce cas, il n'y a pas vraiment de démarche pour choisir un service, il semble judicieux de comprendre le processus décisionnel des femmes qui accoucheront pour la première fois, c'est-à-dire les nullipares. Cette compréhension permettra de dégager des pistes de solutions pour inciter les femmes en santé qui font appel pour la première fois à un suivi périnatal à choisir celui offert par les SF. Compte tenu du niveau élevé de satisfaction associé au suivi offert par les SF (Sandall

et al., 2016), la première expérience d'un suivi périnatal avec une SF devrait aussi orienter les femmes vers les SF lors de leur prochain suivi périnatal.

Cette étude s'attarde donc à la question générale suivante : qu'est-ce qui caractérise le processus de choix qui mène à la sélection d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour assurer un suivi périnatal, et ce, à partir du vécu des femmes nullipares à faible risque, c'est-à-dire qui en sont à leur première grossesse et qui sont en santé?

Une recension des écrits faisant le point sur les connaissances actuelles en rapport à cette question est présentée dans le prochain chapitre. Celui-ci présente également le cadrage théorique à l'intérieur duquel cette question générale sera abordée dans le reste de la thèse.



**Chapitre 2**  
**État des connaissances**

Selon plusieurs auteurs (Bull et al., 2022; Fisher et al., 2006; Hundley & Ryan, 2004), le processus menant au choix d'un service de santé est conditionné par le contexte dans lequel il se produit. Ainsi, il s'avère important d'aborder l'offre des services d'obstétrique au Québec pour comprendre le processus de choix des nullipares. Les résultats et les limites des études qui ont abordé ce processus seront présentés par la suite.

### **Offre de suivis périnataux au Québec**

Dans le cadre de cette thèse, le suivi périnatal correspond à l'ensemble des soins prodigués durant la grossesse, l'accouchement, la naissance et le suivi du nouveau-né jusqu'à la sixième semaine postnatale (après l'accouchement). La durée de ce qui constitue la périnatalité varie selon les auteurs : le début de cette période correspond à la conception, et pour d'autres à la 22<sup>e</sup> semaine de grossesse, alors que la fin correspond parfois au 7<sup>e</sup> jour, au 6<sup>e</sup> mois ou au 12<sup>e</sup> mois suivant l'accouchement (Couillard, 2021; Garnier & Delamare, 2012; Serfaty & Bréart, 2014). Dans le contexte de cette thèse, la périnatalité s'étend de la conception jusqu'à la 6<sup>e</sup> semaine suivant l'accouchement, car cela correspond à la fin de la période postnatale pour la mère selon l'OMS (2022) et à la fin du suivi périnatal offert à la mère en santé par les SF, les médecins de famille (MF) et les obstétriciens gynécologues (OB) au Canada (ICIS, 2004; Ordre des sages-femmes du Québec [OSFQ], 2009). Au sein du réseau québécois de la santé, le suivi périnatal des femmes en santé, c'est-à-dire dont la grossesse est à faible risque de complications

médicales, obstétricales ou psychosociales, peut être effectué, sans référence médicale au préalable, par des SF, des MF ou des OB (MSSS, 2008). Depuis peu, les IPSPL peuvent également offrir une partie du suivi périnatal (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2021). L'organisation et l'offre de services de ces différents types de professionnels se distinguent à certains égards au sein du système de santé québécois ainsi que par rapport à ce qu'offrent les systèmes de santé des autres provinces canadiennes et ceux d'autres pays. Les services des SF, des MF, des OB et des IPSPL en contexte québécois seront présentés dans les prochaines sections.

### **Sages-femmes**

Au Québec, les SF sont formées<sup>8</sup> pour prodiguer des soins et offrir des services aux femmes en santé qui présentent une grossesse normale ainsi qu'à leur bébé jusqu'à la sixième semaine postpartum (OSFQ, 2009). Elles peuvent prescrire des médicaments, des échographies et des analyses de laboratoire pour la mère et le nouveau-né en respectant les dispositions établies par les divers règlements qui encadrent leur pratique (OSFQ, 2009). De plus, elles possèdent les compétences pour dépister et gérer diverses urgences obstétricales et néonatales (OSFQ, 2009). Toutefois, contrairement aux SF d'autres provinces canadiennes et de certains autres pays, les SF du Québec ne peuvent pas assurer la responsabilité complète ou partielle des accouchements provoqués ou sous anesthésie épidurale (CISF, 2019; College of Ontario Midwives, 2023; Ministry of Health British Columbia, 2008). Lors de ces situations, en accord avec son champ de pratique et l'un des

---

<sup>8</sup>Les SF détiennent un baccalauréat qui comporte 132 crédits répartis sur quatre ans et demi (UQTR, 2023).

règlements<sup>9</sup> qui encadrent celui-ci, la SF doit transférer la responsabilité clinique des soins de la femme à un médecin (MF ou OB) (OSFQ, 2009). La même procédure s'applique pour toute autre situation qui présente un risque pour la femme ou le nouveau-né (OSFQ, 2009).

En 2022, le Québec comptait 269 SF<sup>10</sup> (OSFQ, 2022). Ces professionnelles sont les seules au Québec qui offrent plusieurs choix de lieux d'accouchement : MdeN depuis 1999, unité régulière d'obstétrique en CH<sup>11</sup> depuis 2005 et domicile depuis 2006 (Beauchemin & Gagnon, 2009). Toutefois, contrairement aux SF des autres provinces canadiennes, les SF du Québec assurent le suivi périnatal et pratiquent des accouchements principalement dans des MdeN (78 %)<sup>12</sup>. Ces MdeN se retrouvent exclusivement au Québec et se distinguent de trois façons des centres de naissance (*birth centers*) mis en place dans d'autres pays industrialisés : (1) les MdeN sont indépendantes physiquement des CH; (2) elles sont financées publiquement; et (3) elles ne sont pas sous l'autorité des médecins (Beauchemin & Gagnon, 2009; MacDonald & Bourgeault, 2009; Matsuoka & Hinokuma, 2009; Walsh, 2009). Autre particularité québécoise, les SF ont le

---

<sup>9</sup>Le règlement (S-0.1, r.4) sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin énumère plus de 150 conditions qui exigent une consultation ou un transfert vers un médecin (OSFQ, 2023b).

<sup>10</sup>Il s'agit des membres inscrits au tableau de l'OSFQ avec un statut actif (statut régulier et congé parental).

<sup>11</sup>Dans les CH qui ont établi des ententes avec l'établissement qui offre les services de SF (Beauchemin & Gagnon, 2009).

<sup>12</sup>Autrement, 16 % des accouchements sont assistés par des SF à domicile et 6 % des accouchements sont assistés par des SF en CH. Demande d'accès à l'information, Nombre d'accouchements sous la responsabilité d'une SF pour l'année 2021-2022 selon le lieu de naissance, MSSS, 5 avril 2023.

droit de pratiquer des accouchements en CH sans la supervision ni sous l'autorité d'un autre professionnel de la santé (Beauchemin & Gagnon, 2009).

La pratique des SF du Québec est guidée par une philosophie qui prône l'humanisation des naissances à travers le respect de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le respect des décisions et des besoins individuels de la femme et de sa famille. Cette philosophie, alignée avec la définition de la pratique SF de la CISF, valorise aussi la participation active de la femme et de sa famille au suivi périnatal (CISF, 2017; OSFQ, 2009).

La continuité des soins et des services par la même SF est l'un des principes qui guident l'organisation des services SF (Regroupement Les sages-femmes du Québec [RSFQ], 2023a). Par conséquent, généralement, lors d'un suivi avec une SF, une équipe de SF (2 ou 3) est assignée à la femme enceinte. L'une des SF agit à titre de SF principale et effectue la grande majorité des consultations lors du suivi et est présente tout au long du travail et de l'accouchement. Quelques consultations prénatales se déroulent également avec ses coéquipières (RSFQ, 2023b). Ainsi, dans le cas où la SF principale ne peut assister à l'accouchement, l'une de ses coéquipières, qui a développé une relation de confiance avec la femme, assumera le rôle de SF principale.

La fréquence des consultations régulières de la grossesse suit la fréquence usuelle établie et suivie par les MF et les OB<sup>13</sup> (RSFQ, 2023b). Toutefois, lors d'un suivi avec SF, ces consultations sont d'une durée d'environ 50 minutes (RSFQ, 2023b), alors qu'elles seraient généralement de 15 minutes avec un MF ou un OB<sup>14</sup>. Enfin, la SF principale et ses coéquipières demeurent disponibles 24 heures sur 24 pour répondre aux questions et préoccupations de la femme tout au long du suivi périnatal (RSFQ, 2023b).

La SF offre les mêmes services, peu importe le choix du lieu d'accouchement. La SF principale accompagne la femme tout au long du travail actif et de l'accouchement. Elle demeure présente jusqu'à environ trois à quatre heures après l'accouchement<sup>15</sup> (RSFQ, 2023b). Lorsque la naissance est imminente, une seconde SF est aussi présente sur les lieux pour apporter son soutien à la SF principale. Ainsi, aucun intervenant de l'équipe médico-hospitalière n'est présent pendant le travail (RSFQ, 2023b). Les SF n'ont pas le droit de prescrire ou de superviser l'administration de l'épidurale. Elles doivent donc transférer la responsabilité des soins de la femme à un médecin et au personnel hospitalier afin que celle-ci puisse y avoir accès, même si l'accouchement se déroule en CH avec une SF (OSFQ, 2009).

---

<sup>13</sup>Une consultation par mois jusqu'à la 32<sup>e</sup> semaine, puis une consultation toutes les deux semaines entre la 32<sup>e</sup> et 36<sup>e</sup> semaine, puis une consultation chaque semaine jusqu'à l'accouchement (Institut national de santé [INSPQ], 2023).

<sup>14</sup>La durée des consultations avec les MF et les OB du Québec n'est pas documentée. Selon diverses conversations entre l'auteure de cette thèse et des MF ou des OB, la durée de leurs consultations serait d'environ 15 minutes (D. Thériault [obstétricienne gynécologue], communication personnelle, 22 septembre 2023; D. Riendeau [M.D.], communication personnelle, 6 septembre 2023).

<sup>15</sup>La durée peut varier selon les besoins de la mère et du nouveau-né.

En ce qui concerne l'offre lors du séjour postnatal, elle diffère légèrement selon les trois lieux de naissance. Lors du choix d'un accouchement en MdeN, la femme, son partenaire et leur nouveau-né peuvent profiter des installations (cuisine, nourriture, chambre avec un lit à deux places, salon, etc.) pendant 24 heures généralement (RSFQ, 2023b). De plus, pendant leur séjour en MdeN, une aide natale<sup>16</sup> est disponible pour accompagner et soutenir les femmes et les familles (MSSS, 2015a). Elle peut aussi se déplacer au domicile de la femme si la femme décide d'accoucher à cet endroit (MSSS, 2015a). Lors du choix d'un accouchement en CH, selon l'entente actuelle, la SF et ses coéquipières peuvent utiliser les locaux et l'équipement du CH et pratiquer des accouchements sans la supervision ni sous l'autorité d'un autre professionnel de la santé (Beauchemin & Gagnon, 2009). La SF n'a cependant pas de privilèges hospitaliers, ce qui signifie qu'elle ne peut admettre les femmes en CH pour leur séjour postnatal (Beauchemin & Gagnon, 2009). Ainsi, si la femme ne souhaite pas quitter en même temps que la SF (trois à quatre heures après l'accouchement), la responsabilité du suivi sera transférée à un médecin pour le reste de son séjour en CH (Beauchemin & Gagnon, 2009).

Par la suite, la SF se rend généralement au domicile de la femme dans les 24 heures suivant la naissance, puis au troisième et cinquième jour. Ensuite, aux environs de la

---

<sup>16</sup>Le terme « aide natale » n'est pas reconnu en français, mais nous avons choisi de le conserver, car ce terme est couramment utilisé dans les services de SF au Québec. Au sein du réseau de la santé, l'aide natale fait partie du personnel paratechnique, tels les préposés aux bénéficiaires. Ses tâches au sein d'un service de SF consistent notamment à préparer et entretenir le matériel, accompagner la mère et la famille dans le processus d'intégration postnatale, y compris l'aide à l'allaitement, assumer des tâches courantes de buanderie et de nettoyage, préparer les repas des familles et apporter le soutien nécessaire aux sages-femmes (MSSS, 2015a).

troisième semaine postnatale et à la sixième, la SF reçoit la femme à la MdeN (RSFQ, 2023b). Durant ces consultations, la SF évalue notamment l'adaptation physique, psychologique et émotionnelle de la mère, l'évolution normale du nouveau-né et elle offre son soutien pour l'allaitement (RSFQ, 2023b).

Lors de la collecte de données de cette thèse en 2014, le Québec comptait 194 SF<sup>17</sup> et elles assuraient 4 % des accouchements (ACSF, 2021). À ce moment-là, les femmes provenant de 9 des 17 régions administratives du Québec avaient la possibilité d'être suivies par une SF (OSFQ, 2015). Les SF offraient leurs services au sein de l'une des 10 maisons de naissance, d'une maternité d'un Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (dans le Grand Nord québécois) ou à partir de points de service<sup>18</sup> dans des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) du réseau québécois de la santé<sup>19</sup> (OSFQ, 2015). Toutefois, les femmes ne peuvent choisir de donner naissance dans ces derniers, puisqu'ils ne possèdent pas les installations et l'équipement requis. Depuis 2015, le nombre de SF a augmenté pour atteindre 269 en 2022 (OSFQ, 2022) et elles ont assisté 4,3 % des accouchements (J. Giroux [présidente du RSFQ],

---

<sup>17</sup>Il s'agit des SF qui sont membres de l'OSFQ avec statut régulier. Ce nombre inclut notamment les SF qui doivent posséder le titre de SF pour occuper, entre autres, des postes administratifs ou de professeures à l'université. Ainsi, ce nombre représente une surestimation du nombre de SF qui prennent part aux suivis périnataux.

<sup>18</sup>Ces points de service sont difficiles à recenser. Donc, leur nombre en date de 2015 n'est pas disponible.

<sup>19</sup>Les établissements et services de santé d'un territoire donné au Québec sont regroupés au sein de 22 mégastuctures, soit 13 CISSS et neuf CIUSSS. Les CISSS sont nommés des Centres intégrés universitaires de soins et services de santé (CIUSSS) lorsqu'ils sont situés « dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou qui exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social » (MSSS, 2022b, en ligne). Chaque région administrative ne compte qu'un seul CISSS ou CIUSSS sauf Montréal qui en compte cinq, et la Montérégie, qui en compte trois (Bourque & Lachapelle, 2018; MSSS, 2022c).



communication personnelle, 16 mai 2024). Cela leur permet désormais de proposer un suivi périnatal aux femmes provenant de 14 des 17 régions québécoises (OSFQ, 2023a). Même si elles sont présentes dans la majorité des régions administratives du Québec, l'organisation des services de santé et la superficie du territoire compromettent l'accessibilité aux services de SF (RSFQ, 2023a). Cette possibilité de choix est maintenant offerte au sein de 14 maisons de naissance<sup>20</sup> et de quatre maternités (dans le Grand Nord québécois), mais aussi dans cinq points de service de SF (OSFQ, 2023a).

Parmi tous les établissements où œuvrent des SF, certains ne peuvent répondre à la demande en raison d'un nombre insuffisant de SF, alors que d'autres peinent à combler les places disponibles pour les suivis périnataux (J. Giroux, présidente du RSFQ, communication personnelle, 16 septembre 2023; OSFQ, 2023b).

Depuis 2015, d'autres modifications ont aussi été apportées aux services offerts par les SF. En mars 2021, le règlement à propos des médicaments qu'une SF peut prescrire ou administrer a fait l'objet d'une mise à jour importante (OSFQ, 2021a). Grâce à ces modifications, les SF ont désormais la possibilité de prescrire davantage de médicaments dans le cadre de leur pratique (passant de 50 médicaments autorisés à plus de 100) (OSFQ, 2021a). Cela leur permettra d'intervenir directement auprès des femmes sans avoir à consulter divers professionnels pour le traitement de certains types d'infections

---

<sup>20</sup>Les consultations prénatales et postnatales sont aussi parfois offertes à partir des points de service de ces établissements situés dans la région desservie par un CISSS ou un CIUSSS.

urinaires et d'infection transmissible sexuellement par le sang, pour la vaccination et la contraception après l'accouchement (OSFQ, 2021a).

Enfin, dans la foulée des mesures et des arrêtés ministériels mis en place par le MSSS lors de la gestion de la pandémie de COVID-19, les SF ont été autorisées, sans ordonnance, à effectuer le dépistage de l'influenza et de la COVID-19 ainsi que la vaccination contre ces virus auprès de la population générale (OSFQ, 2021b). Elles ont aussi été autorisées à prescrire des médicaments, examens et analyses non-inscrits aux règlements en vigueur, et, au même titre que les MF et IPSPL, à signer le formulaire de retrait préventif (OSFQ, 2021b). À l'automne 2022, le MSSS a signalé sa volonté d'entreprendre un chantier entourant la pratique SF afin que les compétences des SF en matière d'obstétrique puissent être mises à contribution de façon plus importante afin de répondre aux besoins populationnels (OSFQ, 2023b). D'ailleurs, depuis la pandémie de COVID-19, certains établissements notent une hausse de la demande pour les accouchements à domicile et en MdeN (OSFQ, 2023a).

### **Médecins de famille**

La participation des MF aux soins d'obstétrique dépend en grande partie des politiques de santé, des réglementations et des pratiques médicales propres à chaque pays (Wiegers, 2003). Au Québec, l'exercice de la médecine de première ligne, qui consiste à s'occuper du diagnostic, du traitement des problèmes de santé rencontrés au quotidien et de promouvoir et prévenir les maladies (Bailey, 2007), demeure la mission première des

MF (MSSS, 2023). Elle représente leur principale activité, bien qu'ils soient aussi formés pour prodiguer certains soins de deuxième ligne, comme ceux en salle d'urgence (MSSS, 2023).

Les MF québécois sont tous formés<sup>21</sup> pour effectuer le suivi de grossesse et l'accouchement de femmes enceintes ainsi que le suivi des nouveau-nés (MSSS, 2018). En 2017, un peu moins de 4 % des MF (environ 400 sur 9500) dispensaient des suivis de grossesse (en partie ou complet), et la plupart d'entre eux prenaient aussi part aux accouchements<sup>22</sup> (MSSS, 2018). Dans les régions éloignées et intermédiaires du Québec, la majorité des naissances sont assistées par des MF (MSSS, 2023). C'est aussi dans ces régions qu'un nombre plus élevé de MF participent aux soins de deuxième ligne (MSSS, 2023).

La pratique des MF qui offrent des soins périnataux est essentiellement une pratique de groupe, peu importe leur lieu d'exercice (MSSS, 2023). Ils exercent habituellement en cabinet privé ou conformément à la préférence gouvernementale depuis 2001 dans des

---

<sup>21</sup>Pour devenir MF au Québec, il faut compléter un programme de doctorat de premier cycle d'une durée de quatre ou cinq ans et une formation additionnelle de deux ans. Cette formation inclut des expériences en médecine familiale, chirurgie générale, médecine interne, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, psychiatrie et médecine d'urgence (CMFC, 2023).

<sup>22</sup>Les raisons qui expliquent la baisse de participation des médecins de famille aux soins périnataux sont bien documentées. Au nombre des facteurs importants figurent les préoccupations entourant leurs effets sur la vie personnelle et professionnelle, le manque de confiance ou l'inquiétude à l'endroit d'une formation adéquate, des questions entourant la suffisance des remboursements et, pour certains, des craintes de poursuites (ICIS, 2004; CMFC, 2009).

établissements affiliés à des CISSS au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF)<sup>23</sup> (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec [FMOQ], 2023; MSSS, 2023). Les consultations lors d'un suivi périnatal sont réalisées par un même individu ou en alternance avec l'équipe de MF.

La plupart des MF offrent des consultations prénatales jusqu'à un certain nombre de semaines de la grossesse (souvent entre 24 et 32 semaines), puis transfèrent les soins de la femme à un OB qui pratique des accouchements (ICIS, 2004). Les MF qui prennent part aux accouchements se partagent la garde des accouchements avec d'autres MF (ICIS, 2004). Contrairement à d'autres pays où les MF offrent la possibilité d'accoucher dans des centres de naissance en milieu hospitalier ou à l'extérieur de celui-ci et à domicile (Wiegers, 2003), les MF au Québec offrent uniquement aux femmes la possibilité de donner naissance en CH. Pendant le travail et l'accouchement, la femme est admise en CH sous la responsabilité du MF qui pratiquera l'accouchement. Toutefois, les soins sont prodigués par le personnel infirmier. Selon son jugement clinique et ses compétences<sup>24</sup>, en cas de complication pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement, le MF consulte un OB ou lui transfère la responsabilité des soins de la femme conformément aux protocoles du CH (Collège des médecins de famille au Canada [CMFC], 2017; MSSS, 2018). Dans certaines conditions, le MF peut aussi partager la responsabilité du suivi de la femme avec un OB (CMFC, 2017).

---

<sup>23</sup>Un groupe de médecine de famille est un regroupement de médecins de famille qui travaillent ensemble ainsi qu'en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux.

<sup>24</sup>La grande majorité des MF ne pratiquent pas de césariennes (ICIS, 2004).

Après l'accouchement, et en l'absence de complications obstétricales et néonatales, la majorité des mères et des bébés seront autorisés à quitter l'hôpital après un délai de 24 à 48 heures (MSSS, 2008). Ensuite, un à trois jours suivant le congé de l'hôpital, une infirmière de la santé publique effectuera une visite au domicile de la femme (MSSS, 2008). Puis, généralement, le MF assurera le suivi du nouveau-né en santé. Ce dernier sera offert au cabinet du MF lors de rencontres d'une durée d'environ 30 minutes aux âges de : 2 semaines, 1 mois, 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois et 18 mois (Société canadienne de pédiatrie, 2018). Quant au suivi postnatal de la femme, le MF qui a effectué le suivi de la grossesse ou l'accouchement proposera généralement à la femme une consultation six à huit semaines après l'accouchement (Centre hospitalier de l'Université Laval, 2022). Les femmes qui ont des questions concernant leur santé ou celle de leur enfant peuvent aussi contacter la ligne téléphonique de triage Info-Santé du Québec (Gamache & Poissant, 2016).

Depuis la collecte de données de cette thèse, l'une des principales évolutions dans la prestation des services de MF est l'introduction par la loi 20 en 2015 de divers incitatifs financiers. Ceux-ci s'appliquent lorsque le MF prend en charge au moins 500 patients par an. Ils visent à améliorer l'accès aux services des MF au sein du réseau québécois de la santé (Projet de loi 20; Assemblée nationale, 2015).

### **Obstétriciens-gynécologues**

Dans tous les pays, les OB se distinguent des SF et des MF par leur capacité à offrir un suivi périnatal aux femmes enceintes présentant un risque élevé de complications lors de leur grossesse ou de leur accouchement. De plus, en tant que spécialistes de l'obstétrique, ils doivent aussi agir à titre de consultants, tant à l'hôpital que dans la communauté, pour des problèmes plus complexes qui dépassent les compétences, entre autres, des SF et des MF (MSSS, 2023). En plus de la médecine fœto-maternelle (grossesse à risque), cette spécialité de la santé des femmes comporte plusieurs autres volets spécialisés : l'urogynécologie, la gynéco-oncologie, l'endocrinologie gynécologique de la reproduction, l'infertilité et la chirurgie (dont la pratique de la césarienne)<sup>25</sup> (Fédération des médecins spécialistes du Québec [FMSQ], 2023a). Les OB spécialisés dans ces domaines sont des sur spécialistes. En 2018, on en retrouvait 75 au Québec (MSSS, 2018). Au Canada, certains OB développent davantage leur champ d'action dans l'un des volets de leur spécialité, de sorte que tous ne sont pas nécessairement impliqués dans la prestation de soins en obstétrique (ICIS, 2004; MSSS, 2018).

En 2021-2022, 433 des 519 (83 %) OB du Québec fournissaient des soins d'obstétrique (Université Laval, 2023)<sup>26</sup>. Dans les grandes agglomérations de Montréal et de Québec, la plupart des suivis périnataux, y compris ceux des grossesses à faible risque,

---

<sup>25</sup>Ces diverses compétences sont acquises lors d'une spécialisation en obstétrique-gynécologie. Elle nécessite cinq années d'études supplémentaires après l'obtention du diplôme de médecine.

<sup>26</sup>Demande d'accès à l'information au MSSS, 25 août 2023.

sont effectués par des OB. Cette situation au Québec s'explique principalement par le nombre limité de SF et de MF disponibles pour assurer le suivi périnatal des femmes à faible risque (MSSS, 2018). À l'extérieur des grandes villes, la pratique des OB serait plus centrée sur le suivi des grossesses à risque élevé (MSSS, 2018). Aucune donnée disponible ne permet d'expliquer cette situation.

Les OB exercent essentiellement en groupe, en cabinet privé et en CH (FMSQ, 2023b). Comme avec les MF, les consultations d'un suivi périnatal avec un OB sont réalisées par un même individu ou en alternance avec une équipe d'OB. Selon N. Thériault (M.D. F.C.R.S.C. - Obstétrique gynécologie), les OB se partagent aussi les gardes du CH auquel ils sont affiliés (communication personnelle, 23 août 2023). En l'absence de complications obstétricales, le suivi offert lors du travail et de l'accouchement, de même que lors du séjour postnatal en CH, est identique à celui du MF. Une infirmière de santé publique effectuera également une visite au domicile de la femme quelques jours après sa sortie de l'hôpital. Toutefois, et contrairement au suivi avec un MF, l'OB ne prend dans aucun cas le suivi du nouveau-né en santé. Habituellement, ce suivi relève du MF de la femme. Si la mère n'a pas de MF désigné, le suivi du nouveau-né peut être assuré par un autre MF ou une IPSPL selon la disponibilité des professionnels et le choix des parents (OIIQ, 2021). Tout comme pour le MF, l'OB offrira une seule visite postnatale à la mère autour de la sixième ou la huitième semaine après l'accouchement (N. Thériault, communication personnelle, 23 août 2023).

Lors de la collecte des données de cette thèse en 2015, et jusqu'en 2021, le suivi de santé du nouveau-né pouvait également être assuré par un pédiatre. Toutefois, en 2021, le gouvernement du Québec a aboli la possibilité pour les pédiatres de facturer l'examen des nouveau-nés en santé (FMOQ, 2021). Cette mesure incitative financière visait à promouvoir la hiérarchisation des soins de santé et à orienter le suivi des nouveau-nés en santé vers des intervenants de première ligne tels que les MF et IPSPL (FMOQ, 2021).

### **Infirmières praticiennes spécialisées de première ligne**

Selon leur expérience et leur formation<sup>27</sup>, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) œuvrent dans différents domaines de la santé : en santé mentale, en soins aux adultes, en pédiatrie, en néonatalogie et en soins de première ligne (MSSS, 2022d)<sup>28</sup>. Les IPS peuvent diagnostiquer des maladies, prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques, déterminer des traitements médicaux, prescrire des médicaments, appliquer des traitements médicaux<sup>29</sup>. Elles demandent l'intervention d'un médecin lorsque les compétences requises dépassent leur domaine d'exercice (MSSS, 2022d).

---

<sup>27</sup> Les IPS doivent posséder un baccalauréat en sciences infirmières et une expérience clinique d'au moins deux ans, dont au moins un an auprès d'une clientèle visée. Elles doivent aussi compléter une maîtrise en sciences infirmières option pratique infirmière spécialisée et un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) correspondant à la spécialité choisie (OIIQ, 2022a).

<sup>28</sup> Selon les conditions et modalités d'exercice définies dans le Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées (OIIQ, 2021).

<sup>29</sup> Ces activités doivent néanmoins être exercées en fonction de leur classe de spécialité et selon les conditions et les modalités d'exercice prévues au Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées (OIIQ, 2021).



Depuis 2021, les IPS bénéficient d'une plus grande autonomie professionnelle. De ce fait, les IPSPL peuvent offrir un suivi de grossesse aux femmes qui présentent des problèmes de santé usuels et assurer le suivi de santé régulier de la femme et du nouveau-né (OIIQ, 2021). Elles peuvent aussi contribuer au suivi des femmes présentant une grossesse à risque élevé en partenariat avec un OB ou un MF. Toutefois, la pratique de l'accouchement ne fait pas partie de leur champ de pratique. Les IPSPL offrent le suivi de grossesse dans différents milieux cliniques, essentiellement dans des groupes de médecine de famille (OIIQ, 2021). La durée des consultations se situe entre 30 et 45 minutes (OIIQ, 2021).

Lorsque comparées à celles d'autres provinces canadiennes et d'autres pays, les IPS ont été intégrées tardivement et lentement au sein du réseau québécois de la santé, soit en 2007 (Aleshire et al., 2012; Kooienga & Carryer, 2015; Xue et al., 2016). Depuis, le nombre d'IPS a connu une augmentation lente de ses effectifs, mais elle s'est accélérée au cours des dernières années pour atteindre près de 1097 IPS<sup>30</sup>, dont 812 IPSPL en 2022 (OIIQ, 2009, 2022b). De ce fait, lors de la collecte de données de cette étude en 2015, les services d'une IPSPL pour assurer le suivi de grossesse des femmes enceintes présentant des problèmes de santé n'étaient pas offerts dans la région étudiée. De plus, jusqu'en 2020, les IPSPL étaient uniquement autorisées à assurer ce suivi en partenariat avec un MF qui en assumait la responsabilité (OIIQ, 2021). Ainsi, ce n'est que depuis peu que la possibilité d'avoir recours à un suivi de grossesse (excluant l'accouchement) et à un suivi

---

<sup>30</sup>Ce nombre a plus que doublé en trois ans. Il était de 573 en 2020 (Porter, 2023).

postnatal sous la responsabilité d'une IPSPL s'est ajoutée aux options de choix disponibles pour les femmes enceintes.

Somme toute, bien que différents types de professionnels de la santé offrent des soins périnataux, leur formation, leur champ de pratique et l'organisation de leur travail varient. Les femmes enceintes en santé en quête d'un suivi périnatal, qui englobe la grossesse et l'accouchement, ont le choix, selon la disponibilité des professionnels, d'être suivies par une SF, un MF ou un OB. Parmi ces professionnels, seules les SF sont formées et reconnues comme étant les « spécialistes des suivis de grossesse à bas risque, de l'accouchement naturel et du suivi de la dyade mère-enfant » (OSFQ, 2023b, en ligne). Depuis la collecte de données (2014), l'organisation des soins et services de santé en périnatalité au Québec n'a pas subi de modifications significatives. Toutefois, depuis 2021, une partie du suivi (excluant l'accouchement) peut aussi être offert par une IPSPL (OIIQ, 2021).

### **Composantes associées au processus de choix**

Le processus menant au choix d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour un suivi périnatal est très peu documenté (Bull et al., 2022). Même constat pour le processus qui mène au choix d'un service de santé en général (Victoor et al., 2012). Les quelques études disponibles ont été menées dans un contexte d'offre de soins et de services différent de celui du Québec. Dans la littérature à ce sujet, trois composantes ont été mises en lien avec le processus que traversent les femmes avant de choisir le type de professionnel qui

assurera leur suivi périnatal : (1) la recherche d'information préalable au choix d'un suivi périnatal; (2) les croyances des femmes envers la grossesse et l'accouchement; et (3) les critères décisifs et la méthode d'évaluation privilégiée.

### **Recherche d'information**

Le processus de recherche d'information réfère à la recherche interne et externe d'information. La recherche interne d'information correspond à l'accès à des informations emmagasinées en mémoire, tandis que la recherche externe d'information implique l'acquisition de nouvelles informations provenant de sources externes (ex. : amis). Le processus de recherche d'information préalable au choix d'un professionnel pour assurer le suivi périnatal a fait l'objet de deux études aux États-Unis (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995). Une seule étude canadienne a été réalisée sur le sujet (Jimenez et al., 2010). Même s'ils se concentrent sur la recherche d'information effectuée par des femmes pendant leur grossesse, les résultats de Jimenez et al. (2010) fournissent quelques données sur la recherche d'information selon le type de professionnel choisi pour un suivi périnatal.

Jimenez et al. (2010) ont mené une étude qualitative auprès de femmes provenant de Vancouver (26 femmes) et de Montréal (10 femmes). La majorité des participantes de cette étude étaient plus éduquées que la moyenne des femmes canadiennes. Toutefois, Jimenez et al. montrent qu'elles méconnaissaient les modalités pour accéder à un suivi périnatal et qu'elles ne s'étaient pas informées sur leurs possibilités de choix de suivi (SF,

MF, OB) ni sur les lieux d'accouchement disponibles autres que le CH, soit la MdeN ou le domicile. De ces participantes, celles qui avaient procédé à une recherche d'information se retrouvaient majoritairement dans le groupe dont le suivi périnatal était sous la responsabilité d'une SF. Une autre étude menée cette fois auprès de femmes aux États-Unis rapporte aussi que la majorité des participantes qui avaient choisi un OB pour leur suivi périnatal méconnaissaient les autres types de professionnels disponibles (SF et MF) (Arcia, 2015).

En ce qui a trait aux deux études réalisées aux États-Unis et mentionnées en début de section, elles ont ciblé le choix d'un prestataire individuel, soit un OB parmi des OB et non le choix d'un type de prestataire (SF, MF ou OB). La première étude, celle de Glassman et Glassman (1981), est basée sur un échantillon de multipares et de nullipares ( $n = 286$ ). Après avoir mené des entretiens semi-dirigés, les auteurs concluent que les participantes consulteraient en moyenne un nombre restreint (1,2) de sources d'information avant de procéder au choix d'un prestataire individuel, sans toutefois établir de distinction à l'égard de leur parité. La seconde étude américaine, celle d'Hoerger et Howard (1995), est une référence importante dans la littérature scientifique en raison de la taille de son échantillon (963 femmes) et de l'inclusion de variables individuelles (p. ex., parité, grossesse à risque, revenu, niveau de scolarité). Les résultats de l'étude d'Hoerger et Howard corroborent ceux obtenus quelques années plus tôt par Glassman et Glassman. De plus, Hoerger et Howard apportent certaines précisions : la recherche d'information, bien que toujours limitée, semblerait légèrement plus poussée chez les femmes qui ont

déjà accouché, qui sont à risque élevé de complications, qui ont un niveau d'éducation élevé (universitaire) ou qui doivent déboursier des frais pour les services. Le recours à un nombre limité de sources d'information (1 à 2) est aussi rapporté dans des études ayant analysé le processus de choix d'un service de santé en général, comme le choix de se présenter à l'urgence ou à une clinique médicale pour une condition de santé non urgente (Leduc, 1999). Le même constat est observé lors du choix d'un prestataire individuel, comme un MF pour un suivi de santé régulier (Abraham et al., 2011; King & Haefner, 1988; McGlone et al., 2002; Stewart et al., 1989), un dentiste pour des soins dentaires préventifs (Coleman et al., 1996) ou un CH pour des traitements (Peters et al., 2007).

Les sources externes d'information, comme les sources profanes (la famille et les amies ayant déjà eu recours à un suivi périnatal) et les sources professionnelles (les médecins traitants et autres professionnels de la santé), seraient privilégiées par les nullipares lors du choix d'un prestataire (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995) ou lorsqu'elles cherchent à connaître les modalités pour accéder aux différents types de suivis périnataux (SF, MF ou OB) (Jimenez et al., 2010). Toutefois, selon Hoerger et Howard (1995), les multipares consulteraient un peu moins les sources externes d'information. En effet, ils montrent que pour les multipares ayant déjà bénéficié d'un suivi périnatal, leur source interne d'information, soit la satisfaction ressentie à l'égard de ce dernier, semblerait être une source d'information plus importante pour elles.

Les études qui ont analysé le processus de choix d'un service de santé en général font aussi état de la consultation de sources internes et externes d'information (Abraham et al., 2011; Argan, 2016; Cooley & Madupu, 2009; Groenewoud et al., 2015; Peters et al., 2007). Le type de sources externes d'information (profanes ou professionnelles) privilégié varie toutefois selon le type de service de santé convoité (Cooley & Madupu, 2009; King & Haefner, 1988; Leduc, 1999; Stewart et al., 1989; Victoor et al., 2012). De plus, des études révèlent que les individus se limiteraient aux conseils de sources professionnelles d'information comme leur médecin, notamment avant de choisir un nouveau médecin généraliste (Groenewoud et al., 2015; Harris, 2003; McGlone et al., 2002) ou un hôpital pour un traitement (Dealey, 2005; Dijs-Elsinga et al., 2010; Peters et al., 2007).

En ce qui a trait au Web, cette source d'information n'a pas été soulignée dans les études antérieures ayant porté sur le choix d'un suivi périnatal, en grande partie parce qu'elles ont été menées en 1981 et 1995, soit avant l'usage plus répandu du Web (2000) et l'ère des réseaux sociaux (2005) (Loh & Kanai, 2016; Perrin, 2015). À cet égard, la revue systématique de Sayakhot et Carolan-Olah menée en 2016 témoigne de l'importance croissante de cette source d'information chez les femmes enceintes. Le recours au Web, de même que l'importance qu'il revêt lors du choix d'un suivi périnatal, n'est pas documenté, et il l'est très peu pour le choix d'un service de santé (Maher et al., 2014; Pauli et al., 2023, Sbaffi & Rowley, 2017).

Outre le désir des femmes d'obtenir des informations expérientielles sur les suivis périnataux des femmes de leur entourage, la nature des autres renseignements qu'elles convoitent pour les soutenir lors du choix de leur suivi périnatal demeure méconnue. D'ailleurs, peu d'études ont exploré la nature des informations recherchées lors du choix d'un service de santé en général (Hoffstedt et al., 2021). Il semble que la majorité des individus se préoccuperaient peu de la qualité des services de santé recherchés (Hoffstedt et al., 2021). À titre d'exemple, l'étude d'Hoffstedt et al. (2020) révèle que moins de 20 % des patients ont affirmé avoir recherché des renseignements sur la qualité des services offerts par les médecins généralistes avant de procéder au choix de l'un d'entre eux. Selon la littérature à ce sujet, lorsque des individus recherchent des informations sur la qualité des services de santé, celles-ci sont généralement regroupées en trois catégories : la structure (p. ex., disponibilité et accessibilité du professionnel, la spécialité des professionnels, la qualité du personnel de soutien, les coûts des traitements), le processus (p. ex., continuité lors d'un traitement, temps d'attente et qualité de l'équipement) et les résultats (p. ex., taux de succès d'une opération) (Victoor et al., 2012). L'importance qu'accordent les individus aux éléments de ces trois catégories varierait selon le type de service de santé convoité, les critères sociodémographiques de l'individu, sa condition médicale, ses connaissances et perceptions à l'égard des attributs des services de santé offerts (Victoor et al., 2012).

Le désintérêt général que les individus manifestent à l'égard des informations sur la qualité des services de santé pourrait être attribuable aux caractéristiques que l'on prête

aux services de santé (Edvardsson et al., 2005; Kelley & Schwartz, 2005; Murray, 1991). La plupart des auteurs reconnaissent que les services de santé présentent des attributs d'intangibilité (p. ex., les compétences médicales), de non-standardisation, d'interaction pourvoyeur-consommateur (p. ex., la relation entre le patient et le médecin) ainsi que de production et de consommation simultanées (p. ex., le patient bénéficie des soins pendant que ceux-ci sont prodigués) (Bratucu et al., 2014; Edvardsson et al., 2005; Murray, 1991). Ces attributs rendraient aussi l'évaluation au préalable de la qualité d'un service de santé complexe et ardue pour les individus (Murray, 1991).

Par ailleurs, il est bien documenté que certains déterminants clés de l'utilisation de l'information augmenteraient la motivation des individus à se livrer à une quête extensive d'information préalable au choix d'un service de santé : la disponibilité de l'information, son accessibilité et sa transmission dans un langage compréhensible ainsi que l'habileté de l'individu à utiliser l'information disponible (Haines et al., 2004; Hibbard & Peters, 2003; Victoor et al., 2012; Wigfall & Tanner, 2018). Or, aucune étude ne semble avoir abordé la présence de déterminants clés lors du choix d'un suivi périnatal (Bull et al., 2022).

En somme, jusqu'à présent, les études ont essentiellement documenté le nombre et la nature des sources d'information consultées avant le choix d'un suivi périnatal. Toutefois, ces résultats peuvent être teintés par un biais de mémoire, puisque l'information a été colligée auprès de femmes ayant accouché au cours de la dernière année (Glassman &



Glassman, 1981) ou au cours des cinq dernières années (Hoerger & Howard, 1995). La compréhension du processus de recherche d'information qui précède le choix d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour un suivi périnatal repose sur plusieurs éléments, dont le type des sources d'information consultées. Toutefois, pour arriver à comprendre la démarche des nullipares, il est aussi nécessaire de mettre en lumière leurs besoins d'information, les diverses étapes qu'elles empruntent pour combler ces derniers, les obstacles ou éléments facilitants qu'elles rencontrent et, finalement, les connaissances issues de ce processus de recherche sur les options de suivis périnataux qui s'offrent à elles.

### **Croyances envers le processus de la grossesse et de l'accouchement**

Les auteurs catégorisent souvent les croyances des femmes envers le processus de grossesse et de l'accouchement d'une manière dichotomique, à savoir qu'elles envisagent ces derniers comme un état physiologique (ou naturel) ou comme un état pathologique à risque élevé de complications (Galotti et al., 2000; Hauck et al., 2007; Murray-Davis et al., 2014; Preis & Benyamini, 2017; Skrondal et al., 2020; Vogels-Broeke et al., 2023). Pour d'autres auteurs, les croyances des femmes se situeraient plutôt le long d'un continuum (Howell-White, 1997; Wilson & Sirois, 2010). L'interprétation des études quantitatives et qualitatives ayant porté sur les croyances des femmes envers la grossesse ou l'accouchement comporte certains défis.

Comme le soulignent Preis et Benyamini (2017), le premier défi inhérent à l'interprétation de ces études réside dans le fait que le concept de croyances des femmes

envers la grossesse et l'accouchement n'est pas clairement défini. L'absence de clarté de ce concept se traduit notamment dans la littérature par l'utilisation d'une pluralité d'outils de mesures hétérogènes<sup>31</sup> générant des problèmes à la fois conceptuels et opérationnels (Podsakoff et al., 2016; Preis & Benyamini, 2017). Certains auteurs intègrent aux deux groupes de croyances (état physiologique ou pathologique) diverses perceptions de la femme (comme le rôle qu'elle doit jouer lors de son accouchement), des attitudes envers divers éléments liés à la médicalisation des accouchements (comme le recours aux interventions et à la technologie médicale), des composantes affectives (comme la peur de l'accouchement) ou encore des éléments liés à la prise de décision partagée (comme la quantité d'information souhaitée) (Foster, 1981; Haines et al., 2012; Preis & Benyamini, 2017; Wilson & Sirois, 2010).

La seconde difficulté rencontrée lors de l'interprétation des études qui ont comparé les croyances des femmes ayant choisi une SF ou un OB, et plus rarement un MF, est que la majorité des femmes ont été interrogées vers la fin de leur suivi de grossesse ou lors de la période postnatale (Galotti et al., 2000; Howell-White, 1997; Klein et al., 2011; Wilson & Sirois, 2010). Or, tel que démontré dans l'étude de Preis et al. (2018), il est possible que la première expérience de la maternité ou le type de professionnel ayant assuré le suivi périnatal aient exercé une influence sur les croyances des femmes.

---

<sup>31</sup>À titre d'exemple : L'outil de mesure *Utah test for Childbearing Years* inclut les peurs de l'accouchement, le lieu de contrôle, la participation à la prise de décision et des valeurs personnelles (Foster, 1981), tandis que l'outil élaboré par Wilson et Sirois (2010), *Birth Philosophie Scale*, inclut les attitudes envers la technologie et des éléments liés à la prise de décision partagée. Enfin, l'outil de mesure *Birth Attitude Profile Scale* de Haines et al. (2012) inclut la liberté de choix et l'influence de la naissance sur le vécu des femmes.

En tenant compte de ces limites et en se basant sur les résultats de l'étude d'Howell-White (1997), il est tout de même possible de dégager certains constats. Howell-White s'est intéressée aux croyances de nullipares sur la grossesse, comme état physiologique naturel ou pathologique, entre la sixième et la huitième semaine de leur grossesse et dans un contexte de choix de suivi périnatal avec une SF ou un OB. D'ailleurs, cette étude est l'une des seules recensées à avoir interrogé des femmes au début de leur grossesse. Selon Howell-White, les nullipares qui envisageaient la grossesse comme un état naturel qui comporte peu de risques de complications étaient plus enclines à choisir une SF. Celles qui l'envisageaient plutôt comme un état pathologique à risque élevé de complications choisissaient davantage un OB. Enfin, selon cette même étude, les femmes qui se situaient à mi-chemin entre ces deux groupes de croyances se tournaient vers une SF. L'état de santé des nullipares n'était pas dans les critères d'inclusion de cette étude.

Les croyances des femmes envers la grossesse et l'accouchement semblent jouer un rôle lors du processus de choix d'un type de professionnel pour assurer un suivi périnatal. Cependant, étant donné l'absence de définition consensuelle à propos des croyances, et puisqu'elles sont périphériques au modèle théorique retenu dans le cadre de cette thèse, elles ne seront pas traitées dans cette étude. Le processus de choix des nullipares envers le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal sera plutôt exploré en se concentrant sur les attributs qu'elles recherchent et priorisent, de même que sur leurs perceptions à l'égard de ces derniers.

### **Critères décisifs et la méthode d'évaluation**

Les critères décisifs et la méthode d'évaluation sont les dernières composantes dans la littérature qui ont été mises en lien avec le choix d'un type de professionnel pour assurer un suivi périnatal. Des études ont analysé les préférences de femmes universitaires, qui prévoient avoir des enfants, à l'égard des attributs d'un suivi périnatal (Fairbrother et al., 2013; Soliday & Ord, 2020; Stoll et al., 2010, 2020) ou auprès de celles qui ont déjà donné naissance. Puisque les préférences des individus ne sont pas statiques, ces résultats offrent peu d'information sur les attributs qui seront considérés lors du choix d'un réel premier suivi périnatal.

Quant aux raisons qui motivent le choix d'un type de professionnel par les nullipares, comme le soulignent Bull et al. (2022) dans leur revue systématique, elles sont peu documentées. La majorité des études ne sont pas centrées sur le choix d'un suivi périnatal, mais plutôt sur celui d'un lieu d'accouchement, soit un accouchement hors CH avec une SF, et dans une moindre mesure, un accouchement en CH avec un OB ou une SF (Bull et al., 2022). De plus, comme le démontrent Bull et al., de même que Zielinski et al. (2015) dans leur revue exploratoire sur le choix d'un accouchement à domicile, les participantes de ces études ont été interrogées principalement au cours du troisième trimestre de leur grossesse ou après qu'elles aient donné naissance. Or, l'effet de l'intervenant et de l'expérience personnelle de la maternité peuvent teinter les critères de choix évoqués par les participantes lorsqu'elles sont interrogées sur ceux ayant mené au choix d'un type de professionnel (Bull et al., 2022). Par ailleurs, peu de ces études nous renseignent sur la

disponibilité des professionnels pour offrir leurs services lors d'un contexte de choix (Bull et al., 2022). Si certains professionnels n'étaient pas disponibles, il est possible que les résultats ne représentent pas le choix initial des femmes. Pour ne citer qu'un exemple, une étude canadienne rapporte que 15 % des femmes dont le suivi de grossesse était assuré par un OB auraient préféré être suivies par une SF, tandis que 37 % de celles suivies par un MF auraient préféré être suivies par un OB et 18 % par une SF (Klein et al., 2011). En dépit de ces limites, certaines de ces études peuvent tout de même contribuer à la réflexion sur les éléments recherchés ou considérés par les nullipares québécoises lors du choix d'un suivi périnatal.

L'étude de Galotti et al. (2000) est l'une des rares études à avoir abordé le nombre de critères décisifs priorisés lors du choix d'un suivi de grossesse et d'un accouchement avec une SF offrant un accouchement en CH ou à domicile, ou avec un médecin (sans distinguer le MF de l'OB). Galotti et al. ont aussi étudié la méthode d'évaluation privilégiée qui mène à ce choix. Leurs entrevues menées auprès de femmes des États-Unis, qui en étaient au troisième trimestre de leur grossesse, ont permis de recenser 44 critères décisifs<sup>32</sup>. Ils ont été regroupés en six catégories : (1) les caractéristiques du professionnel; (2) la disponibilité et les coûts financiers du professionnel; (3) la relation entre le professionnel et la femme; (4) les caractéristiques maternelles; (5) la sécurité; et (6) les recommandations de l'entourage. Ces critères ne tenaient toutefois pas compte de la parité des femmes ou de leur état de santé, soit deux facteurs qui peuvent avoir influencé leur processus de choix en

---

<sup>32</sup>Les auteurs ne mentionnent pas quels sont ces critères de choix.

matière de suivi. Les 88 femmes interrogées dans cette étude ont rapporté avoir basé leur décision sur environ trois critères décisifs appartenant à l'une ou à plusieurs de ces six catégories. Selon Galotti et al., un de ces 44 critères décisifs pourrait être plus important pour 30 % des femmes ayant choisi une SF, soit l'approche de l'intervenant envers l'accouchement (physiologique ou pathologique). Néanmoins, ce résultat pourrait être attribuable à la multiplicité des tests T de Student effectués lors des analyses statistiques.

Galotti et al. (2000) offrent aussi des hypothèses sur la méthode d'évaluation privilégiée par les femmes pour évaluer les attributs respectifs des professionnels et procéder à un choix. Selon ces auteurs, les femmes qui ont opté pour une SF semblent avoir une approche plus intuitive et moins analytique comparativement à celles qui ont opté pour un médecin (OB ou MF). Ces dernières soupèseraient le pour et le contre des attributs perçus des services fournis par les différents professionnels. Puisque les résultats de l'état de santé foeto-maternelle pour les accouchements à faible risque pratiqués par les SF sont aussi bons sinon supérieurs à ceux effectués par les OB, Galotti et al. émettent l'hypothèse que les femmes qui ont choisi un médecin (OB ou MF) après une prise de décision plus analytique pourraient avoir des perceptions erronées à l'égard des attributs des services des SF. Toutefois, les résultats de cette étude ont pu être teintés par l'effet de l'intervenant, de l'expérience de la maternité et par un biais de mémoire, puisque ces femmes ont été interrogées au troisième trimestre de leur grossesse. Ainsi, il existe peu de connaissances sur les attributs décisifs et sur la méthode d'évaluation privilégiée dans

un contexte où des nullipares en santé peuvent choisir entre un suivi avec une SF, un MF ou un OB.

L'étude qualitative de Parry (2008) se démarque dans la littérature, car elle est l'une des seules études à avoir été menée auprès de femmes enceintes canadiennes et à avoir mis l'accent sur les critères considérés lors du choix d'un suivi périnatal avec une SF. Des entretiens ont été menés auprès de huit femmes ontariennes, nullipares et multipares, au cours du troisième trimestre de leur grossesse ou après qu'elles aient donné naissance. Parry rapporte que ces femmes justifient le choix d'un suivi périnatal avec une SF en mettant de l'avant sept critères : (1) une approche naturelle de la grossesse et de l'accouchement; (2) un soutien à leur autonomie décisionnelle; (3) une continuité relationnelle; (4) une offre de soins centrés sur la femme; (5) une réponse aux besoins émotionnels, psychologiques et affectifs de la femme; (6) des compétences cliniques; et (7) une prise en compte des besoins du partenaire et de la famille. Même si les participantes avaient le choix de donner naissance en CH ou à leur domicile avec une SF ontarienne à cette époque, cette étude ne rapporte aucune donnée au sujet du lieu d'accouchement.

D'autres chercheurs ont interrogé 201 femmes ontariennes suivies par des SF, qu'elles soient nullipares ou multipares, au troisième trimestre de leur grossesse, mais cette fois-ci pour comprendre leurs préférences entre un accouchement à domicile (36 %) ou en CH (57 %) (Murray-Davis et al., 2014). Ces participantes devaient justifier leur

préférence de lieu d'accouchement en sélectionnant à partir d'une liste prédéterminée les trois motifs les plus importants pour elles. Le travail de Murray-Davis et al. (2014) nous éclaire donc sur des critères qui pourraient être décisifs lors du choix d'un lieu d'accouchement. D'après les conclusions de leur étude, les trois raisons les plus fréquemment identifiées par les femmes qui ont une préférence pour un accouchement à domicile avec un SF étaient les suivantes : la perception que l'accouchement est un processus naturel (65 %), le désir d'éviter des interventions médicales (46 %) et le confort ressenti dans ce lieu (34,2 %). Quant aux participantes qui préféraient un accouchement en CH avec une SF, les trois principales raisons ciblées étaient les suivantes : le sentiment de sécurité procuré par le CH (74,7 %), l'accès à l'épidurale (38 %) et le confort ressenti dans ce lieu (35,7 %). En outre, près du tiers (30 %) des participantes qui avaient une préférence pour un accouchement en CH avaient également identifié des préoccupations liées au désordre potentiel lors d'un accouchement à domicile. Dans une moindre mesure, certaines participantes préférant accoucher en CH (20,3 %) ont indiqué avoir déjà vécu une expérience positive d'accouchement en CH. Murray-Davis et al. rapportent également que pour 70 % de ces participantes, leur partenaire partageait aussi cette préférence, tandis que cette concordance de préférences serait légèrement inférieure (60,5 %) lors d'une préférence pour l'accouchement à domicile. Toutefois, le rôle du partenaire dans ce processus de choix n'est pas clairement défini. Enfin, près de 7 % des participantes de cette étude étaient indécises quant à leur préférence de lieu d'accouchement. Elles ont donc été exclues des analyses de Murray-Davis et al. Ce constat indique que les femmes peuvent ne pas avoir déterminé leurs critères de choix à



propos du lieu d'accouchement au moment du choix de suivi périnatal. Il est aussi possible que ces critères ne soient pas déterminants lorsqu'il est possible de choisir une SF qui offre la possibilité d'un accouchement en CH ou à domicile.

Arcia (2015) a mené une étude qui met en évidence les catégories de critères considérés par 220 nullipares américaines lors du choix d'un type de professionnel pour leur accouchement. Elle fait partie des quelques études ayant interrogé des femmes au tout début de leur grossesse (< 13 semaines de grossesse) à propos de leurs préférences de professionnel et de lieux pour donner naissance (unité régulière d'obstétrique en CH, centre de naissance en CH, centre de naissance indépendant non lié à un CH et domicile). Comme dans cette thèse, le fait de recueillir les données en début de grossesse atténue l'effet du professionnel et de l'expérience de la maternité sur le processus décisionnel. Le contexte de choix est toutefois limité, contrairement à celui de la présente thèse, puisque les nullipares de l'étude d'Arcia devaient déboursier des frais pour accéder aux services des différents types de professionnels.

La majorité (82 %) des nullipares de l'étude d'Arcia (2015) préféraient accoucher sous la responsabilité d'un OB, 8 % préféraient une SF et seulement 3 % un MF. Par conséquent, les résultats des nullipares ayant opté pour un OB ou un MF ont été regroupés, sans distinction, sous le terme « médecin ». Environ 4 % des participantes de cette étude étaient indécises quant à leur préférence et n'avaient pas procédé à leur choix. Deux questions ouvertes ont été posées aux nullipares afin de déterminer les raisons qui

motivent leur choix de professionnel et de lieu d'accouchement. Arcia conclut que les raisons qui motivent le choix des nullipares relèvent de cinq grandes catégories : (1) les attributs liés au professionnel; (2) la relation avec le professionnel; (3) les considérations pratiques; (4) le choix normatif, et (5) les attributs des nullipares. Ces catégories comprennent des sous-catégories. Par exemple, sous la grande catégorie attributs du professionnel, il y a la sous-catégorie : expertise, éducation et professionnalisme. L'analyse d'Arcia révèle des différences et des similitudes dans ces catégories selon le type de professionnel choisi.

Les motivations des nullipares à propos des attributs liés au professionnel, sans égard au type de professionnel choisi, se rapportent à la réputation du professionnel et aux recommandations de l'entourage des nullipares. Les femmes ayant choisi un médecin (MF ou OB) ont aussi évoqué des motifs liés à la formation du médecin, à son expertise, à la supériorité perçue de ses services et au sentiment de sécurité procuré par ce professionnel.

En ce qui concerne les raisons liées à la catégorie relation avec le professionnel, sans égard au type de professionnel choisi, les nullipares ont évoqué leurs habiletés relationnelles et communicationnelles ainsi que l'utilisation antérieure de leurs services. Le fait que certaines nullipares aient considéré l'utilisation passée des services d'une SF peut paraître surprenant. Toutefois, dans le contexte de l'étude d'Arcia (2015), des SF offraient des services liés à la santé des femmes, ceux-ci ne se limitaient pas qu'au suivi

périnatal. Dans la catégorie relation avec le professionnel, seules les nullipares ayant choisi un médecin (OB ou MF) ont mentionné des motifs liés à leurs affinités avec le médecin et au sentiment de confiance procuré par ce dernier.

Pour la catégorie des considérations pratiques, sans égard au choix du professionnel choisi, les nullipares ont mentionné la couverture des frais du professionnel par leurs assurances et le fait d'avoir choisi le professionnel en fonction de leur choix de lieu de naissance (Arcia, 2015). Celles qui ont choisi un médecin ont aussi évoqué des motifs liés à la facilité d'accès aux services, à l'ignorance d'une situation de choix et au manque de connaissances à propos des autres possibilités de choix.

Finalement, seules des nullipares ayant choisi un médecin ont justifié leur choix de professionnel avec un motif de la catégorie du choix normatif, et ce, en évoquant des raisons liées à une tradition familiale (Arcia, 2015). Elles sont aussi les seules à avoir mentionné des raisons relevant d'attributs individuels tels que leur âge, la nulliparité ou le fait de se sentir à risque de complications obstétricales.

En ce qui concerne le choix du lieu d'accouchement, les nullipares de l'étude d'Arcia (2015) avaient quatre possibilités de choix : (1) à leur domicile; (2) dans une unité régulière d'obstétrique dans un CH; (3) dans un centre de naissance localisé dans un CH; ou (4) dans un centre de naissance indépendant non lié à un CH. Toutefois, les données portant sur le choix du lieu d'accouchement sont difficiles à mettre en lien avec le choix

d'un type de professionnel, puisqu'Arcia ne précise pas clairement si les SF proposaient la possibilité d'accoucher dans une unité régulière d'obstétrique en CH. De plus, Arcia ne mentionne pas si les OB ou les MF proposaient l'option d'accoucher dans le centre de naissance situé dans le CH, en plus de celle d'accoucher en CH dans une unité régulière d'obstétrique. Par ailleurs, il n'y a pas de précision à ce sujet dans l'autre publication d'Arcia (2013) portant sur le même corpus de données et le même contexte de choix. Les raisons qui motivent la préférence des participantes de cette étude (Arcia, 2015) pour leur lieu d'accouchement seront donc présentées en tenant compte de cette limite, et par conséquent, elles ne seront pas mises en lien avec le choix d'un type de professionnel.

La grande majorité des participantes, soit 78,8 %, ont choisi un accouchement dans une unité régulière d'obstétrique en CH, 16,5 % un accouchement dans un centre de naissance localisé dans un CH et 3,8 % un accouchement à domicile. Aucune participante de l'étude d'Arcia (2015) n'a exprimé de préférence pour un accouchement dans un centre de naissance non physiquement lié à un CH. Enfin, une minorité de participantes (1 %) étaient indécises quant à leur choix de lieu d'accouchement. Selon les conclusions d'Arcia, les critères auxquels les nullipares accordent de l'importance lors du choix du lieu d'accouchement peuvent être regroupés selon les mêmes cinq grandes catégories que celles concernant le choix d'un type de professionnel : (1) les attributs liés au lieu; (2) la relation avec le lieu; (3) des considérations pratiques; (4) un choix normatif; et (5) les attributs des nullipares.

En ce qui a trait aux attributs du lieu d'accouchement, indépendamment du choix, les nullipares évoquent la sécurité perçue du lieu (Arcia, 2015). Celles qui préfèrent un accouchement en CH ont aussi évoqué les motifs suivants, que l'accouchement soit dans une unité régulière d'obstétrique ou dans un centre de naissance : l'assistance d'experts, la supériorité perçue du lieu, sa propreté, sa réputation et les recommandations de l'entourage envers celui-ci. Enfin, seules des nullipares préférant donner naissance à leur domicile ou dans un centre de naissance en CH ont évoqué des motifs liés à l'ambiance ou à des fonctionnalités du lieu, tels que l'accès à une baignoire.

En ce qui concerne la relation avec le lieu, seules des nullipares préférant un accouchement en CH ont évoqué des motifs liés au sentiment de confiance par rapport au lieu, que ce soit dans une unité régulière d'obstétrique ou un centre de naissance (Arcia, 2015). Celles qui ont opté pour l'unité régulière d'obstétrique en CH ont aussi évoqué des raisons liées à des expériences positives antérieures en CH.

Seules les nullipares ayant une préférence pour un accouchement en CH (unité régulière d'obstétrique ou centre de naissance) ont évoqué des motifs liés à la catégorie des considérations pratiques, à savoir : (1) la couverture des frais de ce lieu par leurs assurances; (2) des raisons pratiques comme la proximité géographique du CH; et (3) avoir choisi le lieu d'accouchement en fonction du lieu de pratique du professionnel désiré (Arcia, 2015). Enfin, celles ayant choisi l'unité régulière d'obstétrique en CH ont

mentionné le manque de choix dans leur région, qu'il s'agissait de leur deuxième choix de lieu ou qu'elles étaient non familières avec les autres lieux offerts.

Seules les participantes ayant une préférence pour l'unité régulière d'obstétrique en CH ont nommé des motifs liés à la catégorie du choix normatif (Arcia, 2015). Ces motifs sont liés à une tradition familiale ou relèvent d'un choix dit évident ou qui va de soi.

Finalement, sans égard à leur préférence de lieu d'accouchement, les nullipares ont fait référence à des motifs liés à des attributs individuels (Arcia, 2015). Quelques participantes préférant un accouchement en CH ont évoqué l'âge, la nulliparité et le fait de se sentir à risque de complications, tandis que les nullipares préférant un accouchement à domicile ont mentionné leur sentiment de confiance envers leur corps. Il ressort des résultats d'Arcia (2015) que seules les nullipares qui ont choisi un médecin (MF ou OB) et qui ont une préférence pour un accouchement dans une unité régulière d'obstétrique en CH évoquent des motifs liés à la confiance que leur procurent ces choix ainsi que des motifs liés à des choix normatifs.

Comme Arcia (2013, 2015), van Haaren-Ten Haken et al. (2012) ont interrogé des nullipares au début de leur grossesse (< 13 semaines de grossesse), soit 550 femmes des Pays-Bas. L'objectif de van Haaren-Ten Haken et al. était de documenter les préférences de nullipares en santé à propos du lieu de leur accouchement et du type de professionnel pour leur accouchement (entre une SF ou un OB), et d'évaluer, en utilisant une liste

préétablie de raisons, l'importance de ces dernières pour justifier leurs préférences. Le contexte de choix de cette étude offrait aux femmes trois possibilités : accoucher dans une unité régulière d'obstétrique en CH avec un OB, accoucher à ce même endroit avec une SF ou accoucher à domicile avec une SF.

van Haaren-Ten Haken et al. (2012) indiquent que les trois raisons les plus importantes évoquées par les participantes pour justifier leur préférence pour un accouchement à domicile avec une SF étaient les suivantes : (1) la possibilité de donner naissance dans son propre environnement; (2) la capacité à exercer son autonomie décisionnelle; et (3) la possibilité d'accoucher dans un espace chaleureux. Enfin, ces auteurs rapportent aussi que les recommandations de l'entourage, des professionnelles de la santé et de la famille n'ont pas eu une grande influence sur la préférence des participantes quant à leur lieu d'accouchement et au type de professionnel pour leur suivi.

Selon van Haaren-Ten Haken et al. (2012), les trois raisons les plus importantes évoquées par les nullipares pour justifier leur préférence pour un accouchement dans une unité régulière d'obstétrique en CH étaient les suivantes : (1) la disponibilité de l'équipement médical en cas de complication; (2) la présence d'un OB sur place en cas de complications; et (3) le CH est l'endroit approprié pour donner naissance en cas de complications. Les raisons les plus importantes pour ce choix de lieu d'accouchement étaient identiques pour les participantes ayant choisi un accouchement en CH sous la responsabilité d'une SF ou d'un OB. Selon les conclusions de van Haaren-Ten Haken et

al., les nullipares qui ont une préférence pour un accouchement en CH estiment que la sécurité perçue envers cet endroit prime sur le choix du professionnel de la santé présent à l'accouchement. Ainsi, les auteurs avancent que certaines participantes ont peut-être choisi d'accoucher en CH avec un OB, car la possibilité d'accoucher en CH avec une SF leur était inconnue. Les résultats de van Haaren-Ten Haken et al. suggèrent aussi qu'en début de grossesse, la possibilité d'accoucher en CH peut représenter un critère décisif lors du choix d'un suivi périnatal indépendamment du choix d'un type de professionnel.

Enfin, les motifs associés au choix d'un accouchement en MdeN, ou en *freestanding birth center*, soit un centre de naissance indépendant physiquement d'un CH sont peu documentés dans la littérature scientifique. Selon certains auteurs, ces motifs seraient similaires à ceux associés au choix d'un accouchement à domicile avec une SF (Stone et al., 2022, Thompson, 2005). D'après une étude menée au Canada (Memmott et al., 2022), et trois autres menées dans d'autres pays (Homer et al., 2021; Montebianco, 2021; van Manen et al., 2021), il semblerait également que, depuis la pandémie de COVID-19 en 2020, la crainte d'être infectée par ce virus s'est ajoutée aux motifs justifiant le choix d'un accouchement hors CH.

### Synthèse

Les constats suivants se dégagent de la recension des écrits. Actuellement, le portrait des connaissances relatives au processus de choix des nullipares envers un suivi périnatal ne peut être établi que sur la base de quelques études menées à l'extérieur du Canada dans



un contexte d'offre de soins et de services différents de celui du Québec. De plus, cette recension permet d'aborder seulement deux types de professionnels, soit les SF ou les médecins. Très rares sont les études qui font la distinction entre MF et OB. Malgré ces limites, les effets de trois composantes sur le processus menant au choix d'un type de suivi périnatal ont fait l'objet d'une recension des écrits : (1) la recherche d'information; (2) les croyances des femmes envers la grossesse et l'accouchement; ainsi que (3) les critères décisifs et la méthode d'évaluation privilégiée.

Selon le nombre restreint d'études disponibles, la recherche d'information, qui précède le choix d'un type de prestataire pour un suivi périnatal, semble se limiter à une ou deux sources profanes ou professionnelles d'information. Toutefois, les raisons qui pourraient expliquer cette recherche peu approfondie d'information n'ont pas fait l'objet d'étude.

La deuxième composante fouillée dans la littérature scientifique, à savoir les croyances des femmes à l'égard de la grossesse et de l'accouchement, a été plus difficile à documenter, car le concept même de croyance varie d'une étude à l'autre. Par conséquent, comme mentionné précédemment, puisque ce concept est périphérique à notre modèle d'analyse, nous avons plutôt choisi d'explorer le processus de choix en nous concentrant sur les attributs recherchés et priorisés par les nullipares, de même que sur leurs perceptions à l'égard de ces derniers.

En ce qui concerne les critères décisifs lors du processus de choix d'un suivi périnatal, les études disponibles sont très limitées. Elles nous renseignent sur le choix d'un type de professionnel pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement, ou de l'accouchement uniquement (Arcia, 2015; Murray-Davis et al., 2014; Parry, 2008; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). Selon ces études, les critères décisifs appartiennent aux catégories suivantes : aux attributs liés au professionnel, à la relation et la communication avec le professionnel, au lieu d'accouchement, à des considérations pratiques, à des attributs maternels et aux recommandations de leur entourage (Arcia, 2015; Galotti et al., 2000; Murray-Davis et al., 2014; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). Selon Galotti et al. (2000), le choix d'un type de professionnel pour l'accouchement reposerait sur peu de critères décisifs (1 à 3) appartenant à l'une des catégories évoquées précédemment. Selon une étude, certains critères seraient évoqués uniquement par des femmes choisissant un médecin (MF ou OB) (Arcia, 2015). Ces critères se rapportent à la catégorie des attributs du professionnel, comme l'expertise, la formation, le sentiment de sécurité et la supériorité perçue des services offerts par le médecin, ainsi qu'à la catégorie de la relation avec le professionnel, comme le sentiment de confiance procuré par le médecin. Selon une autre étude, canadienne cette fois, six critères liés essentiellement à la catégorie de la relation avec le professionnel seraient quant à eux associés au choix d'une SF : (1) l'approche humaine et personnalisée de la SF; (2) le soutien à l'autonomie décisionnelle de la femme; (3) l'établissement d'une relation de confiance grâce à la continuité relationnelle; (4) l'offre de soins centrés sur la femme; (5) une réponse aux besoins émotionnels,

psychologiques et affectifs de la femme; et (6) la prise en compte des besoins du partenaire et de la famille (Parry, 2008).

Selon la recension des écrits, il semble que le choix d'un suivi périnatal puisse aussi reposer uniquement sur des critères liés aux attributs du lieu d'accouchement (Arcia, 2015; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). La préférence pour un accouchement en CH (unité régulière d'obstétrique) découlerait des critères décisifs suivants : la disponibilité de l'équipement et du personnel médical sur place en cas de complication, l'accès à l'épidurale, la propreté du lieu et le sentiment de confiance procuré par ce lieu (Arcia, 2015; Murray-Davis et al., 2014; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). Cette préférence pourrait aussi découler de critères liés à des considérations pratiques ou aux recommandations de l'entourage (Arcia, 2015; Murray-Davis et al., 2014; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). En revanche, la préférence pour un accouchement à domicile avec une SF reposerait sur les critères de choix suivants : l'environnement confortable et chaleureux du lieu, l'exercice plus propice de leur autonomie décisionnelle dans ce lieu et le sentiment de confiance procuré par le lieu (Murray-Davis et al., 2014; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). Cette préférence serait aussi associée aux nullipares qui perçoivent l'accouchement comme un processus naturel et qui ont confiance en leurs corps pour donner naissance naturellement. Toutefois, comme le rapportent quelques études (Arcia, 2015; Murray-Davis et al., 2014), puisque certaines nullipares sont indécises quant à leur préférence de lieu d'accouchement, il est aussi possible que les critères liés au lieu

d'accouchement ne soient pas systématiquement pris en considération lors du choix d'un suivi périnatal.

Parfois, le choix d'un type de suivi ou d'un lieu d'accouchement particulier repose sur des critères liés à des choix normatifs (p. ex., traditions familiales) ou sur les attributs maternels suivants : ne pas se percevoir en situation de choix, ne pas connaître suffisamment les possibilités de choix, se sentir à risque de complications obstétricales, la nulliparité et le fait d'être jeune. Toutefois, ces critères sont évoqués uniquement par les nullipares pour justifier le choix d'un médecin (MF ou OB) ou une préférence pour un accouchement en CH (Arcia, 2015; van Haaren-Ten Haken et al., 2012).

Concernant la méthode d'évaluation privilégiée par les nullipares lors de ce type de processus décisionnel, une seule étude s'est penchée sur le sujet (Galotti et al., 2000). Selon cette dernière, les femmes qui choisissent un médecin (qu'il soit MF ou OB) adoptent une approche plus analytique que celles qui choisissent une SF et elles évalueraient les avantages et les inconvénients des attributs perçus des suivis périnataux offerts avant de procéder au choix d'un type de professionnel.

Bien que les quelques études recensées précédemment apportent un certain éclairage sur des composantes associées au processus de choix des femmes enceintes, elles comportent des lacunes méthodologiques. Les résultats ont principalement été recueillis en fin de grossesse ou après l'accouchement. D'une part, cela peut introduire un biais de

mémoire chez les participantes. D'autre part, leur expérience de la maternité et de l'intervenant qui a assuré leur suivi périnatal peut aussi teinter les résultats. De plus, la grande majorité des études n'ont pas tenu compte de l'état de santé des femmes enceintes. Enfin, aucune étude n'a embrassé simultanément l'ensemble des facteurs relatifs au processus de choix d'un type de professionnel pour assurer le suivi périnatal. Par conséquent, ce processus demeure méconnu.

En présence de données scientifiques très limitées et en vue d'améliorer l'utilisation des ressources de première ligne en périnatalité au Québec, il est justifié d'explorer et de documenter le processus de choix des nullipares en santé dans un contexte où les services d'une SF, d'un MF ou d'un OB sont disponibles pour leur suivi périnatal sans contrainte financière, et où les SF offrent la possibilité de trois lieux d'accouchement (MdeN, domicile, CH).

**Chapitre 3**  
Modèle théorique et questions spécifiques de recherche

Le modèle théorique de cette thèse a été élaboré à partir de la version simplifiée du modèle théorique EBM (2001)<sup>33</sup> qui traite du processus de choix des consommateurs envers l'acquisition de produits ou de services de consommation. Le présent chapitre démontrera d'abord la pertinence d'avoir recours à ce modèle pour comprendre le processus de choix des nullipares envers leur suivi périnatal. Puis, le modèle théorique du processus de choix des nullipares, élaboré spécifiquement pour cette thèse, ainsi que les concepts qui y sont rattachés seront ensuite décrits. Finalement, l'objectif général et les questions spécifiques de recherche qui ont découlé du modèle théorique et qui ont guidé cette thèse seront présentés.

#### **Pertinence du modèle d'Engel, Blackwell et Miniard (2001)**

Avant de justifier le recours à un modèle théorique particulier pour documenter l'utilisation de services de santé, il s'avère important de distinguer la recherche faite sur la demande primaire de services de santé de celle faite sur la demande dite sélective (Kotler & Clarke, 1987).

---

<sup>33</sup>Le modèle EBM est passé par de nombreuses révisions et modifications (1968, 1973, 1978, 1982, 1986, 1995) jusqu'au dernier modèle proposé en 2001. À noter qu'avant d'être renommé EBM en 1986, le modèle se nommait EKB pour Engel, Kollat et Blackwell (Baharun & Mamood, 2019; Engel et al., 2006).

Pour étudier la question : « Dois-je consulter ou non tel service de santé? », qui correspond à une demande primaire de services de santé, il existe plusieurs modèles théoriques. Il y a le Health Belief Model (Rosenstock et al., 1988) ou le modèle d'utilisation de services de santé d'Andersen (1995), qui ont tous deux déjà été largement utilisés en recherche (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012; Munro et al., 2007, Rosenstock et al., 1988).

Toutefois, le cas des nullipares correspond davantage à une demande sélective de services de santé, puisque la décision de consulter un service est déjà prise. La question consiste plutôt à savoir quel service choisir parmi une panoplie de services. Or, peu de recherches ont traité de la demande sélective d'un service de santé et aucun modèle théorique n'aborde spécifiquement ce type de demande (Fischer et al., 2020; Gliedt et al., 2023). C'est ainsi que les modèles théoriques qui s'intéressent au comportement du consommateur entrent en jeu. Ces modèles se révèlent particulièrement utiles pour mettre en évidence le processus décisionnel lié à une demande sélective de service de santé (Kotler & Clarke, 1987) comme celle des nullipares lorsqu'elles doivent choisir entre une SF, un MF ou un OB pour assurer leur suivi périnatal.

Trois modèles théoriques classiques abordent le comportement du consommateur lors de l'acquisition de biens ou de services, soit le modèle de Nicosia (1966, cité dans Orji, 2013), le modèle d'Howard et Sheth (1973) et le modèle théorique EBM (2001) (Amine, 1999; Erasmus et al., 2001; Orji, 2013). Ces modèles ont été élaborés à la fin des années



soixante, en s'appuyant sur des concepts empruntés à d'autres champs disciplinaires comme l'économie et la psychologie, lors des premières tentatives de modélisation du comportement du consommateur en tant que discipline du marketing (Amine, 1999). Ces modèles, qui ont subi quelques modifications mineures au fil des années, sont considérés à ce jour comme étant les « grands modèles » du comportement du consommateur et demeurent des références incontournables pour la compréhension de ce sujet (d'Astous et al., 2018; Milner & Rosenstreich, 2013; Orji, 2013). Ces trois modèles se différencient toutefois sur certains points, notamment en ce qui concerne le contexte de la prise de décision, la considération de variables explicatives particulières pour décrire le processus décisionnel et sur les relations entre ces variables (Erasmus et al., 2001; Milner & Rosenstreich, 2013; Orji, 2013). Considérant ces éléments, voici les raisons pour lesquelles le modèle théorique EBM (2001) a été retenu parmi les trois modèles classiques pour appréhender le processus de choix des nullipares envers leur suivi périnatal.

Le premier grand modèle, soit celui de Nicosia (1966, cité dans Orji, 2013), est le plus ancien, le moins fréquemment utilisé et le moins complet (Orji, 2013). Il ne considère qu'un aspect particulier du comportement du consommateur en mettant l'accent essentiellement sur l'influence des communications (p. ex., la publicité) pour comprendre le processus décisionnel du consommateur (Milner & Rosenstreich, 2013; Orji, 2013). De ce fait, ce modèle peu pertinent et limitatif ne permet pas d'aborder le processus décisionnel des nullipares lors du choix de leur suivi périnatal.

Quant au deuxième modèle classique, soit celui d'Howard et Sheth (1973)<sup>34</sup>, il vise en premier lieu à décrire et à expliquer la répétition du choix d'une marque en particulier par le consommateur et est centré sur la formation d'attitudes. Bien qu'il soit plus complet que le modèle de Nicosia (1966, cité dans Orji, 2013), il n'a pas été retenu, puisque le choix qui fait l'objet de cette thèse n'est pas un choix répétitif, mais bien un choix initial.

Le troisième et dernier grand modèle, soit le modèle théorique EBM (2001)<sup>35</sup>, apparaît comme une option judicieuse pour appréhender le processus de choix des nullipares envers leur type de suivi périnatal pour plusieurs raisons. Ce modèle vise a priori à comprendre la résolution étendue de problèmes par le consommateur, c'est-à-dire lorsqu'il entreprend une recherche d'information approfondie sur un service convoité, participe à une réflexion importante ainsi qu'à une évaluation de ses possibilités de choix. Cette dernière se fait à partir des besoins qu'il cherche à combler en ayant recours au service et à partir de ses croyances et attitudes à l'égard des attributs perçus des services offerts (Engel et al., 2006).

Selon la littérature sur le comportement du consommateur, l'individu procéderait à une résolution étendue de problèmes dans deux situations : lorsqu'il perçoit une différence entre la variété des services offerts et lorsqu'il manifeste un haut degré d'implication envers le service convoité (Amine, 1999; Engel et al., 2006). Le degré d'implication de

---

<sup>34</sup>La première version du modèle d'Howard et Sheth a été élaborée en 1969 et a subi de légères modifications en 1973 (Howard & Sheth, 1973).

<sup>35</sup>La première version du modèle EBM a été publiée en 1968 (Baharun & Mahmood, 2019).

l'individu se définit comme « un état non observable de motivation, d'excitation ou d'intérêt envers un service » (Filser, 1994, p. 221). Un fort niveau d'implication serait associé aux situations suivantes : il s'agit de la première utilisation d'un service par l'individu et celui-ci associe l'utilisation du service à un degré de risque physique significatif et à une certaine réaction affective (douleur, peur, inconfort) (Engel et al., 2006; Pettigrew, 2002a).

Les connaissances à propos du processus de choix des nullipares envers le suivi périnatal sont limitées, mais il semble raisonnable d'avancer que les nullipares, du moins certaines d'entre elles, procèdent à une résolution étendue de problèmes. Les conditions associées à une résolution étendue de problèmes semblent effectivement présentes lors de ce processus de choix : il s'agit d'une première expérience avec ce service de santé et il est associé à un risque physique ainsi qu'à une réaction affective de peur et de douleur (Rublein & Muschalla, 2022; Ryding et al., 2015; Stoll et al., 2020). De plus, les nullipares peuvent remarquer les distinctions entre les attributs du suivi périnatal proposé par les SF, MF et OB. Enfin, la nature généralement non urgente du choix d'un suivi périnatal ainsi que la volonté croissante des femmes enceintes de prendre activement part aux décisions concernant leur grossesse et leur accouchement (ASPC, 2009) jumelées au désir des professionnels de la santé de soutenir l'autodétermination des utilisateurs des services de santé (Flora et al., 2016; Légaré, 2009; Nootens, 2018) seraient aussi favorables à une résolution étendue de problèmes.

Il demeure aussi plausible que certaines nullipares se dirigent vers un type de professionnel sans procéder à une résolution étendue de problèmes. Or, bien qu'il ait été initialement élaboré pour décrire la résolution étendue de problèmes, Engel et al. (2006) soutiennent que leur modèle peut également s'avérer utile pour documenter une résolution plus limitée de problèmes lors du choix d'un service, c'est-à-dire lorsque l'individu procède au choix d'un service sans effectuer une recherche approfondie d'information et sans effort conscient.

Enfin, le recours au modèle théorique EBM (2001) se justifie également par les raisons suivantes : (1) il permet d'appréhender le processus de choix d'un service peu documenté (Erasmus et al., 2001); (2) il a été appliqué avec succès au processus de choix de services de santé (Kotler & Clarke, 1987; Leduc, 1999), même s'il demeure peu utilisé dans ce domaine; (3) il est encore largement utilisé en recherche pour aborder, structurer et interpréter le comportement des consommateurs lors de l'acquisition d'un bien ou d'un service (Amine, 1999; Engel et al., 2006; Kotler et al., 2008; Panwar et al., 2019; Schiffman et al., 2012; Stankevich, 2017); et finalement (4) il n'a jamais été appliqué à l'étude du choix d'un suivi périnatal, ce qui permettra de valider s'il est adapté pour comprendre ce type de décision.

#### **Modèle d'Engel, Blackwell et Miniard (2001)**

Comme mentionné auparavant, le modèle théorique EBM (2001) porte sur le traitement de l'information et vise à modéliser le raisonnement du consommateur avant

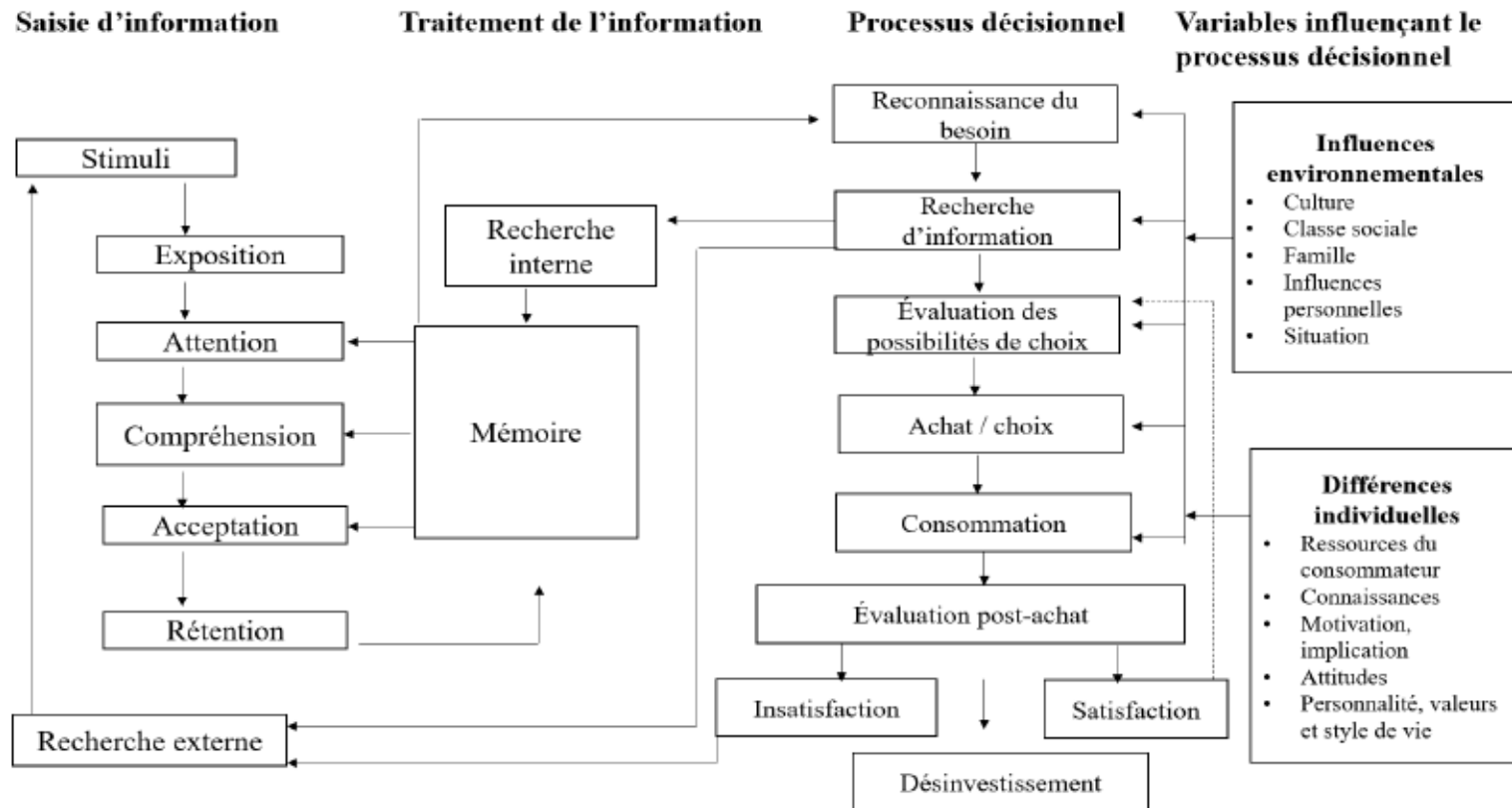
l'achat d'un bien ou le recours à un service. Ce modèle tient compte de plusieurs facteurs : les informations que le consommateur reçoit sur les produits ou les services, les composantes cognitives qu'il mobilise dans le traitement de l'information ainsi que les variables qui influencent son processus de décision, notamment l'ensemble de ses caractéristiques individuelles et environnementales (Engel et al., 2001).

Grâce aux collectes de données sur le terrain, le modèle théorique EBM, élaboré initialement en 1968, a connu en 1973, 1978, 1982, 1986, 1995 et 2001 une série de révisions et de modifications mineures de manière à couvrir toutes les étapes et variables qui entrent en jeu dans le processus de décision du consommateur (Engel et al., 2001, Milner & Rosenstreich, 2013). Une analyse de l'évolution de ce modèle à travers le temps démontre qu'une plus grande importance a été accordée aux composantes cognitives du consommateur et que certaines relations entre les variables endogènes (caractéristiques individuelles) et exogènes (caractéristiques environnementales) ont été clarifiées (Baharun & Mahmood, 2019).

Quatre grandes phases composent le modèle théorique EBM (2001) : (1) la saisie d'information; (2) le traitement de l'information; (3) le processus décisionnel; et (4) les variables qui influencent ce processus (voir Figure 1).

Figure 1

Modèle du comportement du consommateur



Source. Engel et al., 2006, p. 85<sup>36</sup> [traduction libre]

<sup>36</sup>Voir Appendice A pour la version originale anglaise du « Modèle du comportement du consommateur » (Engel et al., 2006 p. 85).

Le modèle théorique EBM (2001) met l'accent sur la phase du processus décisionnel vécu par le consommateur et est envisagé selon les sept étapes séquentielles suivantes :

1. La reconnaissance du besoin;
2. La recherche d'information (interne et externe);
3. L'évaluation des possibilités de choix;
4. L'achat (ou le choix d'un service);
5. La consommation;
6. L'évaluation post-achat;
7. Le désinvestissement.

En raison de la complexité de ce modèle et de l'impossibilité de mesurer empiriquement l'ensemble de ses composantes, la plupart des auteurs, dont Erasmus et al. (2001), Kotler et al. (2008) ainsi qu'Engel et al. (2006), suggèrent d'explorer un processus de choix peu documenté avec une version simplifiée du modèle théorique EBM (2001) et de se concentrer sur la phase du processus décisionnel du consommateur, soit la reconnaissance du besoin, la recherche d'information, l'évaluation des possibilités de choix et le choix d'un service. Cette suggestion sera prise en compte et mise en application pour aborder le processus de choix des nullipares envers leur type de suivi périnatal. Ainsi, les quatre premières étapes du processus décisionnel seront au cœur de la présente thèse.

Finalement, et comme le souligne Filser (1994), les étapes du processus décisionnel du modèle EBM font l'objet d'un large consensus dans la littérature scientifique et ont

servi de base à un grand nombre d'études<sup>37</sup> et d'ouvrages pédagogiques consacrés à l'explication du comportement d'achat du consommateur<sup>38</sup>. Dans cette perspective, les travaux de Kotler et Clarke (1987), Kotler et ses collègues (2008) et d'Astous et al. (2018), qui s'appuient sur le modèle EBM, ont aussi été mobilisés dans le cadre de cette thèse pour enrichir la compréhension des étapes du processus décisionnel du modèle EBM.

### **Application du modèle théorique au processus décisionnel des femmes enceintes**

Le modèle théorique EBM (2001) simplifié mobilisé dans cette thèse se décompose en trois niveaux représentés par les trois grands rectangles de la Figure 2 : (1) le processus décisionnel correspond au rectangle interne central; (2) les facteurs individuels, situés dans le rectangle intermédiaire, influencent directement l'ensemble des étapes du processus décisionnel de la femme enceinte; et (3) les facteurs d'environnement externe, situés dans le rectangle extérieur, agissent sur les facteurs individuels et indirectement sur les étapes du processus décisionnel. Comme mentionné précédemment, la présente thèse se concentrera sur les quatre premières étapes du processus décisionnel, de même que sur certains facteurs individuels. Ces quatre étapes ont été renommées dans la Figure 2 pour correspondre à la réalité du choix d'un suivi périnatal :

---

<sup>37</sup>Une recherche par mots clés dans Google Scholar révèle que le modèle EBM a été cité dans plus de 14 000 articles. [https://scholar.google.ca/scholar?start=0&q=Engel.+J.F.,+Blackwell,+R.D.+%26+Miniard,+P.W.+Consumer+Behavior&hl=fr&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.ca/scholar?start=0&q=Engel.+J.F.,+Blackwell,+R.D.+%26+Miniard,+P.W.+Consumer+Behavior&hl=fr&as_sdt=0,5)

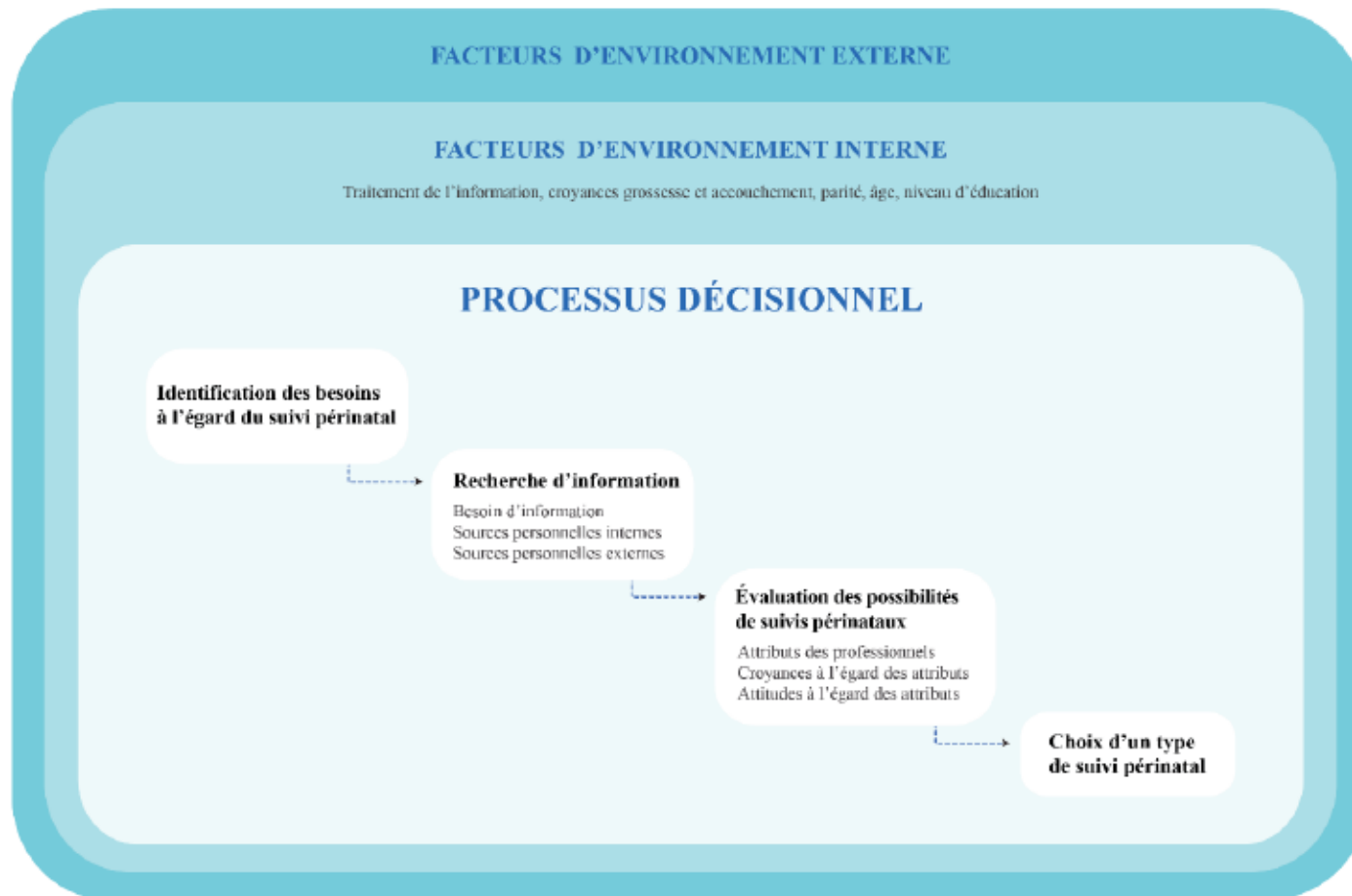
<sup>38</sup>Les manuels de marketing et les chercheurs en comportement du consommateur utilisent parfois des termes légèrement différents. Néanmoins, l'étude du comportement des consommateurs se concentre principalement sur les étapes du processus décisionnel du modèle EBM et sur la manière dont divers facteurs influencent chacune de ces étapes.



- Étape 1 : la reconnaissance du besoin devient l'identification des besoins à l'égard du suivi périnatal.
- Étape 2 : la recherche d'information ne change pas d'appellation.
- Étape 3 : l'évaluation des possibilités de choix devient l'évaluation des possibilités de suivis périnataux.
- Étape 4 : le choix d'un service devient le choix d'un type de suivi périnatal (SF, MF, OB).

**Figure 2**

*Modèle théorique du processus décisionnel des femmes enceintes envers un type de professionnel pour leur suivi périnatal*



Source. Engel et al., 2006, p. 85.

De plus, puisque les participantes à cette recherche ont été soumises sensiblement aux mêmes facteurs d'environnement externe, ces derniers sont ainsi contrôlés. Les détails sociodémographiques des participantes et leur accès aux différents services seront abordés dans le Chapitre 4.

### **Définition des concepts**

Cette section aborde de manière plus approfondie les concepts clés du modèle théorique EBM (2001) qui ont été retenus pour élaborer le modèle théorique du processus décisionnel des femmes enceintes. L'explication de ces concepts mettra en lumière la façon dont ils s'appliquent au processus qui mène au choix d'un type de suivi périnatal.

#### **Facteurs d'environnement externe**

Selon la littérature scientifique, les facteurs qui exercent une influence sur les facteurs individuels et le processus décisionnel sont : l'environnement socioculturel et économique, l'organisation et l'offre de services d'obstétrique ainsi que la disponibilité des ressources humaines pour assurer le suivi périnatal (Fisher et al., 2006; Hundley & Ryan, 2004; Pavlova et al., 2009). L'accessibilité et la disponibilité des types de professionnels varient au sein des régions sociosanitaires québécoises (MSSS, 2018). Par conséquent, cette recherche a été volontairement menée au sein d'une région sociosanitaire québécoise qui offre aux femmes enceintes la possibilité de choisir entre une SF, un MF ou un OB pour assurer leur suivi périnatal. Ainsi, la possibilité de choix est identique pour toutes les femmes en ce qui a trait à la disponibilité des services.

### **Facteurs d'environnement interne**

Selon la recension des écrits, les facteurs individuels propres à la femme enceinte relèvent de deux groupes : (1) le traitement de l'information qui repose sur le niveau initial d'information de la femme à propos du service, le temps dont elle dispose pour obtenir cette information, la facilité à obtenir de l'information supplémentaire et la satisfaction engendrée par la quête d'information (d'Astous et al., 2018); et (2) ses croyances envers la grossesse et l'accouchement en tant qu'évènement naturel ou médical à risque élevé de complications (Howell-White, 1997; Preis & Benjamini, 2017; Wilson & Sirois, 2010). Ces croyances, teintées notamment par l'environnement socioculturel des femmes ainsi que par l'organisation de l'offre de services, influencent le niveau de risque perçu envers les différents choix de suivis périnataux (Fisher et al., 2006; Hundley & Ryan, 2004; Hadjigeorgiou et al., 2012). Finalement, d'après la recension des écrits, trois caractéristiques sociodémographiques maternelles, soit l'âge, la parité (nombre d'accouchements antérieurs de plus de 20 semaines) et le niveau d'éducation, influenceraient au moins une des étapes du processus décisionnel des nullipares (Arcia, 2015; Hoerger & Howard, 1995; Galotti et al., 2000).

### **Processus décisionnel**

Comme mentionné précédemment, le processus décisionnel issu du modèle théorique EBM (2001) simplifié et adapté à la réalité des nullipares se décompose en quatre étapes : (1) l'identification des besoins à l'égard du suivi périnatal; (2) la recherche d'information;

(3) l'évaluation des possibilités de suivis périnataux; et (4) le choix d'un type de suivi périnatal.

### *Identification des besoins à l'égard du suivi périnatal*

À la suite d'un évènement déclencheur, qui peut être interne (devenir enceinte) ou externe (témoignages d'accouchements), la femme reconnaît le besoin de recourir à un suivi périnatal et elle identifie les besoins à combler à cet égard (Engel et al., 2006). Ces derniers sont influencés par les facteurs individuels. Par exemple, une femme pourrait identifier le besoin de recourir à un suivi périnatal après la confirmation de sa grossesse. Si cette femme envisage le processus de la grossesse et de l'accouchement comme étant naturel, elle pourrait identifier le besoin d'être suivie par un professionnel qui offre une variété de moyens non pharmacologiques pour le soulagement de la douleur.

### *Recherche d'information*

En fonction des besoins identifiés à l'égard du suivi périnatal, la femme enceinte entreprend une recherche d'information qui peut être plus ou moins importante. Cette recherche s'effectue à partir de sources internes d'information, soit l'information stockée en mémoire, telle la satisfaction associée à l'utilisation passée d'un service de santé (Engel et al., 2001; Kotler & Clarke, 1987). Cette recherche d'information est complétée au besoin par la consultation de sources externes d'information telles des sources profanes d'information (amis, famille), des sources professionnelles (médecins, infirmières, sites Web des cliniques médicales) et des sources publiques (médias) (Engel et al., 2001; Kotler

et al., 2008). Le besoin d'information, le nombre et le type de sources d'information (internes ou externes) que les femmes sollicitent ainsi que l'importance que revêtent les sources d'information pour elles seraient influencés par les facteurs individuels propres à la femme (Engel et al., 2006). Ainsi, selon la littérature scientifique, il est possible que les femmes enceintes qui souhaitent utiliser les services de SF envisagent la grossesse et l'accouchement comme étant des événements naturels (Howell-White, 1997). De plus, ces femmes manifesteront peut-être un haut degré d'implication et, par conséquent, un fort degré d'autodétermination par rapport au choix de leur suivi périnatal. Ces caractéristiques favoriseraient une quête d'information approfondie préalable à leur choix et permettraient à la femme enceinte d'obtenir de l'information sur les attributs des différents professionnels (SF, MF, OB) pouvant assurer son suivi périnatal (d'Astous et al., 2018; Engel et al., 2006).

#### *Évaluation des possibilités de suivis périnataux*

Les attributs, soit les caractéristiques perçues à propos d'un type de professionnel, varient selon les facteurs individuels de la femme et selon l'importance qu'elle accorde aux besoins à combler lors d'un suivi périnatal (Engel et al., 2006). La femme enceinte développera des croyances et des attitudes (favorables ou défavorables) à l'égard des attributs perçus (d'Astous et al., 2018).

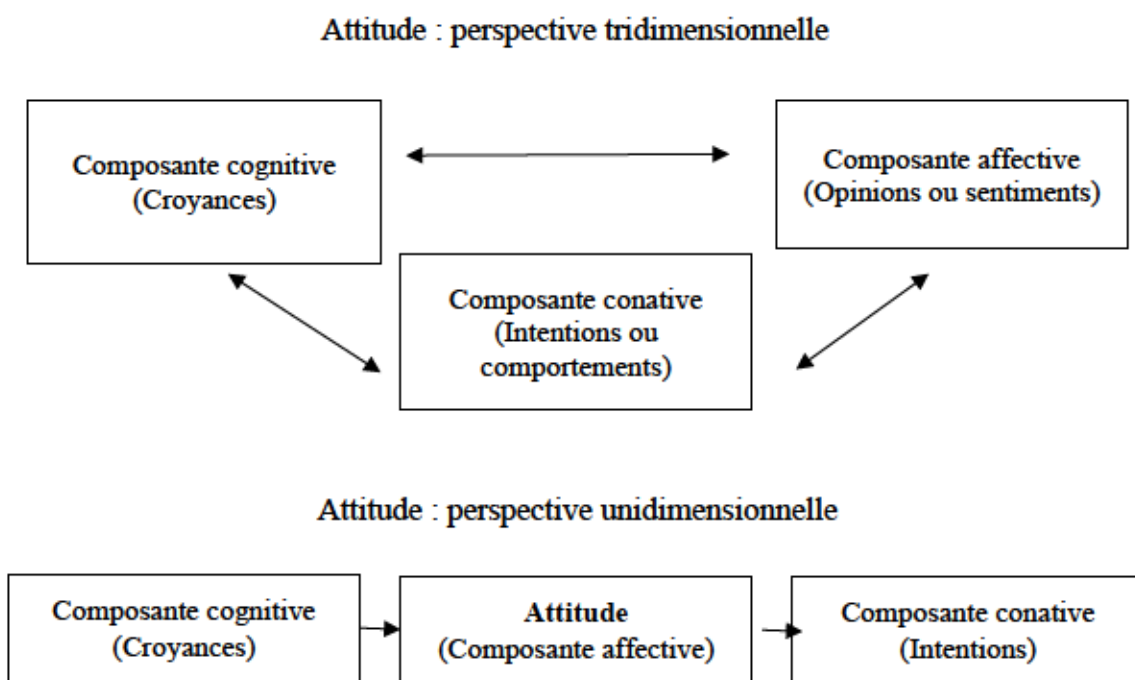
Généralement, les attitudes d'une personne envers un objet sont considérées comme étant tridimensionnelles, soit composées de trois dimensions : (1) cognitive (croyances à l'égard de l'objet); (2) affective (opinion ou sentiment à l'égard de l'objet); et (3) conative

(intentions ou comportements se rapportant à l'objet) (d'Astous et al., 2018; Pettigrew, 2002b). C'est à partir de cet ensemble de dimensions que peut être analysée une attitude. Or, la recherche sur le comportement du consommateur et le modèle EBM utilisent plutôt une perspective unidimensionnelle (Amine, 1999; d'Astous et al., 2018; Engel et al., 2001). Cette perspective est fondée sur la théorie des attitudes proposée par Fishbein (1963, cité dans d'Astous et al., 2018) et sur des notions béhavioristes de l'apprentissage (d'Astous et al., 2018; Pettigrew, 2002b). Les trois dimensions mobilisées par la perspective tridimensionnelle n'y sont pas évacuées, mais comme le présente la Figure 3, la perspective unidimensionnelle place l'attitude au sein de la dimension affective plutôt que comme résultat des trois dimensions (d'Astous et al., 2018; Pettigrew, 2002b). De plus, cette perspective ajoute un lien causal entre ces dimensions, c'est-à-dire entre (1) la croyance; (2) l'attitude; et (3) l'intention (Amine, 1999; d'Astous et al., 2018).

Selon cette relation causale, la croyance (i), définie comme étant la représentation mentale d'une association entre l'objet d'attitude (p. ex., suivi périnatal avec un obstétricien) et son attribut (p. ex., haut taux de césariennes), entraîne la formation d'une attitude positive ou négative (ii), qui, finalement, aboutit sur une intention (iii). Celle-ci mène ultimement à un comportement (p. ex., choisir ou éviter un suivi avec obstétricien). Voir l'exemple donné à la Figure 4. Cette perspective considère donc que l'attitude est une variable distincte des croyances (dimension cognitive) et des intentions (dimension conative). L'attitude s'inscrit donc ici uniquement dans la composante affective, soit l'aspect évaluatif lié à l'objet d'attitude (Amine, 1999).

Figure 3

*Comparaison des perspectives tridimensionnelle et unidimensionnelle de l'attitude*



*Source.* d'Astous et al., 2018, pp. 163-164.

Selon cette relation causale, la croyance (i), définie comme étant la représentation mentale d'une association entre l'objet d'attitude (p. ex., suivi périnatal avec un obstétricien) et son attribut (p. ex., haut taux de césariennes), entraîne la formation d'une attitude positive ou négative (ii), qui, finalement, aboutit sur une intention (iii). Celle-ci mène ultimement à un comportement (p. ex., choisir ou éviter un suivi avec obstétricien). Voir l'exemple donné à la Figure 4. Cette perspective considère donc que l'attitude est une variable distincte des croyances (dimension cognitive) et des intentions (dimension conative). L'attitude s'inscrit donc ici uniquement dans la composante affective, soit l'aspect évaluatif lié à l'objet d'attitude (Amine, 1999).

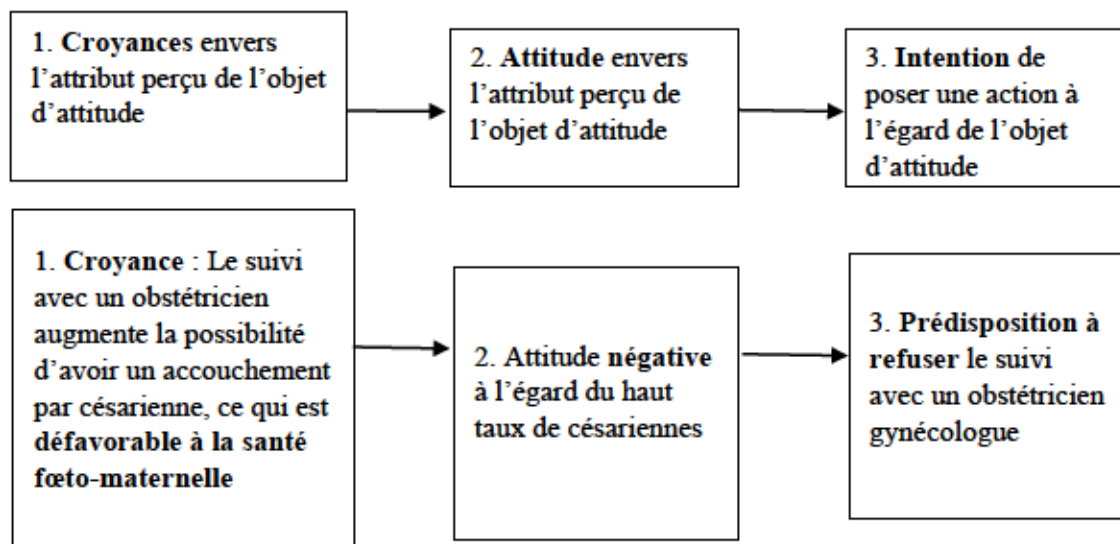


Figure 4

*Exemple d'analyse d'attitude selon la perspective unidimensionnelle*

**Objet d'attitude** : Suivi périnatal offert par un obstétricien

**Attribut perçu** : Haut taux de césariennes



*Source.* d'Astous et al., 2018, pp. 163-164.

Par exemple, une femme enceinte qui envisage le processus de la grossesse et de l'accouchement comme étant naturel pourrait attribuer aux OB un haut taux de césariennes. Selon les perceptions de cette femme, cet attribut perçu augmenterait la possibilité d'avoir un accouchement par césarienne qui, selon elle, serait défavorable à la santé fœto-maternelle. Elle pourrait alors ne pas choisir un suivi avec un OB. En revanche, si une femme enceinte envisage le processus de la grossesse et de l'accouchement comme étant à risque élevé de complications, elle pourrait associer le taux élevé de césariennes des OB à de meilleures compétences cliniques et à des résultats de santé fœto-maternelle favorables.

Afin de déterminer le type de professionnel le plus susceptible de répondre à ses besoins, la femme combinera et comparera ses croyances et attitudes à propos de chaque attribut en utilisant soit un modèle de décision compensatoire ou non compensatoire (Engel et al., 2006). Ces modèles varient selon leurs principes de fonctionnement et peuvent aboutir à des résultats différents à propos de l'évaluation globale d'un service.

Le modèle compensatoire suppose que la femme enceinte possède l'information complète sur les multiples attributs d'un professionnel, qu'elle est capable de les balancer mathématiquement et d'exprimer une attitude plus ou moins favorable ou défavorable envers ces derniers (Engel et al., 2006). À cet égard, les attributs du professionnel envisagé considérés favorables viendraient « compenser » les attributs jugés défavorables. Par exemple, la perception d'une très bonne disponibilité du professionnel viendrait compenser une faible qualité relationnelle perçue. Ainsi, l'évaluation globale d'un professionnel, associé à plusieurs attributs, serait égale à la somme pondérée de l'attitude à l'égard de chaque attribut (Engel et al., 2006).

Quant au modèle non compensatoire, il présume que les femmes enceintes seraient plus enclines à accepter ou à rejeter un type de professionnel en se basant sur un ou deux attributs qu'elles considèrent à la fois comme nécessaires et suffisants pour prendre leur décision sans nécessairement considérer l'ensemble des attributs perçus (d'Astous et al., 2018; Engel et al., 2006). Selon les résultats de l'étude de Galotti et al. (2000), soit la seule étude qui a abordé le nombre d'attributs considérés lors du choix d'une SF ou d'un

médecin (qu'il soit MF ou OB), les femmes accorderaient beaucoup d'importance à un faible nombre d'attributs (3) lors du choix d'un professionnel accoucheur. Par conséquent, il est probable que les femmes enceintes privilégient le modèle non compensatoire lors du choix d'un type de professionnel pour assurer leur suivi périnatal.

#### *Choix d'un type de suivi périnatal*

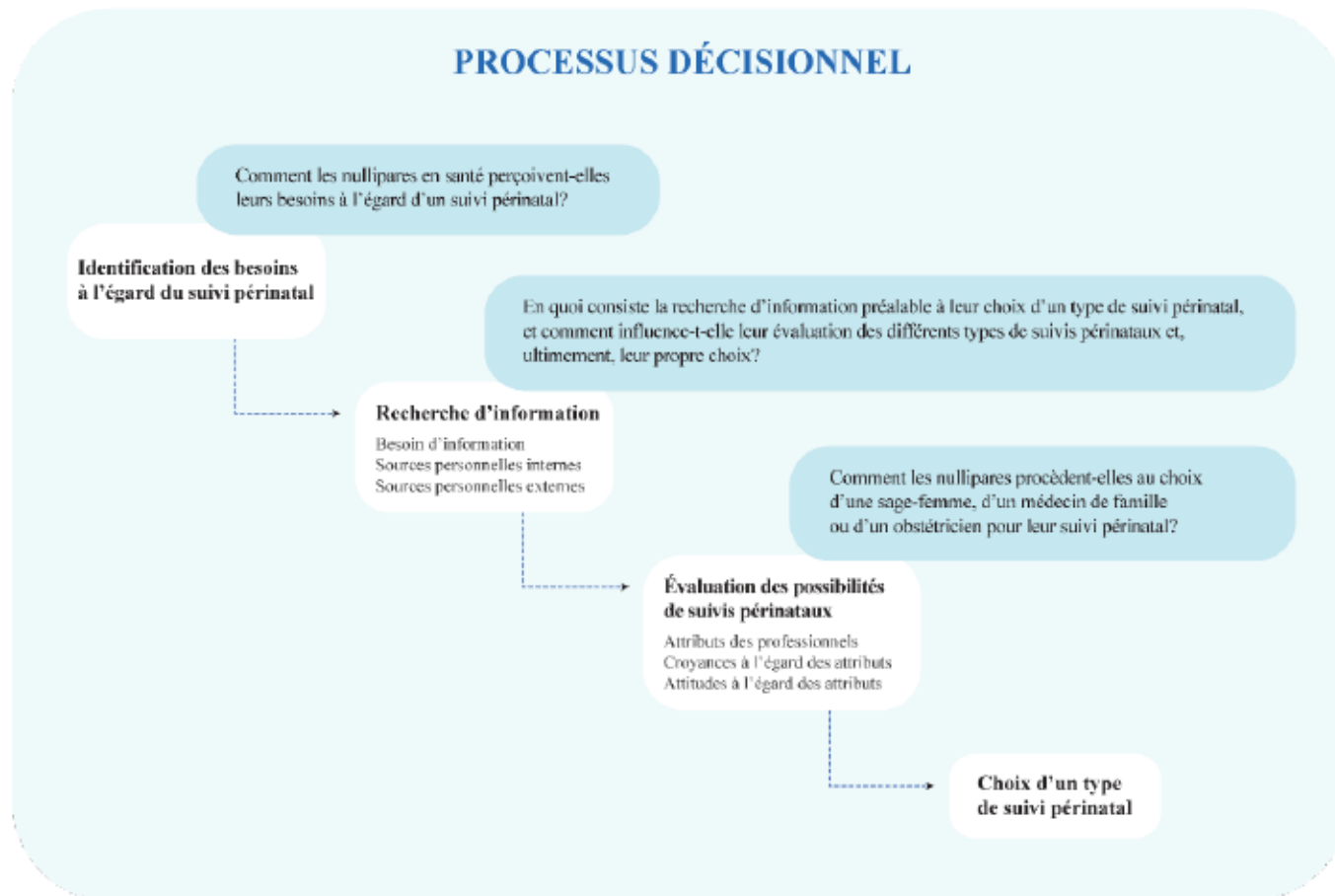
L'évaluation du service mène les femmes enceintes au choix d'un des types de professionnel (SF, MF, OB) pouvant assurer leur suivi périnatal en sein du système de santé québécois. Le choix d'un suivi périnatal avec une SF implique également un choix de lieu de naissance, soit la MdeN, le domicile ou le CH. Avec un MF ou un OB, le lieu de naissance sera toujours le CH.

#### **Objectif général et questions spécifiques de recherche**

La présente étude a pour objectif général de comprendre ce qui caractérise le processus de choix qui mène à la sélection d'un type de professionnel (SF, MF, OB) par les nullipares en santé pour leur suivi périnatal. En s'appuyant sur la version simplifiée du modèle théorique EBM (2001) présenté précédemment, trois questions de recherche spécifiques se dégagent (voir Figure 5).

**Figure 5**

*Questions de recherche selon le modèle théorique du processus décisionnel des femmes enceintes envers un type de professionnel pour leur suivi périnatal*



- Comment les nullipares en santé perçoivent-elles leurs besoins à l'égard d'un suivi périnatal selon le choix d'un type de professionnel ?
- En quoi consiste la recherche d'information préalable à leur choix d'un type de suivi périnatal, et comment cette dernière influence-t-elle leur évaluation des différents types de suivis périnataux et, ultimement, leur propre choix?
- Comment les nullipares procèdent-elles au choix d'une SF, d'un MF ou d'un OB pour leur suivi périnatal?

**Chapitre 4**  
**Cadre méthodologique**

Ce quatrième chapitre expose les choix méthodologiques qui ont été faits pour répondre à nos questions de recherche. D'abord, le type de recherche utilisé et les justifications de ce choix seront expliqués. Par la suite, nous décrirons les stratégies de recrutement et les outils de collecte de données utilisés pour mener cette recherche. Le déroulement de la recherche, son cadre d'analyse et les moyens pris pour en assurer la scientificité seront ensuite présentés. Les considérations éthiques concluront ce chapitre.

#### **Devis de recherche**

Les questions de recherche de cette thèse visent d'abord à décrire, à partir des perceptions des nullipares, leurs besoins envers un suivi périnatal, leur recherche d'information préalable au choix d'un suivi ainsi que leurs perceptions et attitudes à l'égard des attributs du suivi périnatal offert par la SF, le MF et l'OB. Ces questions visent aussi à comprendre comment ces composantes influencent le choix de l'un de ces types de professionnel pour assurer leur suivi périnatal, tout en étant sensibles au contexte dans lequel se déroule ce choix. Puisque les questions de recherche sont de nature descriptive et compréhensive, il s'avérait tout à fait approprié de mener une recherche de type qualitative (Morse, 2012; Thorne, 2016). Celle-ci permet notamment de comprendre comment et pourquoi les individus pensent et se comportent d'une certaine façon dans un contexte donné (Morse, 2015; Thorne, 2016; Vaismoradi et al., 2013).

La recherche qualitative regroupe cinq grandes approches traditionnelles, soit la phénoménologie, l'ethnographie, l'étude de cas, la théorisation ancrée et l'approche narrative (Creswell, 2017). Elles se distinguent selon leurs fondements, leur objet d'étude, leurs démarches de recherche et leurs finalités (Creswell, 2017). Or, les objectifs de cette thèse ne correspondent pas à l'objet d'étude et aux finalités poursuivies par les approches traditionnelles de recherche qualitative. Ils ne visent pas l'essence même du processus décisionnel<sup>39</sup> (approche phénoménologique), la culture d'un groupe (approche ethnographique), la description d'un système bien délimité (étude de cas), le développement d'une théorie (théorisation ancrée) ou la communication humaine (approche narrative) (Creswell, 2017; Percy et al., 2015). Ainsi, pour répondre à nos questions de recherche, plutôt que de dénaturiser l'une de ces approches, nous avons choisi d'avoir recours à une recherche qualitative générique comme le conseillent Morse (2012), Sandelowski (2010) et Thorne (2016). De plus, trois caractéristiques de notre recherche justifient le recours à ce type de recherche : (1) elle traite d'attitudes et de processus; (2) le modèle théorique utilisé propose des composantes (catégories, thèmes et sous-thèmes) à approfondir à partir de la perspective de participants; et (3) le corpus de connaissances, en l'occurrence celui sur le processus décisionnel des nullipares, est limité (Percy et al., 2015).

---

<sup>39</sup>Cette approche viserait à décrire et à comprendre la signification du processus décisionnel pour les nullipares, ce qui n'est pas l'objet de nos questions de recherche.



Contrairement aux approches traditionnelles de recherche, la recherche qualitative générique n'est pas guidée par un ensemble de principes philosophiques et ne possède pas de stratégie de recherche strictement définie (Mason, 2017). C'est l'information convoitée par le chercheur qui guide sa stratégie de recherche et non l'inverse (Kahlke, 2014; Mason, 2017; Thorne, 2016). La liberté et la flexibilité offertes par cette approche ont permis d'aborder le processus décisionnel des nullipares selon nos questions de recherche et de procéder à des choix méthodologiques pertinents pour y répondre (Kahlke, 2014). Par ailleurs, la cohérence entre les questions de recherche et la manière de mener cette dernière contribue à la rigueur scientifique de cette thèse (Thorne, 2016).

### **Positions paradigmatiques, théoriques et disciplinaires**

La recherche qualitative générique implique la divulgation et la prise en compte du positionnement disciplinaire de la chercheuse (Morse, 2015). La chercheuse est en quelque sorte un instrument de recherche (Merriam & Tisdell, 2016). Ainsi, les interprétations proposées à l'égard de l'objet d'étude sont inévitablement teintées par la perspective de la chercheuse, et ce, malgré les mesures mises en place pour en assurer la validité (Morse, 2015; Sandelowski, 2010).

La chercheuse de cette thèse est SF depuis 1999. Elle a pratiqué à titre de SF en Ontario et dans deux régions au Québec et a été responsable de plusieurs suivis périnataux. Elle occupe le poste de professeure au département SF de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) depuis plus de 20 ans. Au cours de ces années, elle a obtenu une maîtrise

en santé publique et a complété la scolarité d'un doctorat en santé publique, concentration organisation des soins et services de santé.

Elle envisage la grossesse et l'accouchement comme un processus naturel et comme une expérience humaine marquante dans ses dimensions physique, psychologique et sociale. Selon elle, le suivi périnatal a une influence importante sur l'expérience de la maternité. Elle reconnaît les effets positifs du suivi offert par la SF, qui mise notamment sur la prévention et la promotion de la santé et sur l'autodétermination des femmes, pour améliorer l'état de santé des mères et nouveau-nés et ultimement du bien-être de la population. Elle croit que l'on doit soutenir les femmes à faire des choix éclairés en matière de soins et services de santé, tout en les incitant vers une utilisation judicieuse et efficace des ressources humaines et financières de santé.

### **Stratégie de recrutement**

Cette prochaine section présente le choix du type d'échantillonnage, des critères d'admissibilité des participantes et de la taille de l'échantillon. Ces choix ont été faits en fonction de nos objectifs de recherche et de la méthode d'analyse retenue. La stratégie déployée pour le recrutement des participantes ainsi que la description des participantes de cette étude seront ensuite présentées.

### **Échantillonnage intentionnel par choix raisonné**

Le choix des participantes s'est effectué principalement sur la base de leur représentativité par rapport à nos questions de recherche plutôt que dans le but d'assurer une représentativité statistique (Morse & Richard, 2013). Selon Mason (2017), la division de l'échantillon en catégories jugées pertinentes par la chercheuse permettrait la comparaison de celles-ci. Ainsi, une stratégie d'échantillonnage intentionnel par choix raisonné a été privilégiée afin de pouvoir déterminer à l'avance certaines caractéristiques des participantes et d'établir des comparaisons entre la nature du processus de choix des femmes selon le type de professionnel choisi (Morse & Richard, 2013; Thorne, 2016).

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les cinq critères d'inclusion suivants ont guidé le recrutement des participantes.

- 1) Le critère « femme enceinte à faible risque (en santé) » a été choisi, car les femmes à risque élevé de complications doivent être obligatoirement suivies par des OB et par conséquent, n'ont pas le choix d'opter pour un autre type de suivi périnatal<sup>40</sup>.
- 2) Le critère « nullipare » a été retenu, puisque la satisfaction ressentie lors d'un premier suivi périnatal est un déterminant important du recours subséquent à un même type de suivi périnatal (Kotler et al., 2008). Ainsi, il apparaît pertinent de documenter plus spécifiquement le processus menant au choix d'un suivi périnatal

---

<sup>40</sup>La grossesse a été considérée à faible risque lors de l'absence de conditions médicales maternelles, comme il est établi dans le règlement québécois sur les risques obstétricaux. Ce dernier détermine l'admissibilité des femmes enceintes au suivi périnatal avec une SF (Gouvernement du Québec, n.d.; Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. RLRQ, S-0.1, r. 4).

auprès des nullipares. Ce faisant, il sera plus facile de déterminer les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour soutenir leur choix, notamment en leur faisant part de leurs possibilités de choix lors d'un premier suivi, et pour les inciter à avoir recours au suivi SF, et par conséquent aux ressources de première ligne en périnatalité.

- 3) Le critère « résidente de la région desservie par le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR)<sup>41</sup> » a été appliqué, puisque les services fournis par les trois types de professionnels (SF, MF, OB) sont disponibles pour les femmes du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux de Trois-Rivières.
- 4) Le critère « être suivie par son premier choix de professionnels » a été retenu afin d'étudier une situation de choix réelle quant au suivi périnatal. Ce critère a été retenu afin de s'assurer que les femmes ont eu accès au professionnel de leur choix, et ce, sans refus de la part d'un autre type de professionnel. Bien que selon des communications personnelles les trois types de professionnels aient attesté qu'ils n'avaient refusé l'accès à un suivi périnatal à aucune femme enceinte au cours des deux années précédant la collection de données de cette étude<sup>42</sup>, nous désirions

---

<sup>41</sup>La collecte de données de cette thèse s'est effectuée avant le projet de loi 10 entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015 (aussi nommée la réforme Barette). À la suite de cette réforme, presque tous les établissements de santé ont été fusionnés au sein de 22 CIUSSS ou CISSS (Bourque & Lachapelle, 2018). Ainsi, le CSSSTR est depuis regroupé sous la bannière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ). Toutefois, dans cette section qui porte sur la collecte des données et les résultats, le terme CSSSTR sera employé.

<sup>42</sup>Cette information a été obtenue par l'entremise de communications personnelles : Bussière, Véronique, M.D. F.C.R.S.C. - Obstétrique gynécologie, Clinique de gynécologie et d'obstétrique de Trois-Rivières, 12 septembre 2014; Baron, Mireille, M.D. Clinique de périnatalité de Trois-Rivières, 9 septembre 2014; Goupil, Erica., SF, Maison de naissance de la Rivière, Nicolet, 16 septembre 2024.

valider ce critère afin d'attester de la disponibilité des services lorsque la femme a procédé au choix de son type de suivi périnatal.

- 5) Le critère « être suivie par un MF, un OB ou une SF membre de l'OSFQ » a été retenu, puisqu'il est possible que des femmes optent pour les services offerts par des femmes non-membres de l'OSFQ, (c.-à-d. SF illégales) pour leur suivi périnatal<sup>43</sup>. De plus, il demeure possible qu'une minorité de femmes aient sciemment choisi de ne pas être suivies pour leur grossesse et accouchement. Ce critère a également permis de stratifier notre échantillon, comme nous le décrivons dans le prochain paragraphe afin de pouvoir répondre à nos questions de recherche.

Le critère « avoir déjà été enceinte » est le seul critère d'exclusion qui a été retenu pour cette étude. Les femmes qui avaient déjà eu un avortement, qu'il soit spontané (fausse-couche) ou thérapeutique, ont été exclues de cette étude. Ce critère a permis de s'assurer qu'il s'agissait bien de femmes nulligestes, c'est-à-dire qui n'avaient jamais été enceintes. Ainsi, leur processus de choix ne serait pas teinté par le recours antérieur à des services périnataux de SF, MF ou OB.

---

<sup>43</sup>Les services offerts par ces femmes se distinguent de ceux offerts par les SF au sein du réseau sociosanitaire québécois, car elles possèdent des compétences variées et non reconnues au sein du système professionnel québécois, et elles demandent, dans la plupart des cas, une contribution financière de la part des femmes enceintes pour accéder à leurs services.

### **Taille de l'échantillon**

La taille de notre échantillon a été déterminée a priori. Ce choix méthodologique a fait l'objet de nombreux débats au cours des dernières années (Braun & Clarke, 2016; Emmel, 2015; Fugard & Potts, 2015, 2016). En effet, certains devis de recherche qualitative bénéficiant d'une longue tradition, notamment celle de la théorisation ancrée, suggèrent fortement de ne pas fixer la taille de l'échantillon à l'avance afin qu'elle puisse être modifiée pendant l'étude (Thorne, 2016). Or, d'autres auteurs stipulent que la détermination à l'avance de la taille de l'échantillon est possible pour autant que ce choix soit aligné avec la stratégie de recherche empruntée (Baker & Edwards, 2012).

La taille de notre échantillon devait nous permettre de répondre à nos questions de recherche (Mason, 2017). De ce fait, elle devait mener à l'obtention d'une description suffisamment complète du processus décisionnel et donc des éléments suivants : (1) les besoins des nullipares envers leur suivi périnatal; (2) le processus de recherche d'information préalable au choix d'un suivi; et (3) l'évaluation des possibilités de suivis. Le nombre de participantes devait permettre aussi de dégager et de comparer le processus décisionnel en fonction du type de professionnel choisi (SF, MF, OB). En considérant que nos données allaient être analysées à l'aide d'une analyse thématique, le nombre de participantes par groupe a été déterminé en se basant sur les quelques recherches méthodologiques disponibles qui ont porté sur le nombre de participants requis lors d'analyse thématique afin d'atteindre la saturation empirique. Cette dernière est atteinte

lorsque les derniers entretiens n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier une augmentation du nombre de participants (Guest et al., 2006).

Selon Guest et al. (2006), en présence d'objectifs de recherche clairement définis, d'un échantillon homogène et de l'utilisation d'un guide d'entretien semi-structuré, un nombre de 12 participants permettrait de définir l'ensemble des thèmes et plus de 90 % des codes. Selon Francis et al. (2010), la saturation empirique surviendrait après le 15<sup>e</sup> entretien, mais sous certaines conditions : lorsque les thèmes abordés lors des entretiens avec les participants sont définis à l'avance à partir d'une théorie existante. À la lueur de ces constats, et puisque l'ensemble des conditions favorables décrites par ces auteurs correspondent à celles mises de l'avant dans cette thèse, un nombre de 15 participantes a été établi pour chacun des groupes de professionnels (nullipares suivies par une SF, un MF ou un OB) cumulant ainsi un total de 45 participantes.

### **Recrutement des participantes**

Le recrutement des participantes a commencé en septembre 2014 et s'est terminé en avril 2015. Dans un premier temps, deux stratégies de recrutement ont été déployées pour solliciter les participantes : (1) des affiches invitant les femmes enceintes à participer à la recherche ont été posées sur des murs du Centre St-Joseph qui relève du CSSSTR et de la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet (voir Appendice B); et (2) une présentation orale de la recherche a été faite auprès de femmes enceintes lors de leur premier cours prénatal au Centre St-Joseph. Les cours prénataux sont offerts à l'ensemble des femmes

enceintes desservies par le CSSSTR. Les SF, les MF et les OB assurant le suivi périnatal de l'ensemble des femmes enceintes de Trois-Rivières complètent un avis de grossesse pour chaque femme lors du premier rendez-vous de leur suivi périnatal. En se référant à la liste établie à partir de ces avis, la responsable de l'organisation des cours prénataux au Centre St-Joseph invite les femmes à participer à une série de sept cours prénataux. Habituellement, les femmes enceintes se présentent au premier cours lors du premier ou au début du deuxième trimestre.

Lors de ces premiers cours prénataux, avant la pause de la première partie du cours, la chercheuse a effectué une présentation d'environ 15 minutes. Elle s'est présentée à titre d'étudiante au doctorat et a expliqué son projet de recherche. La chercheuse a exposé les objectifs et la nature de la recherche, son déroulement, les moyens mis en œuvre pour préserver la confidentialité des participantes, les avantages et inconvénients liés à leur participation, puis la chercheuse a répondu aux questions. Finalement, un exemplaire de l'affiche a été remis aux participantes du cours. Les femmes enceintes souhaitant participer à la recherche devaient contacter la chercheuse par téléphone afin qu'elle valide leur admissibilité au projet de recherche en fonction de critères d'inclusion (voir Appendice C). Si l'admissibilité était établie, le lieu et le moment de l'entretien étaient déterminés selon le choix de la femme lors de ce même appel.

La chercheuse a effectué sa présentation lors de cinq cours prénataux, soit devant un total de 50 femmes enceintes. Toutefois, les présentations orales et la distribution des



affiches se sont avérées peu efficaces pour recruter des participantes. En effet, malgré l'enthousiasme manifesté par les femmes enceintes après la présentation du projet de recherche, seulement quatre d'entre elles (8 %) ont joint la chercheuse par téléphone. Parmi celles-ci, trois se sont avérées admissibles à la recherche selon les critères d'inclusion établis, et aucune n'avait choisi d'être suivie par une SF. Devant cette situation, la chercheuse a sollicité des pistes de solution pour améliorer le taux de participation auprès de la responsable des cours prénataux ainsi que du conseiller à l'éthique du CSSSTR. Certains constats se sont dégagés des commentaires reçus : les femmes enceintes reçoivent beaucoup de documentation lors des cours prénataux et ne la lisent pas de manière assidue, car elles sont très occupées et, finalement, très peu d'entre elles sont suivies par des SF. De plus, selon la responsable des cours prénataux, la majorité des femmes suivies par des SF considèrent que les visites régulières de leur suivi comblent leur besoin d'information. Finalement, la chercheuse a appris qu'en raison d'une demande inhabituellement élevée de cours prénataux, le CSSSTR a décidé d'orienter le surplus de participantes vers les cours prénataux offerts par deux organismes communautaires, soit le Centre Ressources Naissance et Maternaïde.

Ainsi, dans un deuxième temps, pour pallier les défis rencontrés, de nouvelles stratégies de recrutement ont été mises en place. D'abord, nous avons ajouté un formulaire de divulgation des renseignements. Ensuite, nous avons inclus de nouveaux lieux de recrutement : les cours prénataux offerts par le Centre Ressources Naissance et Maternaïde ainsi que la soirée d'information sur les services SF offerte à Nicolet par le Centre de santé

et des services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska (CSSSBNY), mais qui est également destinée à l'ensemble de la clientèle desservie par le CSSSTR.

Le formulaire de divulgation des renseignements, qui autorisait la chercheuse à joindre par téléphone les femmes qui souhaitaient participer au projet de recherche, était remis à l'ensemble des femmes après la présentation de la chercheuse (voir Appendice D). Pour préserver le libre choix des participantes de participer à la recherche, les femmes enceintes intéressées par le projet remplissaient le formulaire de divulgation de renseignements et le déposaient dans une enveloppe à la fin du cours prénatal ou de la soirée d'information. L'enveloppe scellée contenant l'ensemble des formulaires était récupérée par la chercheuse dès le lendemain au bureau de la responsable des cours prénataux ou de la soirée d'information. L'ajout du formulaire de divulgation des renseignements ainsi que l'augmentation du nombre de lieux ont amélioré le recrutement des participantes. Finalement, il est à noter qu'aucune participante n'est entrée en contact avec la chercheuse après avoir consulté l'affiche posée sur les murs dans différents lieux de recrutement.

Au total, pour recruter 45 participantes, soit 15 participantes pour chaque type de professionnel (SF, MF, OB) et qui répondaient aux critères d'inclusion, la chercheuse a présenté le projet à 227 femmes lors de 24 activités de recrutement<sup>44</sup> qui se sont échelonnées sur une période de 7 mois, soit du 29 septembre 2014 au 21 avril 2015.

---

<sup>44</sup>Ces 24 activités comprennent 21 premiers cours prénataux et 3 soirées d'information sur les services SF.

**Description des participantes**

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes recrutées. Toutes sont des nullipares d'origine caucasienne (blanche) et ont été interrogées entre la 17<sup>e</sup> et 31<sup>e</sup> semaine de leur grossesse. La plupart étaient âgées entre 25 et 34 ans et 28 (62 %) d'entre elles ont une scolarité de niveau universitaire.

**Tableau 1***Caractéristiques sociodémographiques des participantes*

Caractéristiques	SF <i>n</i> = 15	MF <i>n</i> = 15	OB <i>n</i> = 15	Total N = 45
<b>Âge</b>				
< 20 ans	1	0	1	2
20-24 ans	1	2	1	4
25-29 ans	10	7	8	25
30-34 ans	2	4	5	11
35-40 ans	1	2	0	3
<b>Niveau d'éducation</b>				
Secondaire ou moins	2	0	4	6
Cégep	5	2	4	11
Baccalauréat	4	9	6	19
Cycles supérieurs	4	4	1	9
N <sup>bre</sup> moyen de semaines de grossesse lors de l'entretien	20,33	27,66	24,00	24,00
Écart-type	± 9,3	± 5,4	± 5,4	± 7,5

**Outils de collecte de données**

Trois outils de collecte de données ont été utilisés et ils seront présentés de façon séquentielle, à savoir : l'entretien semi-dirigé, le questionnaire de données sociodémographiques et le journal de bord.

**Entretien semi-dirigé**

L'entretien semi-dirigé a été retenu comme méthode principale de collecte de données (Mason, 2017). Ce type d'entretien est recommandé lorsque l'échantillon est clairement

défini (Morse, 2012), que les questions à explorer sont connues et que la quête d'information a pour objet des éléments non observables (Patton, 2015). Ainsi, il s'avérait tout à fait indiqué d'avoir recours à l'entretien semi-dirigé, puisque nous étions en présence d'un échantillonnage intentionnel par choix raisonné (SF, MF, OB) et de questions préétablies visant à documenter des aspects non observables, tels que les besoins perçus des nullipares et leur recherche d'information.

Un guide d'entretien a été développé à partir des composantes du modèle théorique du processus décisionnel des nullipares élaboré pour cette thèse (voir la Figure 2 pour le modèle). Sous forme de questions ouvertes, courtes et neutres, les thèmes et sous-thèmes associés au processus décisionnel ont été abordés : (1) les besoins à l'égard du suivi périnatal; (2) la recherche d'information préalable au choix d'un suivi; et (3) l'évaluation des possibilités de suivis périnataux (voir Appendice E pour la grille d'entretien). Tel que conseillé par Morse (2012) et Merriam et Tisdell (2016), pour faciliter la tâche de l'intervieweuse qui était peu expérimentée avec cette méthode de collecte de données, l'ordre des questions a été déterminé à l'avance.

Le contenu et la pertinence du guide d'entretien ont été validés par le directeur de cette thèse. De plus, le guide a été testé auprès de trois nullipares avant le début de la collecte de données afin de s'assurer de la clarté des questions et de l'utilisation d'un vocabulaire adapté aux participantes, ce qui contribue à la qualité des données colligées (Hinton & Ryan, 2020; Merriam & Tisdell, 2016; Patton, 2015). Les trois prétests ont

révélé que les participantes comprenaient bien les questions. Par conséquent, aucune correction n'a été apportée au guide. Ce prétest a aussi permis à la chercheuse de maîtriser la formulation des questions, de développer une plus grande aisance et de se sentir plus en confiance dans son rôle d'intervieweuse (Mason, 2017; Merriam & Tisdell, 2016).

### **Questionnaire de données sociodémographiques**

Un questionnaire comportant des questions fermées a été rempli par les participantes afin de recueillir certaines de leurs données sociodémographiques (âge, ville de résidence, années de scolarité, origine ethnique, date prévue d'accouchement, nombre de grossesses de plus de 20 semaines et de moins de 20 semaines) (voir Appendice F). La ville de résidence permettait de confirmer que la participante résidait sur le territoire du réseau de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit le territoire desservi par le CSSSTR. Les renseignements relatifs à la date prévue d'accouchement permettaient d'estimer à quand remontait le processus décisionnel. Finalement, le nombre de grossesses permettait de confirmer une seconde fois l'admissibilité de la participante à la recherche. Les participantes devaient avoir accédé au suivi périnatal souhaité et ne jamais avoir accouché. Tel que conseillé par Merriam et Tisdell (2016), ce questionnaire a été rempli par les participantes à la fin de l'entretien en raison de la sensibilité de certaines de ses questions (p. ex., nombre de grossesses).

### **Journal de bord**

Le journal de bord, troisième et dernier outil de collecte de données utilisé, constitue un document qui complète les données recueillies sur le terrain (Mucchielli, 2009). Selon Baribeau (2005), il permet de contribuer à la validité interne et externe d'une étude et de parer à la défaillance de la mémoire du chercheur. Dans le cadre de cette thèse, le journal de bord a été utilisé, tel que décrit par Deslauriers (1991), pour recueillir trois types de notes : des notes descriptives, méthodologiques et théoriques. Ainsi, la chercheuse a consigné des observations qui prennent la forme de notes descriptives sur des données de recherche, des faits, des conversations, des lieux et des acteurs impliqués dans le projet de recherche, de même que sur ses propres émotions (Deslauriers, 1991). Elle a également inscrit dans ce journal de bord des notes qui rendent compte de l'histoire méthodologique de sa thèse, dont les modifications apportées au devis de recherche ainsi que les événements relatifs au choix des sites de recrutement (Deslauriers, 1991). Finalement, les questions soulevées par la chercheuse ainsi que le fruit de ses lectures ont fait l'objet de notes théoriques dans son journal de bord. Ces dernières ont aussi servi de support lors de l'analyse des données (Deslauriers, 1991).

### **Déroulement de la recherche**

Dans cette section, nous détaillerons le choix du milieu de recherche, fait en accord avec nos objectifs de recherche, ainsi que le déroulement de la collecte des données.

### **Choix du milieu de recherche**

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2014 à avril 2015 dans une région québécoise où les nullipares ont accès aux trois types de professionnels (SF, MF et OB) pour assurer leur suivi périnatal. Ce contexte de recherche est idéal pour documenter le processus décisionnel lié au choix d'un type de suivi périnatal, puisque les opportunités de choix des participantes sont identiques. La collecte de données a été menée auprès des nullipares desservies par le CSSSTR situé sur le territoire du réseau de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le choix de ce milieu se justifie par le fait que, depuis 2003, les femmes habitant sur ce territoire ont autant accès aux services des SF qu'à ceux des MF ou des OB (CIUSSMCQ, 2023). À cet égard, en 2013-2014, soit les années au cours desquelles les participantes de cette étude ont procédé au choix de leur suivi, selon des communications personnelles, les SF, les MF et les OB n'ont refusé aucune femme enceinte à faible risque ayant opté pour leurs services<sup>45</sup>. La disponibilité des services a aussi été validée par l'un des critères d'inclusion : « être suivie par son premier choix de professionnels ». Le Tableau 2 résume les possibilités de choix de suivis périnataux offerts aux femmes enceintes habitant sur le territoire de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2013-2014.

---

<sup>45</sup>Bussière, Véronique, M.D. F.C.R.S.C. - Obstétrique gynécologie, Clinique de gynécologie et d'obstétrique de Trois-Rivières, 12 septembre 2014; Baron, Mireille, M.D. Clinique de périnatalité de Trois-Rivières, 9 septembre 2014; Goupil, Erica, SF, Maison de naissance de la Rivière, Nicolet, 16 septembre 2024.



**Tableau 2**

*Types de professionnels offrant des suivis périnataux sur le territoire du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2013-2014*

N <sup>bre</sup> de professionnels et type	Établissement, CSSS, ville	Lieux d'accouchement offerts
8 sages-femmes	- Maison de naissance de la Rivière, CSSSBNY, Nicolet - Centre St-Joseph du CSSSTR, Trois-Rivières	- Maison de naissance - Domicile - Centre hospitalier <sup>1</sup>
9 obstétriciens gynécologues	- Clinique de gynécologie et d'obstétrique de Trois-Rivières, Trois-Rivières	- Centre hospitalier
2 obstétriciens gynécologues	- Cabinets, Trois-Rivières	- Centre hospitalier
6 médecins de famille	- Clinique de périnatalité, Trois-Rivières	- Centre hospitalier
Résidents sous la supervision de médecins de famille	- Unité familiale du CSSSTR, Trois-Rivières	- Centre hospitalier

*Note.* <sup>1</sup> La totalité des accouchements en CH, peu importe le type de professionnel, est pratiquée au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) du CSSSTR.

Comme présenté dans le Tableau 2, les femmes enceintes pouvaient choisir un suivi périnatal sous la supervision de l'une des huit SF de la Maison de naissance de la Rivière rattachée au CSSSBNY (2012), soit à 20 kilomètres de Trois-Rivières. Dès l'ouverture de la MdeN en 2003, des ententes de services ont été établies entre le CSSSBNY et le CSSSTR afin que les services des SF soient accessibles et disponibles aux femmes enceintes de Trois-Rivières. De plus, afin d'accroître l'accessibilité à leurs services et d'éviter que les femmes aient à se déplacer pour leur suivi périnatal, les SF offrent

également ce suivi dans des locaux au Centre St-Joseph du CSSSTR depuis 2009 (Le Courrier Sud, 2010). Selon le choix de la femme, l'accouchement sous la supervision d'une SF peut avoir lieu à la MdeN, à son domicile ou encore au CHAUR du CSSSTR depuis 2014 (Le Téléjournal Mauricie, 2014).

Les femmes enceintes pouvaient aussi opter pour un suivi périnatal sous la responsabilité de l'un des neuf OB de la Clinique de gynécologie et d'obstétrique de Trois-Rivières, des deux OB ayant leur clinique respective à Trois-Rivières, des six médecins de famille de la Clinique de Périnatalité de Trois-Rivières, des résidents en médecine de l'Unité de médecine familiale du CSSSTR sous la supervision des médecins enseignants du Campus Mauricie de l'Université de Montréal (Goupil, Erica, SF, Maison de naissance de la Rivière, Nicolet, 16 septembre 2024).

### **Déroulement de la collecte des données**

Les participantes ont été approchées selon la procédure décrite dans les stratégies de recrutement. La collecte des données auprès des participantes a été effectuée en une seule étape. Les participantes ont été interviewées 1 à 2 semaines après avoir été recrutées. Elles ont été interviewées selon l'ordre du recrutement, sans égard au type de professionnel qu'elles avaient choisi (SF, MF, OB). Cela a permis de s'assurer que l'amélioration des compétences de l'intervieweuse affecte uniformément tous les groupes. Les 45 participantes ont été interviewées individuellement par la chercheuse principale dans un lieu au choix des participantes, au plus tard au début du troisième trimestre de leur grossesse (entre

la 17<sup>e</sup> et la 31<sup>e</sup> semaine de grossesse) afin de diminuer le biais de mémoire des participantes envers leur processus décisionnel. Les rencontres se sont déroulées dans des endroits calmes et propices à la confiance : dans des cafés tranquilles, au domicile des parents ou dans un des locaux du Centre St-Joseph. Le fait de laisser la participante décider du lieu de la rencontre avait pour objectif de favoriser l'établissement d'une relation de qualité entre la participante et l'intervieweuse (Hinton & Ryan, 2020). La chercheuse, qui s'est présentée à titre d'étudiante au doctorat, a adopté la posture d'une apprenante curieuse, de même qu'une attitude positive, impartiale et empathique (Morse, 2012). Cette position d'écoute attentive avait pour but de permettre à la participante de s'exprimer librement et d'ainsi contribuer à la qualité des données recueillies (Morse, 2012; Patton, 2015).

Les différentes étapes inhérentes à l'entretien ont été respectées : les préparatifs, l'accueil, la présentation des objectifs de la recherche, la préservation de la confidentialité, la demande de consentement, le déroulement de l'entretien, la conclusion et l'après-entretien (Merriam & Tisdell, 2016; Patton, 2015). À l'arrivée de la femme enceinte, la chercheuse a pris le temps de l'accueillir et de se présenter. Une fois confortablement assises, la chercheuse rappelait les objectifs de l'entretien à la participante et les moyens mis en œuvre pour préserver la confidentialité des propos recueillis. Elle invitait ensuite la participante à lire et à signer le formulaire d'information et de consentement, dont elle recevait une copie (voir Appendice G). Par la suite, la participante était invitée à poser des questions, au besoin, avant le début de l'enregistrement audio. La chercheuse a ensuite

mis en application le guide d'entretien élaboré pour la présente recherche (voir Appendice E). À la fin de l'entretien, comme proposé par Patton (2015) et Thome (2016), la chercheuse a validé sa compréhension du processus décisionnel de la participante en lui exposant oralement ce dernier et en l'invitant à apporter des corrections ou des précisions au besoin. La participante était par la suite invitée à poser des questions si elle en avait et à remplir le questionnaire de données sociodémographiques (voir Appendice F). Finalement, elle était remerciée pour sa précieuse contribution.

### **Cadre d'analyse des données**

Les données recueillies ont été traitées à l'aide de trois types d'analyse, soit l'analyse thématique, l'arbre thématique et l'analyse descriptive. Chacun de ces types d'analyse sera présenté dans les sections suivantes.

#### **Analyse thématique et liens avec le modèle théorique**

L'analyse thématique est une méthode de recherche qualitative utilisée pour identifier, analyser et interpréter des thèmes ou des motifs récurrents à partir d'un corpus de données (Paillé & Mucchielli, 2021). Comme le soulignent Percy et al. (2015) et Vaismoradi et al. (2013), elle peut être utilisée lorsque les chercheurs ne souhaitent pas obtenir une compréhension en profondeur du phénomène étudié, comme c'est le cas pour le processus de choix qui fait l'objet de la présente étude. De ce fait, l'analyse thématique a été retenue comme méthode d'analyse pour identifier, décrire et analyser les configurations de thèmes représentatifs des groupes de professionnels choisis par les nullipares afin de comparer

ces configurations (Braun & Clarke, 2016). Plus particulièrement, une approche hybride de l'analyse thématique a été privilégiée afin de répondre aux questions de recherche qui découlent d'un cadre théorique (Sandelowski, 2010). En ce sens, nous avons eu recours à l'approche inductive axée sur l'émergence de thèmes qui caractérise l'approche thématique, mais également à une approche déductive telle que décrite par Crabtree et Miller (1999) en s'appuyant sur des thèmes et des codes définis a priori et issus de notre cadre théorique (Sandelowski, 2010).

L'analyse des données a été effectuée après la réalisation des 45 entretiens. Dans un premier temps, la transcription intégrale de chacun des entretiens enregistrés sur des audiocassettes a été faite par une seule personne (expérimentée dans le domaine) sous forme de verbatim, tout en respectant le discours des interlocutrices. Comme le conseillent Hinton et Ryan (2020), cinq de ces transcriptions ont été validées par la chercheuse. Aucune différence importante entre l'audio des entretiens et leur transcription n'a été soulevée.

Les trois groupes de participantes (SF, MF, OB) ont été abordés comme des corpus distincts de données. En présence d'un corpus important, comme c'est le cas pour la présente thèse, une analyse thématique séquentielle est à privilégier (Paillé & Mucchielli, 2021). Elle consiste à attribuer des thèmes en deux étapes afin d'obtenir une analyse efficace et uniforme du corpus de données (Paillé & Mucchielli, 2021). Ainsi, après une première lecture attentive de l'ensemble des verbatims, trois verbatims présentant les

données les plus riches ont été sélectionnés pour chacun des groupes (SF, MF, OB). Puis, à l'aide du logiciel Word, les unités de sens de ces verbatims ont été classées pour chacun des groupes selon les thèmes et sous-thèmes préétablis du modèle théorique du processus décisionnel des nullipares élaboré pour cette thèse (voir Tableau 3) (Crabtree & Miller 1999).

Toutefois, le modèle théorique n'a pas joué un rôle de « camisole de force » (Miles & Huberman, 2003). Il a plutôt agi comme un instrument de centration pour la collecte et l'analyse des données. En effet, l'analyse s'est déroulée dans une logique déductive et inductive, car les autres dimensions (thèmes et sous-thèmes) émergeant des données empiriques et en lien avec les objectifs de la recherche ont également été considérées (Sandelowski, 2010). Ce processus de réduction des données a permis d'établir une fiche thématique de départ pour chaque groupe de professionnels, c'est-à-dire la liste des thèmes et sous-thèmes identifiés à partir des trois entretiens ciblés par groupe de professionnels (SF, MF, OB) (Paillé & Mucchielli, 2021). Ensuite, les douze autres entretiens de chaque groupe ont été analysés à partir de la fiche thématique de leur groupe respectif. Lors d'une thématisation séquentielle, il est possible que l'ajout de thèmes et de sous-thèmes survienne lors de la deuxième phase d'analyse (Paillé & Mucchielli, 2021), ce fût toutefois assez limité. Enfin, pour assurer la validité des thèmes et des sous-thèmes, les quatre principes recommandés par Bardin (1991) ont été respectés : (1) l'objectivité; (2) l'homogénéité; (3) la pertinence; et (4) l'exhaustivité.

**Tableau 3**

*Thèmes et sous-thèmes initiaux issus du modèle théorique du processus des nullipares envers un type de professionnel pour assurer leur suivi périnatal*

Thèmes	Sous-thèmes
Identification des besoins envers un suivi périnatal	Éveil du besoin Besoins
Recherche d'information préalable au choix d'un suivi	Besoin d'information Sources personnelles internes Sources personnelles externes
Évaluation des possibilités de suivis	Attributs perçus SF, MF, OB Perceptions à l'égard des attributs perçus Attitudes à l'égard de chaque attribut perçu

### **Arbre thématique**

Une représentation graphique des liens entre les thèmes et les sous-thèmes, soit un arbre thématique, a été élaborée pour chacun des groupes de professionnels afin de pouvoir observer les regroupements importants de thèmes et de sous-thèmes, de les comparer et d'en proposer une interprétation (Paillé, & Mucchielli, 2021). Les représentations graphiques ont révélé de nombreux thèmes et sous-thèmes communs à toutes les participantes, ce qui a mené à l'établissement d'un processus décisionnel commun à l'ensemble des groupes de participantes. Toutefois, nous avons eu recours au diagramme de Venn afin de mettre en relation les différences et les similitudes relatives aux éléments recherchés par les participantes envers leur suivi périnatal, de même que ceux qu'elles priorisent lors du choix de leur suivi.

Enfin, les interprétations du processus décisionnel commun à l'ensemble des nullipares ont également permis de valider l'application du modèle théorique élaboré pour la présente thèse sur le processus décisionnel des nullipares lors du choix d'un type de suivi périnatal. Rappelons que ce modèle est inspiré du modèle théorique EBM (2001) à propos du comportement des consommateurs lors d'une situation de choix.

### **Analyses descriptives**

Enfin, les données sociodémographiques des participantes ont été quantifiées dans le Tableau 1 présenté précédemment. Ce dernier dresse un portrait descriptif des groupes de participantes selon le professionnel choisi (SF, MF, OB).

### **Critères de scientificité**

Dans le domaine de la recherche qualitative, le souci d'être en mesure d'évaluer la qualité des recherches s'est traduit par la prolifération de critères et de directives (Pope & Mays, 2006; Thorne, 2016; Tracy, 2010). La communauté de chercheurs dans le domaine des services de santé est arrivée à un certain consensus et propose d'évaluer la recherche quantitative et qualitative selon les mêmes grands critères, mais d'adapter cette évaluation selon le type de recherche et de tenir compte des objectifs distincts de la recherche qualitative (Devers, 1999; Morse, 2015; Pope & Mays, 2006). La validité des connaissances produites dans le cadre de cette thèse s'appuie donc sur une adaptation des critères suivants utilisés en recherche quantitative : (1) la crédibilité (validité interne); (2) la fiabilité (fidélité); (3) la transférabilité (validité externe); et (4) la confirmabilité



(objectivité) (Devers, 1999; Morse, 2015; Pope & Mays, 2006). Nous avons également retenu ces critères, car les connaissances issues de recherches se basant sur ces quatre critères sont souvent mobilisées par les utilisateurs de connaissances<sup>46</sup> au sein des services de santé, entre autres par les décideurs (Devers, 1999; Pope & Mays, 2006). Ces critères de scientificité seront définis et opérationnalisés en s'appuyant essentiellement sur les écrits de Devers (1999), qui portent sur l'utilisation des services de santé, ainsi que sur ceux de Morse (2015) et de Thorne (2016) au sujet de la recherche qualitative de type générique.

#### **Critère de crédibilité**

Selon Devers (1999), la crédibilité d'une recherche qualitative renvoie à la capacité de démontrer que les descriptions et interprétations proposées par la chercheuse correspondent à l'essence du phénomène étudié et qu'elles sont crédibles aux yeux des participants ou des lecteurs. La crédibilité renvoie à la véracité et à l'authenticité des résultats (Devers, 1999; Morse, 2015). Pour Thorne (2016), la pertinence disciplinaire d'une recherche qualitative constitue également un des aspects essentiels de sa crédibilité. Il s'agit alors de démontrer que les connaissances produites aident à mettre en lumière un problème contemporain, qu'elles fournissent de nouvelles perspectives sur le phénomène

---

<sup>46</sup> Par « utilisateur des connaissances », les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) entendent une personne susceptible d'utiliser les connaissances issues de la recherche pour prendre des décisions éclairées. Un utilisateur de connaissances peut être, entre autres, un praticien, un responsable des politiques, un éducateur, un décideur, un administrateur des soins de santé ou un dirigeant communautaire, ou encore une personne d'un groupe de patients, d'un organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé, d'un organisme non gouvernemental ou des médias (Instituts de recherche de santé du Canada [IRSC], 2020).

à l'étude ou qu'elles dégagent des orientations générales à propos des actions à prendre à l'égard de celui-ci (Thorne, 2016). Pour se conformer au critère de crédibilité, diverses stratégies ont été déployées.

D'abord, comme recommandé par Morse (2012) pour obtenir des données riches et authentiques, la chercheuse a favorisé l'établissement d'une relation de confiance entre elle et les participantes avant et pendant l'entretien semi-dirigé. Elle a aussi adopté la posture d'une apprenante curieuse et neutre lors des rencontres afin de ne pas biaiser les réponses des participantes. De plus, afin d'enrichir les éléments descriptifs énoncés par les participantes, des questions exploratoires leur ont été posées lorsqu'elles avaient de la difficulté à fournir une réponse (Morse, 2015). À la fin de chaque entretien, la chercheuse a validé sa compréhension du processus décisionnel auprès de chacune des participantes, ce qui a permis d'enrichir et de confirmer sa compréhension du processus (Merriam & Tisdell, 2016; Pope & Mays, 2006). L'exactitude des transcriptions d'entretiens sous forme de verbatims a été assurée en confiant cette tâche à une seule personne expérimentée dans ce domaine et en faisant valider cinq transcriptions aléatoirement par la chercheuse (Pope & Mays, 2006).

Lors de l'analyse, la qualité de la codification a été assurée par l'élaboration de fiches thématiques préétablies (Morse, 2015). Nous avons eu recours à au moins une technique de triangulation, soit celle des analyses (Morse, 2015; Thorne, 2016). Les trois premiers entretiens de chacun des groupes (SF, MF, OB) ont été double codés en aveugle par la

chercheuse ainsi que par une personne expérimentée en recherche qualitative et possédant des connaissances dans le domaine de la périnatalité. De plus, la codification des entretiens subséquents, la vérification des codes, sous-thèmes, thèmes émergents et des interprétations de la chercheuse ont fait l'objet de plusieurs discussions avec son directeur de thèse (Merriam & Tisdell, 2016; Morse, 2015; Thorne, 2016). Le double codage et les discussions ont permis d'obtenir un consensus sur les thèmes identifiés, d'accroître la compréhension par la confrontation de différentes perspectives et d'encourager la pratique réflexive (Pope & Mays, 2006; Thorne, 2016). La taille de l'échantillon de chacun des groupes (SF, MF et OB) a permis d'atteindre la saturation empirique. Finalement, les interprétations de la chercheuse ont été corroborées auprès d'une SF, et d'une OB expérimentée et offrant des suivis périnataux sur le territoire du CSSSTR. Cette démarche a également permis de valider auprès d'eux la pertinence de cette étude dans le domaine de la périnatalité (Thorne, 2016; Tracy, 2010).

La pertinence disciplinaire de cette thèse réside également dans le fait qu'elle représente un avancement important dans les connaissances relatives au processus de choix du suivi périnatal au Québec. Une meilleure compréhension du processus de choix et de ses composantes permettra d'orienter les activités de transfert de connaissances menées auprès des nullipares. Les décideurs et les gestionnaires œuvrant dans le domaine de la périnatalité pourront utiliser les résultats de cette thèse pour mettre en place des stratégies pragmatiques visant à soutenir l'utilisation des ressources de première ligne en périnatalité auprès de femmes enceintes possédant des caractéristiques sociodémographiques similaires à celles

de notre étude et desservies par un CIUSSS qui leur offre les mêmes choix en matière de suivi périnatal. Des stratégies basées sur les résultats que nous avons obtenus et adaptées de façon à combler les lacunes mises en évidence par les données de cette recherche devraient inciter les nullipares à utiliser, de façon efficace, les ressources de première ligne en obstétrique (SF et MF) mises à leur disposition au Québec. Ultimement, ces activités contribueront à améliorer l'efficacité du système de santé en soutenant la hiérarchisation des services dans le domaine de la périnatalité tout en améliorant le niveau de satisfaction des utilisatrices.

Finalement, les résultats issus de cette recherche permettront d'enrichir le modèle théorique initial proposé (voir Figure 2). Ils contribueront ainsi au champ de connaissances théoriques concernant le domaine de l'utilisation des services, plus particulièrement celui relatif à la demande sélective d'un service de santé, soit le type de suivi périnatal.

### **Critère de fiabilité**

Le critère de fiabilité renvoie à la consistance de l'étude, sa cohérence méthodologique et à son potentiel de reproduction (Devers, 1999; Morse, 2015). Ce critère vise à montrer que le processus de l'étude est cohérent, qu'il est suffisamment stable pour être utilisé par d'autres chercheurs et qu'il permettrait d'obtenir des résultats similaires si la recherche était reproduite telle que décrite, en prenant toutefois en considération les facteurs susceptibles d'avoir affecté les résultats (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016;

Morse, 2015). Selon Morse (2012), la cohérence doit se refléter dans la stratégie de recherche, les objectifs et les questions de recherche, les référents théoriques de départ ainsi que dans les choix méthodologiques retenus. Toutes ces composantes de recherche doivent représenter un tout logique (Bradbury-Jones et al., 2014). À cet égard, Wu et Volker (2009) mentionnent que le recours à un modèle théorique initial permet de lier le phénomène étudié à ce dernier, d'encadrer les questions de recherche et procure un cadre pour l'analyse des données. Cette ligne directrice théorique favorise ainsi la cohérence méthodologique de l'étude, caractéristique centrale pour en assurer la qualité. Ultiment, la démonstration de la cohérence méthodologique (Morse & Richard, 2013) ou analytique (Thorne, 2016) permet au lecteur de confirmer ou de rejeter la crédibilité de l'étude.

Différentes mesures ont été prises dans le cadre de cette thèse pour respecter le critère de fiabilité : (1) l'élaboration d'un modèle théorique du processus décisionnel des nullipares issu d'une théorie robuste et pertinente, celle du comportement du consommateur, et de données enracinées empiriquement; (2) l'élaboration de questions de recherche claires (Morse, 2012) et d'un guide d'entretien à partir des composantes du modèle théorique choisi (Morse, 2015); (3) le recours à un échantillonnage théorique rigoureux qui a été constitué en fonction des objectifs poursuivis par la recherche; et (4) le recours à des entretiens individuels semi-dirigés, justifiés au regard des concepts à explorer, soit les perceptions des femmes sur leur choix de suivi périnatal (Patton, 2015). La cohérence des analyses repose sur des catégories, des thèmes et des sous-thèmes préétablis relevant du modèle théorique du processus décisionnel des nullipares et sur une

méthode d'analyse permettant d'obtenir le niveau d'interprétation convoité par nos objectifs de recherche, soit l'analyse thématique (Percy et al., 2015; Vaismoradi et al., 2013).

La fiabilité de cette thèse repose également sur les discussions et la prise de décisions consensuelles entre la chercheuse et son directeur au cours du processus de recherche, mais aussi sur la révision de la codification et des interprétations de la chercheuse par une personne expérimentée en recherche qualitative et possédant des connaissances dans le domaine de la périnatalité (Merriam & Tisdell, 2016). Finalement, la fiabilité est aussi assurée par une explication transparente du rôle et du positionnement de la chercheuse ainsi que par la tenue d'un journal de bord (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016; Morse, 2015). Ce dernier a été maintenu durant toutes les phases de la recherche et a servi à documenter les biais personnels susceptibles d'influencer la recherche et les méthodes suivies pour les contourner (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016; Morse, 2015). De plus, ce journal fournit une description détaillée du processus de l'étude en ce qui a trait aux entretiens, aux méthodes de codification et d'analyse des données, ainsi qu'aux changements apportés à l'étude et leurs motifs (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016; Morse, 2015).

#### **Critère de transférabilité**

Le critère de transférabilité concerne les conclusions de la recherche, à savoir si elles ont une signification large ou si elles sont applicables dans un autre contexte, même limité (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016). Ce critère a été respecté grâce au recours à un

échantillonnage théorique rigoureux et à la saturation empirique (Morse, 2015). De plus, l'échantillon a été constitué en vue d'encourager une application plus étendue en recrutant des nullipares des trois groupes de suivi existant (SF, MF et OB) (Merriam & Tisdell, 2016). Finalement, la description riche et approfondie du contexte de l'étude et des caractéristiques sociodémographiques des participantes permet également aux lecteurs d'évaluer la transférabilité des résultats au regard des environnements dont ils sont issus (Devers, 1999; Merriam & Tisdell, 2016).

#### **Critère de confirmabilité**

La confirmation renvoie à la recherche d'un maximum de neutralité et d'objectivité de la part de la chercheuse (Devers, 1999). Le potentiel de confirmation de cette thèse repose sur le fait que les trois autres critères (crédibilité, fiabilité et transférabilité) ont été respectés. Par conséquent, l'intégrité de nos résultats repose sur le corpus de données, sur la description détaillée des méthodes utilisées pour les analyser, sur le processus de validation de la thématisation et sur la validation de la justesse des interprétations proposées par la chercheuse. Cette dernière s'est également assurée de minimiser l'interférence de ses perceptions avec les résultats afin qu'ils reflètent le plus justement possible les perceptions des participantes. Finalement, toutes les données anonymisées sont conservées pour une éventuelle analyse par d'autres chercheurs.

### Considérations éthiques

Puisque cette thèse s'inscrivait initialement dans le cadre d'un doctorat en santé publique à l'Université de Montréal, le protocole de recherche et une demande d'approbation éthique ont été soumis au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (voir Appendice H) et acceptés par ce dernier. Ensuite, afin de pouvoir recruter des participantes lors des cours prénataux offerts au pavillon St-Joseph du CSSSTR, cette même démarche a été reprise auprès du Comité d'éthique et de la recherche du CSSSTR (voir Appendice H). Cela a nécessité que la chercheuse effectue une présentation orale du projet de recherche et réponde aux questions des membres du comité. Puis, en raison de l'ajout d'un lieu de recrutement, soit celui de la soirée d'information sur les services SF à la Maison de naissance de la Rivière rattachée au CSSSBNY, une demande de certificat éthique multicentrique a été produite et acceptée (voir Appendice H). L'ajout des organismes communautaires comme lieux de recrutement (Maternaide et le Centre Ressources Naissance) n'a pas nécessité de demande de certificat éthique supplémentaire. Finalement, lorsque le recrutement et la collecte de données furent terminés, la chercheuse a décidé de poursuivre son doctorat au Département de psychologie de l'UQTR. Par conséquent, une demande de certificat éthique a été déposée auprès du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR et acceptée par ce dernier pour effectuer la rédaction de la présente thèse (voir Appendice H).

Un formulaire de consentement libre et éclairé a été signé par chacune des participantes avant leur entretien (voir Appendice G). La préservation de l'anonymat des



participantes a été assurée et maintenue tout au long du processus de recherche en ayant recours à la numérotation des questionnaires et des transcriptions d'entretien. Seule la chercheuse du projet a accès à la liste qui permet d'associer les numéros aux participantes. Enfin, les données recueillies demeurent confidentielles et les questionnaires et transcriptions sont gardés sous clé.

## **Chapitre 5**

### **Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse thématique de 45 entretiens, soit 15 entretiens de nullipares ayant décidé d'être suivies par une SF, 15 par un MF et 15 par un OB. Ces femmes sont âgées de 20 à 40 ans et sont plus éduquées que la moyenne des femmes québécoises. Elles ont été interrogées entre la 17<sup>e</sup> et 31<sup>e</sup> semaine de leur grossesse. Tous les entretiens ont été menés auprès de participantes répondant à l'ensemble des critères d'inclusion établis : nullipares à faible risque qui résident dans la région desservie par le CSSSTR et qui sont suivies par le professionnel de leur choix.

L'analyse des données a été effectuée en ayant pour objectif de répondre aux questions de recherche énoncées au Chapitre 3. Ces dernières découlent du modèle théorique sur le processus décisionnel des femmes enceintes envers un type de professionnel pour leur suivi périnatal.

Les résultats des trois groupes de participantes (suivies par une SF, un MF ou un OB) devaient être structurés autour des thématiques préétablies et issues de notre modèle théorique, soit : (1) l'identification des besoins à l'égard du suivi périnatal; (2) la recherche d'information; et (3) l'évaluation des possibilités de suivis. Toutefois, cette classification se complique lorsqu'elle est appliquée à des données empiriques. En effet, l'analyse révèle une superposition des thématiques (1) identification des besoins à l'égard

du suivi périnatal; et (2) recherche d'information. Ces deux thématiques seront donc traitées conjointement à partir des autres thématiques qui ont émergé de notre analyse des entretiens. Ainsi, la présentation des résultats fera état des thématiques suivantes :

- La difficulté à cerner les besoins de la mère à l'égard d'un suivi périnatal;
- Les éléments déclencheurs de réflexion;
- L'exposition à des informations sur les suivis périnataux;
- L'identification des éléments recherchés;
- L'évaluation des possibilités de suivis périnataux;
- La confirmation ou la modification des attentes après le début du suivi.

Notre analyse démontre aussi que de nombreux sous-thèmes interviennent lors du processus décisionnel des nullipares, et ce, sans égard au choix du professionnel. Il est nécessaire de porter une attention particulière à ces éléments communs afin de cibler les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour encourager l'ensemble des femmes à identifier leurs besoins en matière de suivi périnatal, mais aussi pour les exposer à l'ensemble de leurs possibilités de choix et ainsi soutenir leur choix individuel. Cela contribuera à favoriser l'autodétermination des femmes quant à leurs choix de santé lors de la période périnatale. Pour chacune des thématiques, ce chapitre rendra aussi compte des sous-thèmes communs aux trois groupes (SF, MF et OB), de ceux partagés par certains groupes et de ceux spécifiques à chacun de ces groupes. La présentation des éléments distinctifs entre les trois groupes de participantes permettra de comprendre le processus décisionnel des nullipares qui mène au choix de ressources spécialisées (OB) ou de

ressources de première ligne (SF ou MF) pour assurer leur suivi périnatal. Une meilleure compréhension de ces processus décisionnels permettra d'identifier des pistes de solutions pour soutenir la hiérarchisation des services de santé dans le domaine de la périnatalité. Finalement, ce chapitre se terminera par la présentation d'un cadre intégrateur qui permet d'illustrer les composantes du processus décisionnel des nullipares.

### **Difficulté à cerner les besoins de la mère à l'égard d'un suivi périnatal**

Chez plusieurs nullipares, l'identification des éléments recherchés lors de leur suivi périnatal est généralement limitée, surtout au début de leur réflexion. A priori, elles ne peuvent puiser dans leur expérience passée d'une grossesse ou d'un suivi périnatal pour nourrir leur réflexion sur ce qu'elles souhaitent pour leur suivi : « *Je n'avais pas vraiment d'attentes en tant que telles parce que je ne savais pas trop non plus à quoi m'attendre. C'est vraiment tout du nouveau.* » (P21 OB).

Par conséquent, les nullipares évoquent souvent des désirs (p. ex., avoir un accouchement naturel), des choses qu'elles souhaitent éviter (p. ex., la douleur) ou des attributs socialement considérés comme étant propres aux différents types de suivis périnataux (p. ex., avoir accès à l'épidurale). Pour faciliter la lecture, le terme « élément » sera employé pour désigner à la fois des besoins, des désirs ou des attributs, sauf lorsqu'il sera approprié de distinguer ces termes pour enrichir la compréhension.

Les éléments recherchés par les nullipares émergent progressivement lors de leur recherche d'information. Les propos de l'une des participantes expriment bien ce constat : « *On entend les gens qui racontent leur histoire, ça nous permet de nous faire une idée sur ce qui nous rejoint et ce qui ne nous rejoint pas.* » (P20 SF). L'identification d'éléments peut aussi raviver la quête d'information qui permet de clarifier ces éléments ou d'en identifier de nouveaux, de telle manière que la recherche d'information et l'identification des éléments s'influencent. Ainsi, lorsque des participantes acquièrent des informations limitées sur les attributs des suivis, l'étendue de leur réflexion envers les éléments recherchés lors de leur suivi périnatal l'est également.

### **Éléments déclencheurs de réflexion**

L'analyse des entretiens a permis de cibler l'origine de la réflexion des participantes à propos de leur suivi périnatal. Identifier le moment où commence cette réflexion chez les participantes et comprendre la façon dont elle s'amorce permettent de cibler la situation et les moyens les plus appropriés pour les informer sur leurs possibilités de choix, et ainsi stimuler leur réflexion envers leur suivi périnatal.

#### **Confirmation de la grossesse**

Sans égard aux groupes de participantes, pour certaines, c'est la confirmation de leur grossesse qui provoque le début de leur réflexion : « *Quand je n'étais pas enceinte, je ne pensais pas vraiment à ça.* » (P15 OB), « *C'est vraiment quand je suis tombée enceinte.* » (P3 MF). Même constat pour certaines des participantes qui avaient commencé un

traitement de procréation médicale assistée des mois avant de devenir enceinte. De plus, chez certaines participantes, la confirmation de leur grossesse est parfois accompagnée par la prise de conscience de devoir procéder elles-mêmes à des démarches pour accéder à un suivi périnatal. Les extraits suivants, venant de deux participantes, le démontrent bien.

*« En fait, je n'y avais pas vraiment pensé, je pensais qu'à partir du moment où mon médecin savait que j'étais enceinte, que mon nom s'en allait quelque part et que j'allais recevoir un appel ou quelque chose, mais finalement non, ce n'est jamais arrivé [...], je me disais voyons c'est quoi cette affaire-là, ça me prenait quelqu'un. » (P1 SF)*

*« Dans ma tête à moi, on appelait au CLSC, on lui disait qu'on était enceinte et à partir de ce moment-là ils s'occupaient avec ça, on était pris en charge par le système. » (P9 OB)*

### **Intérêt pour la périnatalité**

Pour d'autres participantes, la réflexion sur les suivis périnataux s'amorce lors du développement d'un intérêt pour la périnatalité, à l'arrivée du désir de devenir mère ou de devenir enceinte : *« quand on a commencé sérieusement à essayer pour avoir un bébé »* (P5 MF). Dans ce dernier cas, la réflexion sur leur suivi débute lors de la mise en place d'actions concrètes pour devenir enceinte, comme lors de l'arrêt d'une méthode contraceptive.

### **Découverte d'expériences entourant l'accouchement**

La réflexion peut aussi débiter après avoir entendu le récit d'une femme de leur entourage ou après avoir assisté à l'accouchement de l'une d'entre elles (belle-mère, amie, sœur, ex-femme de leur conjoint). Lorsque ce partage met en lumière le suivi offert par

les SF, les participantes découvrent l'existence de cette possibilité de suivi, de même que plusieurs de ses attributs. Elles constatent alors qu'elles peuvent choisir entre le suivi avec un « docteur » et celui avec une SF. D'autres y ajoutent le choix du suivi avec un OB : « *C'est justement, moi si je n'avais pas entendu parler des sages-femmes, je n'aurais pas été malheureuse de faire affaire avec un médecin ou un gynécologue.*<sup>47</sup> » (P36 SF). Pour des participantes du groupe SF et MF, ce partage d'expérience peut remonter à plusieurs mois, voire plusieurs années avant qu'elles ne deviennent enceintes.

#### **Découverte fortuite de la profession sage-femme**

Une rencontre fortuite avec une étudiante SF ou une SF peut aussi être à l'origine de la réflexion envers le choix d'un suivi périnatal, mais uniquement pour des participantes du groupe SF ou du groupe MF. Cette rencontre a lieu dans le quotidien des participantes, dans le cadre de leur travail ou sur le campus universitaire, et bien avant que les participantes ne deviennent enceintes. La découverte de la profession SF et des attributs de leur suivi stimulent l'intérêt et la réflexion des participantes envers les éléments souhaités lors de leur suivi périnatal, comme l'illustre l'extrait suivant.

*« J'ai retranscrit des entrevues de sages-femmes, les premières sages-femmes qui ont travaillé au Québec quand c'est revenu. Puis, comment est-ce qu'eux autres ils ont reparti le mouvement, c'était quoi l'histoire de leur propre pratique, comment ils ont appris tout ça [...]. Il fait que c'est sûr que là-dedans aussi j'ai vu que ça me ressemblait comme suivi. »* (P14 SF)

---

<sup>47</sup>Plusieurs participantes emploient le terme « gynécologue » pour désigner le suivi périnatal assuré par l'obstétricien gynécologue (OB).



### Exposition à des informations sur les suivis périnataux

Une fois la réflexion à propos du suivi périnatal amorcée, l'exposition à des informations sur l'offre de suivis périnataux nourrit leur réflexion sur les éléments recherchés lors de leur suivi. Ces informations proviennent de trois sources : l'utilisation passée des services de santé, la recherche active d'information et les informations obtenues de manière passive ou accidentelle.

#### Utilisation passée des services de santé

La réflexion des nullipares débute a priori par une recherche d'information interne d'information, soit la mobilisation d'anciennes expériences en matière de soins et de services de santé. Ces expériences antérieures s'avèrent pour la plupart assez limitées. Néanmoins, comme en témoignent les propos de ces participantes, elles mettent en lumière l'effet de certains attributs des services de santé sur leur bien-être physique et psychologique.

*« À l'hôpital, ça me stresse le bruit, l'odeur, tous les stimuli, je n'aime pas ça. »*  
(P43 SF)

*« Certains professionnels, c'est tac tac tac et tu n'as pas le temps de poser des questions et tu te sens mal de poser des questions et tout ça. »* (P7 MF)

*« J'avais essayé d'appeler [ma médecin de famille] pendant la dernière année parce que j'avais un petit problème et je n'avais jamais été capable de la rejoindre. »* (P38 OB)

Ces expériences antérieures invitent également certaines des participantes qui ont choisi une SF ou un MF à réfléchir au rôle qu'elles souhaitent jouer dans leur suivi et à la

place qu'elles désirent prendre dans ce dernier. Les deux extraits suivants témoignent de cette réflexion.

*« [...] souvent quand on va voir les médecins [...] on se fait dire : “bien on va te faire passer tel et tel test, fais ça et ça” puis on obéit, mais sans trop comprendre c'est quoi le processus. » (P36 SF)*

*« Je trouve qu'ils [les médecins] ont tendance dans la façon de le formuler, à imposer des choix. » (P31 MF)*

Cette recherche interne d'information permet également à certaines participantes suivies par un MF ou un OB de prendre conscience de la relation de confiance qu'elles ont bâtie antérieurement lors de leur suivi de santé régulier (MF) ou gynécologique (OB). La possibilité d'avoir dès le départ une continuité informationnelle (le professionnel connaît leur dossier) et relationnelle (sentiment de confiance) dans le cadre de leur suivi périnatal peut mettre fin à leur recherche d'information et les guider très rapidement vers leur MF ou leur OB. Les extraits suivants montrent l'importance de la continuité informationnelle et relationnelle pour ces participantes.

*« Je dirais que j'avais juste une confiance envers les médecins que j'avais déjà. » (P24 MF)*

*« Elle connaît mon dossier, j'avais confiance. C'était vraiment un lien de confiance que j'avais déjà avec elle. Ça s'est fait vraiment dans ma tête, c'était clair que c'était à elle à qui j'allais demander. » (P32 OB)*

Finalement, pour d'autres, cette recherche interne d'information peut conditionner leur choix vers un suivi périnatal avec un « docteur », soit le professionnel vers qui elles se tournent habituellement lors de problèmes de santé : *« J'y suis allée avec ce que je suis habituée de faire. » (P15 OB).*

### **Recherche active d'information**

En raison de leur recherche interne limitée, des participantes de tous les groupes sont contraintes de procéder à une recherche active de renseignements auprès de sources externes d'information afin de nourrir leur réflexion envers leur suivi périnatal. Lorsque questionnées sur leurs besoins d'information, elles ont exprimé rechercher de l'information sur un ou plusieurs des sujets suivants : (1) les modalités pour accéder à un suivi périnatal; (2) l'expérience de femmes dans leur entourage; (3) la comparaison des attributs des suivis périnataux connus; et (4) les arguments qui appuient leur intention de choix de suivi afin de persuader leur partenaire.

#### *Modalités pour accéder à un suivi périnatal : « J'étais dans le néant »*

Certaines participantes, dont celles qui ont commencé leur réflexion à propos de leur suivi lors de la confirmation de leur grossesse, possédaient peu ou aucune information sur l'offre des suivis périnataux. Elles percevaient que leur suivi devait être sous la responsabilité d'un « docteur » ou d'un professionnel qualifié, sans toutefois être en mesure d'identifier les types de professionnels offrant un suivi périnatal. Essentiellement, elles étaient en quête de renseignements sur la procédure pour accéder à un suivi périnatal : *« Je ne savais pas trop ce qu'il fallait que je fasse, où je devais appeler et tout ça. » (P7 MF).*

Afin de satisfaire leur besoin d'information, ces nullipares se tournent vers des sources professionnelles d'information (infirmière, MF, travailleuse sociale, service téléphonique pour les problèmes de santé non urgents comme Info-Santé, gynécologue)

ou des sources profanes d'information : « *autant ma coiffeuse que des collègues* » (P4 MF). Toutefois, ces sources s'avèrent souvent incapables de les renseigner sur l'ensemble de leurs possibilités de choix, particulièrement celle d'être suivies par une SF, et de les diriger vers une source d'information qui pourrait leur offrir ces renseignements. Les extraits suivants montrent la difficulté des participantes à accéder à l'information recherchée.

*« J'ai contacté le CLSC qui ne m'a malheureusement pas redirigée, qui m'a dit que ce n'était pas le bon endroit pour avoir des ressources pour savoir qui étaient les professionnels qui offraient des suivis de grossesse. »* (P31 MF)

*« J'avais été au service de périnatalité au CSSS. J'avais cherché, j'ai appelé et ils m'ont dit : "Périnatalité, on ne fait pas de suivi de grossesse." Donc, je me suis dit d'accord. »* (P2 OB)

D'ailleurs, lorsque la première source d'information profane ou professionnelle, ou la deuxième, évoque un seul type de suivi, des nullipares du groupe OB se dirigent rapidement vers ce dernier sans pouvoir considérer d'autres options.

Malgré la découverte d'autres possibilités de choix, certaines d'entre elles n'avaient tout simplement pas envie d'effectuer des démarches supplémentaires pour obtenir plus d'information sur l'offre des suivis périnataux : « *Habituellement, je suis une fille qui va vraiment aller chercher l'information partout. Puis là, j'ai juste fait confiance, j'ai laissé aller et ça s'est déroulé comme ça. Bien, je n'ai pas fait de recherches sur les deux autres.* » (P17 OB). Toutefois, la plupart des nullipares qui réalisent qu'elles sont en situation de choix ressentent le besoin d'obtenir des informations supplémentaires sur l'offre de suivis et se tournent vers des femmes de leur entourage.

*« Moi le réflexe que j'ai eu quand j'ai appris que j'étais enceinte, c'est que j'ai appelé mon médecin de famille, puis il m'a dit que j'avais le choix d'être suivie à la Clinique de périnatalité ou de gynécologie [...]. J'ai demandé à ma mère. »*  
(P24 MF)

### *Expérience de femmes de leur entourage*

La majorité des participantes ont insisté à un moment ou à un autre au cours des entretiens sur leur besoin d'obtenir des informations expérientielles auprès de femmes de leur entourage. Certaines ont aussi consulté des blogues ou des forums sur le Web.

Les renseignements convoités demeurent pour plusieurs d'entre elles imprécis et limités : *« Je m'étais renseignée oui ici et là avec des questions rapides. »* (P33 OB). Leurs questions se concentrent sur l'appréciation du type de professionnel qui a assuré le suivi périnatal de femmes de leur entourage et sur le vécu de ces dernières lors de leur accouchement. De ce fait, les femmes consultées partagent surtout leur satisfaction à l'égard du suivi dont elles ont elles-mêmes bénéficié, comme en témoignent les extraits suivants.

*« Généralement celles qui ont fait affaire avec les sages-femmes vont tirer leur bord de la couverture en disant que c'était vraiment merveilleux comme suivi et ceux qui étaient avec les médecins, tirent aussi de leur côté. »* (P36 SF)

*« Tu sais, tout le monde qui était à la Clinique de périnatalité était content; ceux à la Clinique de gynécologie aussi. »* (P30 MF)

Les femmes consultées par les participantes partagent également leurs perceptions sur les complications obstétricales ou néonatales qu'elles ont vécues lors de leur accouchement, comme le mentionne cette participante :

*« Une complication qui est arrivée avec une amie [...], bien tu as vu que ça a été traité rapidement et là tu transposes la situation pour dire : si tu avais été suivie par une autre personne, est-ce que ça aurait été pareil aussi rapide? Puis des fois tu te dis : bien peut-être pas. » (P27 MF)*

Les participantes apprennent leurs possibilités de choix au fil des discussions avec les femmes de leur entourage. Autrement, elles n'auraient peut-être pas pris connaissance de certains types de suivis. L'extrait suivant montre bien l'acquisition graduelle de ces informations.

*« Je te dirais au fond que chacune [de mes amies] m'a dit où est-ce qu'elle allait sans vraiment dire qu'est-ce qu'il y avait d'autre comme options. Finalement, j'ai découvert les options au fur et à mesure quand je voyais que chacune [de mes amies] allait à des endroits différents. » (P12 MF)*

Par ailleurs, un réseau social restreint peut limiter la quête d'information, de même que les possibilités de choix considérées par les participantes, comme l'exprime l'une d'elles : *« Je n'ai pas de gens proches de moi qui ont vécu la grossesse assez proche pour que pour moi je me sente à l'aise d'explorer toutes les avenues. » (P5 MF)*

Les informations provenant de sources profanes permettent aux participantes de positionner leurs propres attentes en matière de suivi périnatal en extrapolant les expériences de leurs proches. Par exemple, une participante a appris via une amie suivie par un MF que ces professionnels travaillent parfois en équipe et qu'il peut ainsi y avoir une absence de continuité relationnelle : *« [Le] médecin qui la voyait, je pense que c'était à tour de rôle [...] elle avait moins aimé cette optique-là et moi aussi c'était quelque chose qui m'intéressait un petit peu moins. » (P2 OB)*. Ces informations jouent un rôle

prépondérant dans la détermination des éléments recherchés par les participantes : « *Je me suis basée beaucoup sur ce que les gens de mon entourage en disaient.* » (P36 SF).

Le résultat de cette quête de partages d'autrui révèle quelques particularités selon les groupes de participantes. Pour certaines nullipares ayant opté pour une SF, les attributs perçus du suivi offert par les « médecins » (MF et OB) font obstacle à leur quête d'informations supplémentaires à propos de ces types de suivis, malgré la satisfaction de leurs amies à l'égard de ces suivis : « *Je n'ai pas beaucoup exploré les autres avenues parce que je les trouvais justement un peu trop médicales.* » (P18 SF).

Pour certaines participantes ayant choisi un MF ou un OB, ce sont leurs perceptions à l'égard du suivi avec une SF, et des SF en général, qui mettent un frein à leur quête d'information sur ce type de suivi : « *On pense sage-femme, accouchement à la maison, côté un peu grano. Je le sais que ce sont de vieux clichés. Je le sais que ce n'est certainement pas comme ça, mais je ne me suis pas renseignée.* » (P2 OB).

Comparativement aux nullipares ayant choisi un OB, certaines participantes ayant choisi une SF ou MF ont obtenu auprès des femmes qu'elles ont consultées une plus grande quantité d'information, bien que toujours limitée, sur les possibilités de suivis périnataux et leurs attributs. De plus, ces femmes offraient souvent une comparaison entre les attributs relationnels d'un suivi avec un MF ou un OB à ceux d'un suivi avec une SF :

« Elle m'a dit que [le suivi avec les OB] c'était un peu plus sec, que c'était plus médical. »  
(P7 MF).

Enfin, la plupart des participantes de tous les groupes ne manifestent pas le besoin de valider les informations obtenues auprès de leur entourage, même si certaines d'entre elles considèrent que la grossesse et l'accouchement « sont de grosses étapes » (P9 OB) : « J'avais un petit peu des sons de cloche de tout le monde, mais je n'ai pas fait de recherche. » (P27 MF)

*Comparer les attributs des suivis périnataux connus : « se faire sa propre idée »*

Il demeure que quelques participantes, indépendamment du type de professionnel choisi, souhaitent valider l'information obtenue auprès de sources profanes. Elles ont procédé à une recherche active d'information auprès de sources professionnelles d'information (secrétaire de cliniques ou de services de santé, soirée d'information sur les services SF) et de sources commerciales (site Web des cliniques). Elles désiraient valider certains attributs des suivis et distinguer les offres de service.

Les renseignements que les participantes obtiennent auprès des secrétaires des trois types de professionnels sont plutôt parcellaires et incomplets : « ça ne me permettait pas de me dire lequel est mieux que l'autre » (P11 OB). Les participantes expriment aussi avoir consacré beaucoup de temps et d'énergie à rejoindre les secrétaires des cliniques de MF et d'OB de leur région : « une journée complète à appeler et à ne pas être capable de



*les rejoindre* » (P30 MF). De plus, lorsqu'elles réussissent à parler à « quelqu'un » au téléphone, les participantes sont confrontées à des personnes ayant peu de temps pour répondre à leurs questions. L'information sur les sites Web est également considérée comme étant limitée et peu accessible, comme en témoignent les extraits suivants.

*« [...] en allant sur Internet, ce que je vois c'est : "votre médecin prendra soin de vous, votre médecin ci, votre médecin ça". Il n'y a pas de : "votre sage-femme ci ou ça." »* (P44 SF)

*« C'est le numéro de téléphone, une petite description, that's it, [...], il faut que tu recliques, tu recliques, et là tu es rendue sur un autre site un moment donné j'abandonne. »* (P11 OB)

Une seule des participantes, soit une participante ayant choisi une SF, a contacté les secrétaires des trois types de professionnels offrant des suivis périnataux. Elle a pu obtenir l'information qu'elle recherchait sur les aspects organisationnels des différents types de suivis : *« Je voulais savoir comment cela fonctionnait les rencontres étaient au combien de temps et aussi le temps de la rencontre et les rencontres sont cédulées à quels intervalles. »* (P25 SF).

Finalement, presque la totalité des participantes du groupe SF et certaines des participantes du groupe MF ont assisté à la soirée d'information offerte à propos des services SF. La plupart des participantes du groupe SF avaient déjà arrêté leur choix sur ce type de suivi, mais elles se sont senties contraintes de participer à cette soirée pour accéder à leur suivi : *« Avant même de pouvoir prendre rendez-vous avec la sage-femme, tu dois assister à la première rencontre où ils expliquent en général de A à Z comment ça fonctionne. »* (P18 SF). D'autres participantes qui n'avaient pas encore choisi leur suivi

ont plutôt assisté à cette soirée d'information parce qu'elle leur a été fortement recommandée par leurs amies qui avaient utilisé les services d'une SF antérieurement ou par la secrétaire de la MdeN.

Lors de cette soirée d'information, les nullipares ont obtenu beaucoup d'informations sur plusieurs des attributs du suivi offert par les SF. Comme le montrent les extraits suivants, ces informations ont répondu à toutes leurs questions sur les services des SF, notamment celles sur les tests qu'elles peuvent prescrire ou sur la sécurité des accouchements en MdeN.

*« Je l'ai eu l'information que je n'avais pas, c'était au niveau des tests : est-ce que tous les tests étaient faits avec la sage-femme autant qu'ils étaient faits avec les médecins. » (P6 SF)*

*« C'est là qu'on a vu comment ça se passait à Nicolet avec la maison et les accouchements. » (P16 OB)*

Enfin, certaines participantes n'ont pu assister à cette séance d'information en raison des plages horaires limitées.

#### *Arguments appuyant leur choix afin de persuader leur partenaire*

Pour certaines participantes des trois groupes, la recherche active d'information a aussi pour objectif de combler les besoins d'information de leur partenaire, comme l'exprime cette participante : *« Là où moi je me tournais vers Internet, les amies et tout ça, lui il se tournait vers moi. Donc, moi j'étais une source secondaire d'informations. »* (P5 MF). Pour d'autres, cette recherche a aussi comme objectif de bâtir un argumentaire

pour convaincre leur partenaire d'adhérer à un type de suivi. C'est particulièrement le cas lorsque les nullipares considèrent un suivi avec un MF ou une SF et un accouchement en MdeN. À cet égard, certaines participantes ont assisté à la séance d'information sur les services SF pour convaincre leur partenaire, même si « *c'était déjà décidé d'avance que cela se passerait avec une sage-femme à la MdeN.* » (P20 SF) : « *Il n'était pas certain, mais quand on est allé faire la visite de la MdeN, il a aimé ça.* » (P20 SF). Cette préoccupation de la part de ces participantes révèle qu'implicitement elles désirent qu'il y ait une adéquation entre leurs attentes et celles de leur partenaire.

#### **Informations obtenues de manière passive ou accidentelle**

Outre la recherche interne d'information basée sur l'utilisation passée de services de santé et la recherche active d'information auprès de sources profanes et, dans une moindre mesure, de sources professionnelles et de sources commerciales, des participantes des trois groupes rapportent avoir obtenu accidentellement des informations, c'est-à-dire sans les avoir sollicitées. Ces informations proviennent de femmes de leur entourage ou de sources publiques comme les médias, et peuvent, comme mentionné précédemment, susciter ou alimenter leur réflexion à propos de leur suivi périnatal. L'information obtenue porte surtout sur le vécu des femmes lors de la grossesse, de l'accouchement ou de leur suivi périnatal et peut s'avérer défavorable à l'expérience de la maternité ou au suivi SF. Les extraits suivants illustrent la façon dont se manifestent ces informations acquises accidentellement.

*« Dans le sens que j'écoutais quand ça arrivait, ce n'est pas quelque chose que j'allais vers pour savoir absolument, mais quand j'avais des amies qui étaient enceintes et qui me racontaient ce qu'elles vivaient, bien j'écoutais. » (P22 SF)*

*« On entend toujours des histoires d'horreur de mamans qui sont mortes en accouchant et de bébés qui sont morts dans l'accouchement. » (P41 MF)*

*« Je lis beaucoup sur Internet et parfois c'est un sujet qui arrive il y a eu des scandales à un moment donné sur les sages-femmes. » (P37 MF)*

### **Incapacité à distinguer les types de suivis offerts**

Lorsque vient le temps de procéder au choix de leur suivi périnatal, des nullipares de tous les groupes méconnaissent leurs possibilités de choix et parviennent difficilement à distinguer les attributs des suivis offerts par les « docteurs ». À ce propos, ces participantes expriment bien la confusion liée aux distinctions entre le champ de pratique des MF et des ressources spécialisées (les OB).

*« Je ne sais pas c'est quoi le rôle d'un et le rôle de l'autre. Donc, pour moi, c'est tout pareil. » (P45 SF)*

*« Bien, au niveau obstétrique et médecine, je ne pense pas qu'il y ait une si grosse différence, mais je suis peut-être dans le champ. » (P25 SF)*

*« L'obstétricien, j'avais l'impression que c'était une personne qui était plus spécialisée juste pour le bébé. » (P3 MF)*

*« Je ne sais même pas c'est quoi la différence tellement que je ne me suis pas renseignée. » (P34 MF)*

*« L'obstétricien, encore une fois j'ai de la misère à démêler le médecin de famille et le gynécologue. » (P16 OB)*

*« Écoute, je te dirais qu'à ce niveau-là, je suis vraiment, je connais zéro. Les deux font la même chose? Les mêmes interventions? La même approche. » (P33 OB)*

Comme mentionné précédemment, le manque de disponibilité et d'accessibilité des informations sur l'offre des suivis périnataux ainsi que le fait que certaines participantes ne cherchent pas plus d'information en raison de leurs perceptions sur certains suivis contribuent à la méconnaissance de l'offre en matière de suivis périnataux. Un autre facteur entre aussi en ligne de compte, soit le temps dont les nullipares disposent pour chercher des informations. À cet égard, des participantes des trois groupes ont évoqué n'avoir pu bénéficier de suffisamment de temps pour colliger des informations sur l'offre de suivis : « *Quand tu travailles, tu n'as pas super le temps de lire des livres et de passer du temps sur des sites avant de faire ce choix-là.* » (P10 MF). Elles souhaitaient accéder rapidement à un suivi périnatal afin de confirmer leur grossesse, d'être rassurées de son bon déroulement, d'avoir accès aux tests de dépistage au moment opportun ou d'obtenir des réponses à des questions générales portant sur la maternité : « *Dès qu'on apprend qu'on est enceinte, il faut tout de suite prendre un rendez-vous, si j'avais eu plus de temps, j'aurais cherché plus d'information.* » (P12 MF).

### **Éléments recherchés lors d'un suivi périnatal**

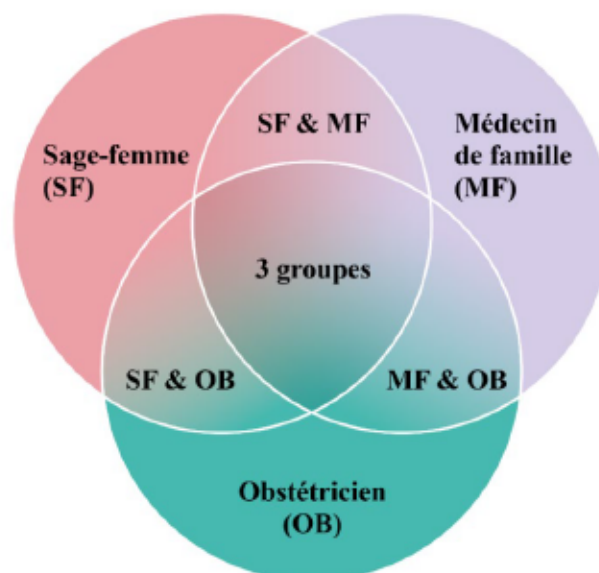
Selon la profondeur de leur réflexion, l'étendue de leurs connaissances sur les possibilités de suivis et sur le processus de la maternité, les participantes parviennent à identifier une certaine quantité d'éléments souhaités pour leur suivi périnatal. Indépendamment du type de professionnel choisi, les participantes ont évoqué rechercher généralement deux à quatre éléments. Ce nombre tend toutefois à être plus élevé pour les participantes du groupe SF et MF. En tenant compte de la justification qui sous-tend les

éléments recherchés par les nullipares pour leur suivi périnatal, ceux-ci ont été regroupés en trois sous-thèmes, soit les éléments : (1) communicationnels ou relationnels; (2) du savoir-faire du professionnel; et (3) organisationnels ou institutionnels. Cette classification repose sur les perceptions des participantes. De ce fait, il est possible qu'un même élément soit classé dans plus d'un sous-thème.

Afin de mettre en relation les différences et les similitudes des éléments recherchés par les participantes, nous avons créé des diagrammes de Venn. Ces derniers permettent d'illustrer les éléments spécifiques et communs aux groupes de participantes (suivi avec une SF, un MF ou un OB). Chaque sous-thème fait l'objet d'un diagramme de Venn (voir le modèle à la Figure 6). La zone de chevauchement centrale correspond aux éléments recherchés communs aux trois groupes de participantes, alors que les trois autres zones de chevauchement révèlent les éléments recherchés partagés entre deux groupes de participantes. Les trois dernières zones, celles sans chevauchement, regroupent les éléments recherchés spécifiques à chacun des trois groupes de participantes. Les éléments recherchés par les participantes seront présentés dans l'ordre décrit précédemment, et ceux qui ont été décisifs pour les participantes lors du choix de leur suivi seront abordés à la fin de ce chapitre.

**Figure 6**

*Organisation des éléments thématiques selon le type de professionnel*



Cette mise en évidence de l'ensemble des éléments recherchés par les participantes pour leur suivi périnatal apportera un éclairage sur les capacités des nullipares à identifier ce qu'elles recherchent lors de la première utilisation de ce service de santé. Cet exercice met aussi en lumière leurs connaissances relatives aux attributs des différents suivis offerts et leurs perceptions à propos de leur contribution au bon déroulement de leur suivi périnatal.

Ces résultats permettront d'orienter les stratégies de transfert de connaissances. Celles-ci serviront à mieux outiller les nullipares dans la détermination de leurs besoins en matière de suivi périnatal et à mieux les informer sur les attributs des suivis offerts ainsi que sur l'effet de ces derniers sur la grossesse et l'accouchement.

### **Éléments relationnels et communicationnels : « pas être juste un utérus »**

Le premier sous-thème identifié regroupe les éléments recherchés par les participantes qui, selon leurs perceptions, auront une influence sur leur relation et leurs communications, tout comme celles de leur partenaire, avec le professionnel. Les nullipares évoquent généralement rechercher plus d'un de ces éléments lors de leur suivi. La Figure 7 illustre la répartition de ces éléments selon le type de professionnel choisi.

### *Éléments communs aux trois groupes de participantes*

Plusieurs éléments communs liés à la relation et à aux communications avec le professionnel assurant le suivi sont recherchés par des participantes des trois groupes.

Des nullipares sont en quête d'un professionnel qui les invitera à prendre part aux décisions qui les concernent lors de leur suivi périnatal, car elles souhaitent pouvoir **prendre leurs propres décisions**. Elles désirent également que le professionnel les informe de l'ensemble des tests et procédures, des avantages et risques escomptés de chacun. Les trois extraits suivants démontrent bien ce désir de participer aux décisions.

*« [...] qui me permet de faire des choix éclairés et qui ne prend pas de décisions pour moi non plus. » (P14 SF)*

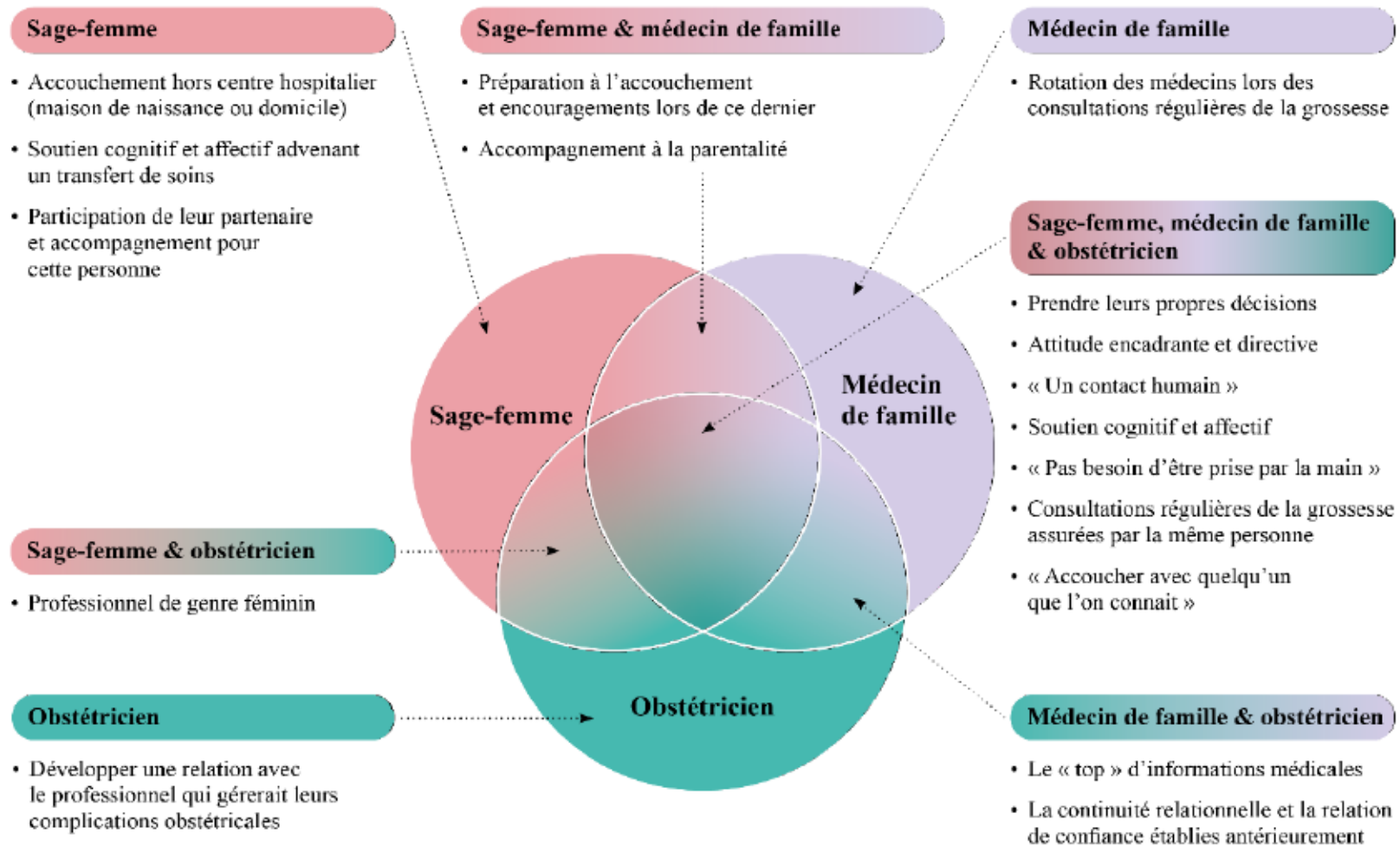
*« J'aime ça faire des choix éclairés. Moi, me faire dire quoi faire sans savoir pourquoi, je n'ai jamais aimé ça. » (P10 MF)*

*« Je voulais plus qu'elle me montre mes choix et que je puisse choisir, pas qu'elle m'oblige à prendre une voie plus que l'autre. » (P11 OB)*



**Figure 7**

*Éléments relationnels et communicationnels recherchés selon le type de professionnel choisi*



D'autres participantes ont comme attente de bénéficier d'un suivi avec un professionnel qui adoptera une **attitude encadrante et directive** : « *Je veux avoir un cadre et quelqu'un qui me replace.* » (P22 SF)<sup>48</sup>. Par ailleurs, une première expérience de grossesse et de suivi périnatal nourrit cette attente : « *Je suis tellement dans l'inconnu, je me fie sur ce qu'ils me disent.* » (P25 SF). Comme en témoignent les extraits suivants, elles recherchent un professionnel qui impose un suivi, des limites et qui prend des décisions pour elles.

« *Moi, je vais suivre ce qu'on me dit. Je me sens plus sécurisée quand on m'oblige à faire quelque chose.* » (P37 MF)

« *J'ai vraiment l'impression qu'ils [les sages-femmes] sont plus laisser-aller : "faites ce que vous voulez, ce que vous sentez bien". J'aime mieux quelqu'un qui m'encadre.* » (P11 OB)

Des participantes de tous les groupes sont en quête d'un professionnel qui possède certaines habiletés de communication interpersonnelle. À cet égard, les participantes utilisent les expressions suivantes : « *un contact humain* » (P7 MF), « *quelqu'un qui est humain* » (P5 MF) et « *le côté humain* » (P3 MF). D'autres mentionnent plutôt l'un des aspects suivants : « *qu'il me sourit quand j'arrive* » (P1 SF), « *qu'il soit sympathique surtout* » (P17 OB) et « *quelqu'un qui soit attentif* » (P11 OB). Ces participantes rendent bien compte de ce désir :

« *Qu'il y ait quand même un côté humain, pas juste me sentir juste, il y avait des collègues qui me disaient : "On dirait que je suis juste un utérus. Finalement, je fais mon échographie puis même si je n'ai pas l'air d'être en forme c'est comme*

---

<sup>48</sup>Toutefois, cela ne signifie pas que les catégories « Prendre leurs propres décisions » et « Attitude encadrante et directive » soient pour autant polarisées. Des participantes considèrent que ces deux attributs peuvent cohabiter.

*s'il n'y avait pas d'attention qui était portée à la maman en tant que telle.» » (P3 MF)*

*« Me faire faire un examen et que le médecin n'attende même pas que je sois installée, je ne sais pas, je ne trouve pas que c'est humain. Ça fait genre : "tu es un numéro et let's go on passe à l'autre." » (P28 SF)*

En raison du caractère nouveau de cette première expérience de maternité et du « *stress du premier bébé* » (P28 SF), des participantes de tous les groupes sont à la recherche d'un professionnel qui leur offrira un **soutien cognitif et affectif** lors de la grossesse. Ce désir se traduit par la recherche de réponses à « *toutes [leurs] questions, [leurs] interrogations et inquiétudes* » (P10 MF), de « *consignes de ce qu'on doit faire, ce que l'on ne doit pas faire* » (P2 OB), d'« *informations de base* » (P1 SF) ainsi que de renseignements sur les divers changements anticipés lors de l'évolution d'une grossesse. D'autres souhaitent aussi que le professionnel soit « *rassurant et encourageant* » (P17 OB) lors de la grossesse.

D'autres participantes évoquent plutôt qu'elles ne recherchaient pas de soutien de la part du professionnel : « *Je me sentais capable de traverser ça, pas toute seule, je sentais que je savais ce que j'aurais à faire, peu importe la situation qui se présentait.* » (P31 MF). Elles ne ressentaient pas le besoin « *d'être prise par la main* » (P19 OB) et n'avaient pas d'insécurités par rapport à leur grossesse ou accouchement.

Un suivi où toutes les **consultations régulières de leur grossesse sont assurées par la même personne** est un autre élément évoqué par des participantes de tous les groupes :

« *quelqu'un qui fait un suivi tout le temps* » (P2 OB) et « *qui me suit tout le long* » (P4 MF). Selon elles, cette continuité relationnelle permettrait aux participantes de se révéler comme elles le feraient en présence « *d'une confidente, vraiment d'une amie, une alliée* » (P45 SF). Pour la participante de l'extrait suivant, un suivi avec une seule personne est plus approfondi et complet.

*« Si je rencontre par exemple ma sage-femme et que j'accepte de m'ouvrir dans mon intimité un peu plus et de confier certaines choses et que je fais un bout de chemin là-dessus et qu'un mois et demi après je la revoie et que finalement ce n'est pas la même personne, c'est sûr que je ne pourrai pas aller aussi loin que si j'avais rencontré la même personne et que je pouvais faire un pas de plus sur ce que j'avais déjà commencé à lui partager. »* (P44 SF)

Le dernier élément mentionné par des participantes de tous les groupes est le désir de connaître le professionnel qui sera responsable de leur accouchement : « *accoucher avec quelqu'un que l'on connaît* » (P27 MF), « *avoir un visage connu* » (P22 SF) ou « *savoir qui c'est* » (P30 MF). Certaines souhaitent aussi que la personne qui sera responsable de leur accouchement ait effectué l'ensemble de leurs consultations régulières de grossesse : « *Moi, je m'attendais à ce que la personne qui fasse mon suivi tout le long m'accouche.* » (P23 OB). D'autres nullipares désirent avoir rencontré cette personne au moins une fois avant l'accouchement. Accoucher en présence d'une personne qu'elles connaissent, ou du moins reconnaissent, serait perçu comme étant rassurant. Cela suscite un sentiment de confiance envers le professionnel, comme en témoignent les deux extraits suivants.

*« Je connais sa voix, je connais ses habitudes un peu, je me suis familiarisée avec son énergie aussi. Ça me sécurise. »* (P18 SF)

*« Le lien de confiance n'est pas là : "Tu es qui toi? Je ne t'ai jamais vu et là tu t'en vas sortir un bébé de mon ventre". Je ne suis pas sûre! »* (P41 MF)

### *Éléments partagés par deux groupes de participantes*

Peu d'éléments recherchés liés aux aspects relationnels et communicationnels du suivi périnatal sont partagés par des participantes de deux groupes de professionnels. Toutefois, chaque duo partage au moins un élément commun.

Le premier élément partagé, à la fois par des participantes ayant choisi une SF ou un MF, est le souhait de bénéficier d'activités de **préparation à l'accouchement** lors des consultations prénatales et d'**encouragements lors de ce dernier** : *« Je ne veux pas arriver à l'accouchement et que je ne sache pas ce qui se passe et que ce soit un peu cacophonique. »* (P41 MF). Le second élément recherché et partagé par des participantes des groupes SF et MF consiste en un **accompagnement à la parentalité** avec le professionnel qui a effectué leur suivi périnatal, une fois que celui-ci sera terminé. Les extraits suivants montrent bien que certaines participantes recherchent un accompagnement qui aborde plus que la grossesse et l'accouchement.

*« [...] d'avoir un suivi, de savoir quoi faire parce que quand c'est ton premier bébé, tu n'as aucune idée. »* (P30 MF)

*« J'aurais souhaité que la sage-femme avec qui je tisse un lien, mais aussi qui a une bonne connaissance des différentes nuances de la vie puisse accompagner la parentalité plus longtemps que ça. »* (P44 SF)

Le seul élément convoité à la fois par des participantes du groupe SF et du groupe OB est la présence d'un **professionnel de genre féminin**. Ces participantes estiment qu'une femme ayant déjà vécu l'expérience de la grossesse et de l'accouchement est plus

susceptible d'établir une communication empathique lors de leur suivi : « *C'est sûr que je serais plus poussée pour avoir une fille médecin, elles savent c'est quoi.* » (P11 OB).

Des participantes des groupes MF et OB se distinguent de celles du groupe SF, car elles ont insisté sur le fait de désirer le « *top d'informations médicales* » (P5 MF) ou « *d'avoir l'information de toutes les possibilités* » (P29 OB) advenant des complications obstétricales. D'autres recherchaient **la continuité relationnelle et la relation de confiance établies** lors de l'utilisation antérieure des services de leur OB ou MF.

#### *Éléments spécifiques selon le groupe de participantes*

Des éléments relationnels et communicationnels recherchés sont spécifiques à des participantes du groupe SF et, dans une moindre mesure, à celles du groupe MF ou du groupe OB.

Seules certaines participantes du groupe SF estiment que le lieu de l'accouchement aura un effet sur leur capacité à faire valoir leurs besoins et à exercer leur autonomie décisionnelle. Selon elles, les règles institutionnelles du milieu hospitalier peuvent compromettre l'expression de leurs besoins et la réponse à ceux-ci, et ce, même si elles sont accompagnées par une SF. **Accoucher hors centre hospitalier, soit à la MdeN ou à leur domicile**, leur offre une protection contre la prise en charge hospitalière standardisée applicable à toutes les femmes. Elles perçoivent que cela donne lieu à une relation avec le professionnel qui implique plus de liberté et à un contexte où elles peuvent

communiquer leurs désirs plus facilement et s'attendre à ce que ceux-ci soient satisfaits.

Les trois extraits suivants démontrent bien ce désir de liberté.

*« J'avais entendu dire que quand ce sont les médecins qui t'accouchent, tu avais droit à pas plus que 45 minutes dans le bain. Ça, ce sont des affaires que je me dis que si c'est dans le bain que tu es bien, à la MdeN tu as plus de liberté. » (P36 SF)*

*« À l'hôpital, c'est sûr qu'ils n'ont pas le choix, c'est un hôpital. Tu sais, à la MdeN, si tu veux manger une pizza, tu peux manger une pizza. » (P42 SF)*

*« Moi, je veux vraiment essayer toutes les positions d'accouchement. Je veux vraiment bouger et aller dans le bain. Ce sont des trucs que je n'aurais pas pu faire à l'hôpital. » (P45 SF)*

Enfin, l'une des participantes ayant choisi une SF souhaitait obtenir de cette dernière **du soutien cognitif et affectif advenant un transfert de soins** vers l'équipe médicale. Une autre participante ayant choisi une SF désirait être suivie par un professionnel qui reconnaît la **participation du partenaire**, lui offre **un accompagnement** durant le suivi et « *une place* » (P14 SF) lors de la grossesse et de l'accouchement.

Concernant les éléments recherchés uniquement par des participantes du groupe MF, certaines désirent qu'il y ait **une rotation des médecins lors de leurs consultations régulières de grossesse**. Elles considèrent que cette alternance augmente la possibilité de faire la connaissance d'un professionnel avec qui « *ça clique* » (P7 MF) et avec lequel elles pourront avoir des affinités.

Les participantes qui ont choisi d'être suivies par un OB se distinguent des participantes des deux autres groupes sur un seul élément recherché. Elles désirent

développer une relation avec le professionnel qui gèrerait leurs complications obstétricales ou leur césarienne, s'il y a lieu : « *Si quelque chose ne va pas, je vais aller avec le gynécologue, mais tant qu'à rencontrer quelqu'un, on va y aller directement avec le gynécologue.* » (P29 OB).

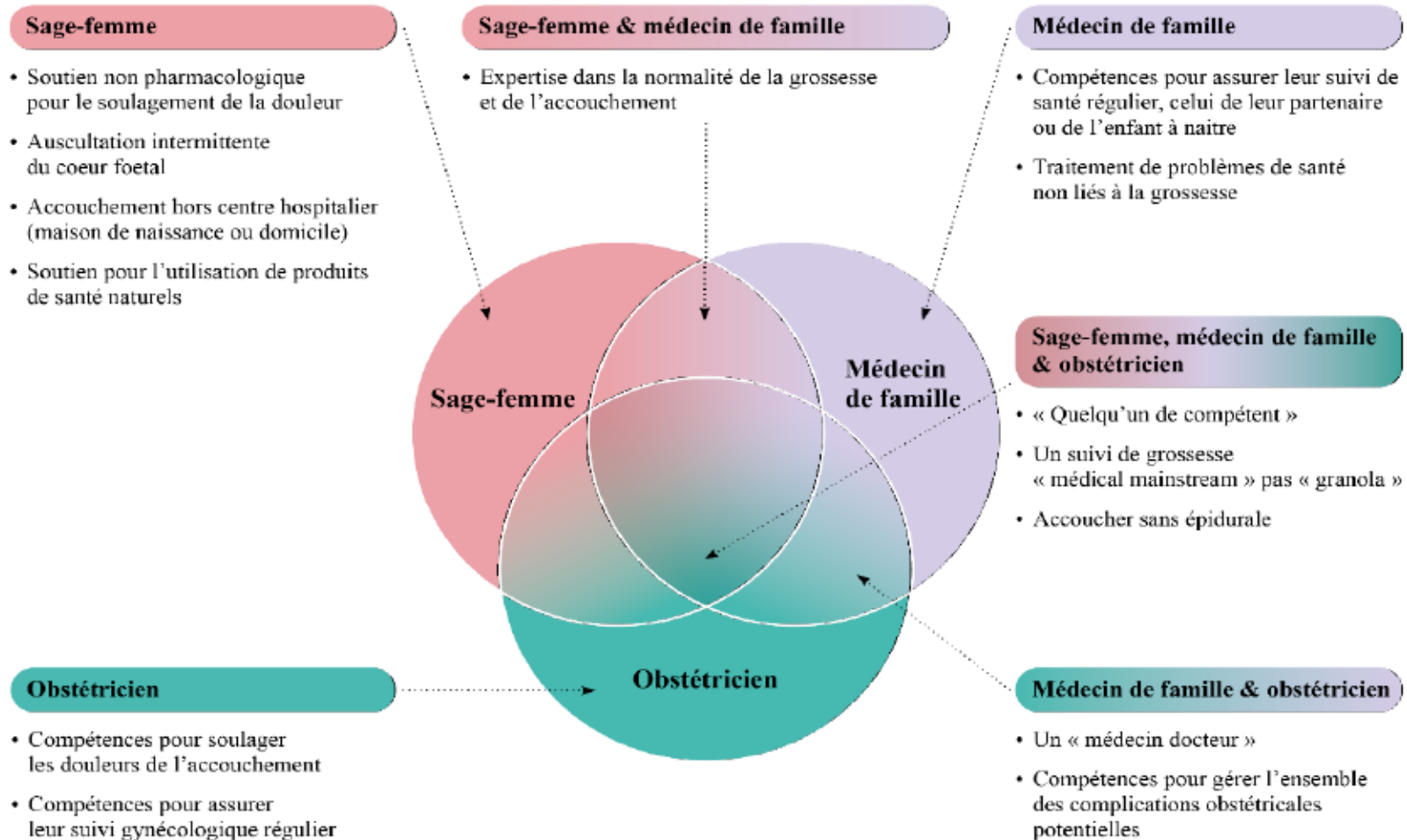
### **Les éléments liés au savoir-faire du professionnel**

Ce deuxième sous-thème regroupe les éléments recherchés liés à l'exécution d'interventions cliniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques par le professionnel lors du suivi périnatal. Ne connaissant pas bien l'offre des professionnels, les participantes éprouvent de la difficulté à identifier les attributs qui leur permettront de combler leurs attentes. La Figure 8 illustre la répartition de ces éléments selon le type de professionnel choisi.



**Figure 8**

*Éléments recherchés liés au savoir-faire du professionnel choisi*



### *Éléments communs aux trois groupes de participantes*

Sans égard au type de professionnel choisi, des participantes recherchent « *quelqu'un de compétent* » (P38 OB) pour assurer leur suivi périnatal. Elles souhaitent pouvoir bénéficier d'un suivi périnatal sous la responsabilité d'un professionnel de la santé qui a été responsable de plusieurs suivis et qui possède de l'expérience : « [...] *a l'air de savoir où est-ce qu'il s'en va avec ça* » (P12 MF). Elles recherchent une personne qui « *sache quoi faire s'il arrive quelque chose* » (P6 SF) et pour certaines, qui est membre d'un ordre professionnel. L'extrait suivant illustre bien l'importance pour cette participante d'être suivie par un professionnel qui possède une formation reconnue.

*« C'est sûr que je n'aurais pas voulu que ce soit n'importe qui pas de formation ni rien. Par contre, à partir du moment où tu as une formation et que tu es reconnu au Québec pour être apte à faire ça. »* (P1 SF)

Un professionnel qui possède les qualifications requises pour leur offrir un suivi périnatal « *mainstream* » (P5 MF) est recherché par des participantes de tous les groupes, y compris des participantes ayant choisi une SF et un accouchement en MdeN. Lorsqu'elles définissent ce suivi de grossesse dit conventionnel, certaines évoquent un suivi « *médical* » dont la périodicité des consultations régulières de la grossesse suit la norme de « *la bonne fréquence* » (P17 OB). D'autres mentionnent un suivi qui est composé d'un ensemble d'évaluations cliniques et de tests de dépistage conformes aux recommandations des experts pour attester du bien-être fœto-maternel, comme en témoignent les extraits suivants.

*« C'est sûr que tout ce qui était de s'assurer que ça se passe bien : battement de cœur, ma pression, mes prises de sang, tout ce suivi-là au niveau médical. Sinon, je n'avais pas de qualification précise. »* (P25 SF)

*« Je vais aller dans le mainstream en premier [...]. C'est le suivi en tant que tel, les prises de sang, les dépistages, trisomie, etc. » (P5 MF)*

*« Quelqu'un qui allait faire les choses selon ce que ça devrait être actuellement, demander les bons tests au bon moment, faire les bons suivis au bon moment. » (P29 OB)*

Par ailleurs, pour des participantes de tous les groupes, un suivi « **médical mainstream** » exclut la notion d'un suivi de type « **granola** » ou « **grano** », qu'elles associent aux services offerts par les SF ou à leur clientèle. La signification de cette expression peut correspondre à des conseils particuliers sur l'alimentation comme « *manger des noix ou des niaiseries de même* » (P22 SF), à un suivi comportant peu ou pas d'évaluations cliniques médicales, à un professionnel qui recommanderait des cours de yoga, des produits de santé naturels ou de la « *médecine douce* » (P16 OB). L'extrait suivant d'une participante ayant choisi une SF montre bien ce qui est perçu comme étant « **granola** ».

*« J'ai des amies qui sont très granolas et qui ont fait affaire avec les sages-femmes. Admettons, il y en a une qui ne voulait aucune échographie, aucune prise de sang, rien rien rien. Ça, je ne me sentirais pas à l'aise avec un suivi de cette forme-là. » (P36 SF).*

Le dernier élément commun à des nullipares de tous les groupes est le désir d'accoucher sans épidurale, ce qui pour elles signifie « naturellement » : « *Je vais vraiment y aller naturel, sans épidurale* » (P38 OB), « *[...] pas d'épidurale. Je vais faire ça naturel.* » (P26 SF). De ce fait, pour elles, il semble qu'accoucher naturellement n'exclut pas nécessairement la présence d'autres interventions obstétricales telles que la rupture artificielle des membranes ou le déclenchement du travail. De plus, elles n'arrivent

pas à opérationnaliser leur désir d'accoucher sans épidurale en termes d'attributs spécifiques recherchés chez le professionnel, telle une expertise en accompagnement de la douleur lors de l'accouchement.

### *Éléments partagés par deux groupes de participantes*

Peu d'éléments liés au savoir-faire du professionnel sont mentionnés à la fois par des participantes des groupes SF et MF ou par celles des groupes MF et OB. Aucun élément de ce sous-thème n'est partagé entre les participantes des groupes SF et OB.

Certaines participantes ayant choisi une SF ou un MF souhaitent que leur suivi périnatal soit sous la responsabilité d'un professionnel détenant une **expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement**. Selon elles, cette expertise se manifeste par un professionnel qui, de par ses savoirs uniques, offre « *un point de vue naturel* » (P18 SF) de la grossesse et de l'accouchement plutôt que de les envisager comme « *une maladie* » (P10 MF). Cette expertise se traduit aussi par le respect du rythme individuel de chaque accouchement, par l'évaluation de la pertinence des interventions lors de l'accouchement et par le fait de ne pas intervenir sans justification médicale lors de ce dernier. Selon elles, ces compétences sont essentielles pour favoriser le bon déroulement de leur accouchement, qui doit être a priori « *traité naturellement* » (P45 SF), comme en témoignent les extraits suivants.

*« Qu'à l'hôpital on me presserait peut-être un peu plus et si tu ne répons pas aux moyennes des autres femmes, bien ça va être une intervention parce qu'on a autre chose à faire et c'est plus facile de contrôler l'accouchement que de laisser aller les choses et de croire en l'accouchement physiologique. » (P14 SF)*

*« Je voulais quelque chose de vraiment naturel parce que souvent, les docteurs, quand c'est trop long, commencent à paniquer un peu trop vite et bon : "on va passer en césarienne" ou "on va sortir les forceps, la ventouse." » (P45 SF)*

*« Je ne voudrais pas non plus qu'on précipite des manœuvres et tout ça. Je me dis que ça prendra le temps que ça prendra. [...]. Je me dis que vu que je veux un accouchement le plus naturel possible, si tu as un médecin qui prône vraiment beaucoup les interventions ou les ruptures de membranes [...]. » (P10 MF)*

Des participantes du groupe MF et OB recherchent un suivi périnatal sous l'autorité d'un « *médecin docteur* » (P8 OB) ou du « *corps médical* » (P33 OB). Selon elles, les médecins ou le corps médical sont les seuls professionnels qui détiennent l'expérience adéquate : « [...] *tu es plus avec du monde qui s'y connaissent* » (P37 MF). Seuls eux possèdent l'expertise et les connaissances médicales requises pour dispenser un suivi périnatal sécuritaire : « *Je me sens beaucoup plus en sécurité avec les médecins. Elle [une sage-femme] n'est pas médecin. Elle n'a pas de Ph. D.* » (P9 OB)

De ces mêmes participantes, certaines estiment que leur grossesse et leur accouchement sont à risque élevé de complications : « *Au premier [bébé] tout peut arriver, je vois ça comme un évènement à risque de tout.* » (P4 MF). D'autres anticipent le recours à une césarienne : « *J'ai cette image-là dans ma tête que je suis à risque d'avoir une césarienne* » (P2 OB), « *J'ai peur que ça reste coincé.* » (P34 MF). De ce fait, elles recherchent spécifiquement un docteur qui possède les **compétences pour gérer l'ensemble de leurs complications obstétricales potentielles**, plus particulièrement lors de leur accouchement. Les compétences cliniques et la prise en charge par le spécialiste sont perçues, et ce, « *peu importe ce qui arrive* » (P13 OB) lors de l'accouchement,

comme étant garantes d'issues favorables pour la mère et le fœtus. L'extrait suivant illustre bien en quoi les compétences du professionnel en matière de complications influencent la participante.

*« Je voulais vraiment que ce soit le bon professionnel de la santé pour être sûre que tout soit correct, ne pas arriver et être déçue et se dire que si j'avais été voir le gynécologue, je ne l'aurais peut-être pas perdu. Je voulais vraiment être sûre. » (P8 OB)*

### *Éléments spécifiques selon le groupe de participantes*

Quelques éléments recherchés liés au savoir-faire du professionnel sont spécifiques à chacun des groupes de participantes.

Certaines participantes ayant choisi une SF et qui souhaitent accoucher sans épidurale parviennent à opérationnaliser ce souhait sous la forme d'attributs recherchés. Elles recherchent un professionnel qui leur offrira **un soutien non pharmacologique pour le soulagement de la douleur** lors de l'accouchement comme des propositions de positions et des techniques de relaxation. Elles veulent aussi qu'il procède à l'**auscultation intermittente du cœur fœtal** pendant l'accouchement afin de favoriser leur liberté de mouvement, un aspect important pour les participantes, comme le montrent les extraits suivants.

*« [...] mais de savoir que la personne va pouvoir me dire : “mets-toi dans telle position, peut-être que ça va t'aider à soulager ta douleur” qu'elle soit là dans ce sens-là. » (P22 SF)*

*« “Oh mon dieu! On met le monitoring en continu!” Et là cela t'empêche de bouger, mais là si j'ai mal et j'ai le goût de bouger? Je n'ai pas envie de me sentir coincée ou restreinte pendant ce moment-là. » (P28 SF)*

Pour certaines, l'environnement de l'accouchement exerce une influence sur le savoir-faire du professionnel. Pour elles, **accoucher avec une SF hors du CH, soit en MdeN ou à leur domicile**, leur donne « *de meilleures chances d'avoir un accouchement sans interventions* » (P14 SF).

Enfin, l'une des participantes du groupe SF recherche un professionnel qui soutient **l'utilisation de produits de santé naturels**.

Seules des participantes ayant choisi un MF ont évoqué rechercher un professionnel qui possède les **compétences pour assurer leur suivi de santé régulier, celui de leur partenaire ou de l'enfant à naître**. L'une d'elles était aussi en quête d'un professionnel capable de traiter ses problèmes de santé non liés à la grossesse lors de son suivi périnatal.

Enfin, uniquement des participantes ayant choisi un OB ont évoqué le souhait de pouvoir donner naissance avec un professionnel qui possède les **compétences pour soulager leur douleur dès les premières contractions** : « *moi je veux avoir l'épidurale dès que je le peux* » (P13 OB). Certaines recherchent aussi un professionnel ayant les **compétences pour assurer leur suivi gynécologique régulier** après leur suivi périnatal.

### **Éléments organisationnels et institutionnels**

Ce dernier sous-thème regroupe les éléments recherchés et perçus par les participantes comme étant liés à des composantes institutionnelles et organisationnelles. Ces éléments relèvent de l'accessibilité des soins et services, de leur coordination, de leur couverture ainsi que de l'environnement physique pour les consultations et l'accouchement. La Figure 9 illustre la répartition de ces éléments selon le type de professionnel choisi. Les participantes des trois groupes parviennent à cibler des attributs organisationnels et institutionnels recherchés pour combler leurs attentes lors de leur suivi périnatal.

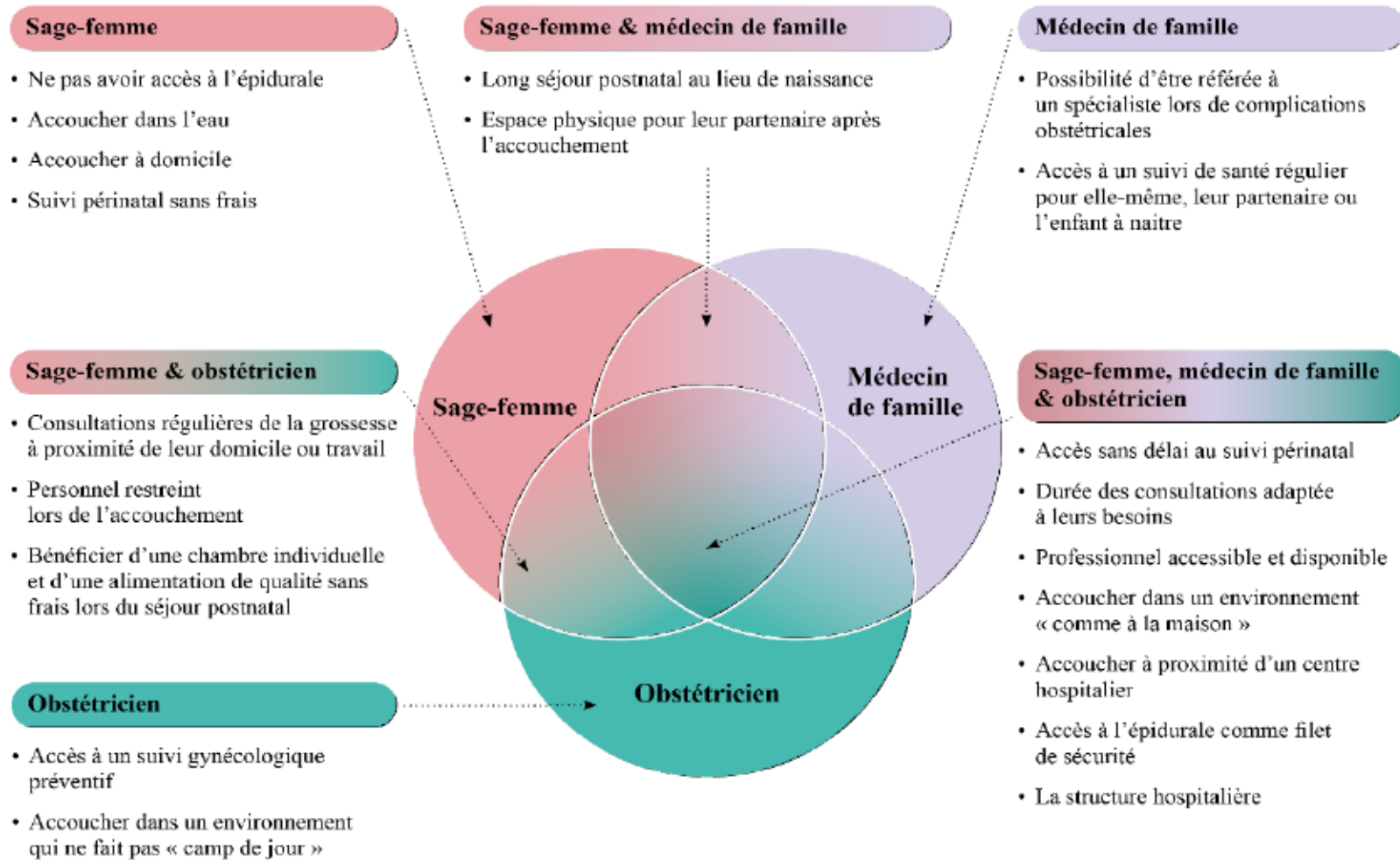
### *Éléments communs aux trois groupes de participantes*

Plusieurs attributs organisationnels et institutionnels liés au suivi périnatal sont recherchés par des participantes des trois groupes. Elles souhaitent accéder sans délai d'attente à la première consultation régulière de leur suivi afin « *d'avoir vite des nouvelles* » (P11 OB), de confirmer leur grossesse ou d'être rassurées sur le bon déroulement de cette dernière. Certaines d'entre elles souhaitent aussi que la **durée des consultations régulières de la grossesse soit adaptée à leurs besoins** afin qu'elles répondent à l'ensemble de leurs questions et inquiétudes. La durée optimale des rencontres est celle qui leur permet de ne pas se sentir bousculées, « *ne pas sentir [qu'elles] doivent aller rapidement* » (P42 SF) et qui permet au professionnel « *de prendre bien le temps* » (P10 MF) lors des consultations.



**Figure 9**

*Éléments organisationnels et institutionnels recherchés selon le type de professionnel choisi*



Des nullipares de tous les groupes recherchent aussi un **professionnel accessible et disponible** : « *d'avoir accès à cette personne-là 24 h sur 24* » (P22 SF). Elles souhaitent pouvoir le consulter facilement et obtenir des réponses à leurs inquiétudes au sujet de préoccupations ou de symptômes liés à leur grossesse.

Qu'elles aient choisi une SF, un MF ou un OB, certaines nullipares expriment aussi le désir d'**accoucher dans un environnement chaleureux** « *comme à la maison* » (P11 OB). Elles font référence à une chambre individuelle, calme, insonorisée, dotée d'un éclairage tamisé, qui n'est pas encombrée de lits d'hôpital ou d'équipements médicaux, et où elles peuvent porter leurs propres vêtements. Les extraits suivants, provenant de participantes issues des trois groupes, illustrent bien le genre de lieu qu'elles souhaitent pour leur accouchement.

*« Je trouve que la MdeN, pour l'avoir visitée, elle est tellement belle, tellement complète que c'est là que j'aimerais mieux accoucher [...]. Les chambres sont tellement bien adaptées avec ton bain. Tu es comme chez toi, c'est très intime, tu sais, tu as ton bain à toi, tu as ton matériel à toi. »* (P22 SF)

*« À l'hôpital, ce qui me dérange un peu, c'est que je trouve ça froid [...] ça reste des lits d'hôpital avec des machines autour et l'environnement pas très chaleureux, la décoration. »* (P41 MF)

*« [...] accoucher à l'hôpital, je me suis dit que c'était froid, il y a beaucoup de monde, tandis que dans une clinique juste pour les sages-femmes, c'est plus... pas familial. »* (P38 OB)

Un autre élément recherché par des participantes de tous les groupes est la possibilité d'**accoucher dans un environnement chaleureux**, similaire à une MdeN, mais situé à

**proximité d'un CH.** Comme le démontrent les extraits suivants, ce dernier aspect est important pour certaines participantes.

*« Mon rêve serait que chaque hôpital qui fait des accouchements puisse avoir une MdeN à côté ou affiliée à l'hôpital. » (P42 SF)*

*« C'est super beau, des belles chambres, une belle cuisine, tout est vraiment plus chaleureux. Les lits doubles et le bain! Comme une soirée à l'hôtel [...]. C'est juste la distance. C'est juste que je me dis : si jamais il y a une urgence, de devoir être transférée de la MdeN à l'hôpital, c'est juste ça. » (P16 OB)*

La valeur perçue de cette option est qu'elle permet d'éviter les désagréments d'un transfert en ambulance pendant leur accouchement et facilite l'accès rapide à une équipe médicale. Selon elles, un accouchement dans un lieu éloigné d'un CH met à risque leur sécurité et celle de l'enfant à naître. Cela représente une source d'inquiétudes : *« ça rajoute un stress et un délai pas rassurant » (P10 MF).*

Ne sachant pas à quoi s'attendre comme douleur lors de leur accouchement, car elles *« ne l'ont jamais vécu » (P12 MF)*, des participantes de tous les groupes recherchent un professionnel qui pratique dans un environnement où l'épidurale est accessible en cas de besoin. Cette dernière est perçue *« comme un filet de sécurité » (P7 MF)* *« si jamais à un moment donné la douleur devient trop intense » (P40 MF).* L'extrait suivant illustre aussi le côté rassurant pour cette participante d'avoir l'option de l'épidurale lors d'un accouchement en CH.

*« Je me dis que ça se peut que ça ne fasse pas si mal et que je ne me rende pas au point où je dise : "j'ai besoin de l'épidurale", mais si jamais à un moment donné j'en ai besoin. [...] On peut accoucher à l'hôpital. Ça fait mon affaire » (P1 SF)*

Des participantes de tous les groupes désirent également que leur premier accouchement soit en CH pour bénéficier de la **structure hospitalière** : « *J'ai plus envie d'accoucher à l'hôpital pour le premier accouchement.* » (P5 MF). La coordination des interventions et des soins, l'équipement médical disponible et le personnel médical qui œuvre en CH leur procurent un sentiment de sécurité : « *il y a tout ce qu'il faut* » (P40 MF), « *s'il arrive une complication, on est déjà là* » (P22 SF), « *il ne peut rien arriver de grave parce que justement, toutes les réactions se font rapidement* » (P13 OB).

Pour certaines, l'accouchement dans une structure hospitalière correspond à une norme sociale, indépendamment du type de professionnel présent : « *C'est sûr qu'en centre hospitalier pour moi c'était plus naturel, plus sécurisant.* » (P1 SF). Pour d'autres, cette norme se définit aussi par la présence du professionnel qui exerce en milieu hospitalier, en l'occurrence un médecin : « *L'hôpital et le médecin est une association logique.* » (P5 MF).

#### *Éléments partagés par deux groupes de participantes*

Quelques attributs organisationnels et institutionnels recherchés sont partagés par deux groupes de participantes. Toutefois, aucun élément de ce sous-thème n'est partagé entre les participantes des groupes MF et OB.

Seules des participantes du groupe SF et MF souhaitent pouvoir bénéficier d'un **long séjour postnatal immédiat**. Elles souhaitent avoir assez de temps pour « *retomber sur*

*[leurs] pattes* » (P45 SF) avant de retourner à leur domicile avec leurs nouvelles responsabilités parentales. Certaines désirent aussi avoir accès à un **espace physique pour leur partenaire après leur accouchement**. L'importance de cet espace est d'ailleurs bien représentée dans l'extrait suivant.

*« Aussi, un des gros avantages que j'ai entendu parler d'accoucher à la MdeN, c'est l'idée du lit double pour le conjoint. Le conjoint a plus sa place. Pour après l'accouchement surtout pour que le conjoint puisse se reposer aussi et puisse être présent, être près de toi. »* (P36 SF)

En ce qui concerne les éléments communs aux participantes des groupes SF et OB, certaines d'entre elles souhaitent que les **consultations de la grossesse se déroulent dans un lieu physique à proximité de leur travail ou de leur domicile**. D'autres souhaitent que le **personnel de la santé présent à leur accouchement soit limité** : *« À l'hôpital, tu peux te ramasser à avoir plusieurs personnes, tu sais, ta chambre peut être remplie et le brouhaha que ça fait. Des fois, tu ne te ramasses pas toute seule. »* (P28 SF). Enfin, lors de la période postnatale immédiate, des participantes de ces deux groupes souhaitent pouvoir être logées confortablement dans **une chambre individuelle et bénéficier d'une alimentation de qualité sans frais supplémentaires**.

#### *Éléments spécifiques selon le groupe de participantes*

Parmi les attributs organisationnels et institutionnels recherchés, quelques-uns sont spécifiques à des participantes du groupe SF, du groupe MF ou du groupe OB.

Seules des participantes du groupe SF recherchent **un lieu d'accouchement où l'épidurale n'est pas disponible** afin d'être soutenues dans leur désir de donner naissance sans épidurale : *« J'ai peur que ça m'influence si je sais qu'elle [l'épidurale] est accessible. »* (P25 SF). D'autres veulent pouvoir **accoucher dans l'eau ou à leur domicile**. Enfin, certaines participantes du groupe SF ont mentionné qu'elles souhaitent accéder à **un suivi périnatal sans frais**.

Concernant les attributs recherchés spécifiquement par des nullipares qui ont choisi un MF pour leur suivi, certaines recherchent un **professionnel qui peut les référer à un spécialiste en cas de complications obstétricales** et qui leur donnera accès à **un suivi de santé régulier pour elle-même, leur partenaire ou l'enfant à naître** lorsque le suivi périnatal sera terminé.

Pour ce qui est des attributs qui sont spécifiques à des nullipares ayant choisi un OB, certaines recherchent un suivi périnatal avec un professionnel qui acceptera d'assurer leur **suivi gynécologique préventif** lorsque leur suivi périnatal sera terminé. L'une des participantes de ce groupe a aussi évoqué le souhait d'**accoucher dans une chambre qui n'est pas similaire à celle de son domicile**. Dans l'extrait suivant, l'expression « camp de jour » utilisée par cette participante pour désigner la chambre en MdeN laisse aussi entendre qu'elle considère ce lieu comme infantilisant.

*« Je trouve que ça fait un peu camp de jour ce qu'on voit. Ce qu'on voit dans les vidéos et ce qu'on nous dit, tu sais, tu es comme dans une chambre, avec vraiment un lit comme chez vous, je ne sais pas. Ça ne me rejoint pas. »* (P32 OB)

### Évaluation des possibilités de suivis périnataux

Lorsque vient le temps de procéder au choix du type de professionnel qui sera responsable de leur suivi périnatal, les nullipares priorisent des éléments recherchés particuliers : « *c'était cela qui primait d'abord* » (P31 MF), « *ça, c'est sûr que c'était non négociable* » (P14 SF), « *la seule chose que je voulais vraiment* » (P9 OB). Ce sont des critères décisifs.

Les entretiens ont permis d'identifier huit critères décisifs principaux. Certains d'entre eux sont communs à plus d'un groupe de professionnels. Par exemple, un critère décisif principal peut correspondre au MF et à l'OB pour certaines participantes. Nos résultats démontrent que certaines nullipares priorisent alors des critères décisifs additionnels, ce qui les mène finalement vers un seul type de professionnel. Ces critères décisifs additionnels ont aussi été identifiés. Lors de l'analyse de ces critères, trois facteurs d'influence sont aussi apparus et ont été jugés décisifs également : l'avis de l'entourage des nullipares, l'approbation de leur partenaire et les informations de la part des professionnels obtenus lors de leur recherche d'information. Les critères décisifs principaux ou additionnels sont des éléments jugés comme essentiels par la nullipare pour son suivi périnatal (p. ex., accoucher hors centre hospitalier) alors que les facteurs d'influence décisifs sont des informations ou des personnes qui guident fortement sa réflexion (p. ex., l'avis favorable d'amies ayant accouché à leur domicile ou en MdeN). C'est sur la base de ces critères et de ces facteurs d'influence décisifs, de leurs

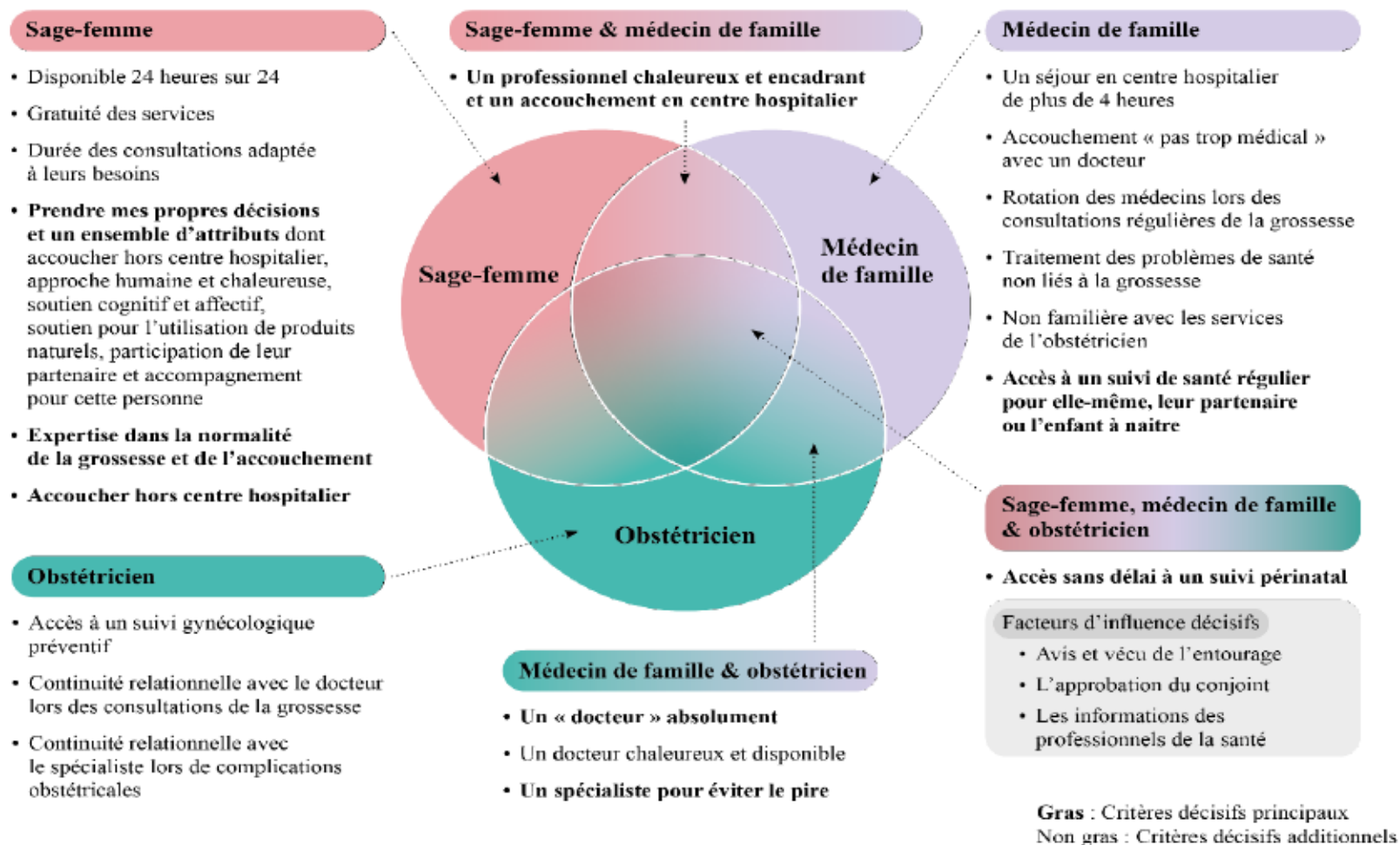
connaissances et de leurs perceptions à l'égard des attributs des différents types de suivis connus que les nullipares procèdent au choix de leur type de suivi (SF, MF ou OB).

La Figure 10 montre la répartition des critères et des facteurs d'influence décisifs selon le professionnel choisi par les participantes et selon l'ordre chronologique de leur présentation dans les sections qui suivent. Les trois facteurs d'influence décisifs ont été observés chez des participantes de tous les groupes, peu importe le type de professionnel choisi. Ils se trouvent dans l'encadré gris et seront présentés en premier dans la section suivante. Les huit critères décisifs principaux priorisés par les participantes sont quant à eux affichés en gras. Un seul d'entre eux est commun à l'ensemble des groupes de participantes. Il mène à lui seul certaines d'entre elles vers une SF, un MF ou un OB. Il sera aussi abordé dans la section suivante. Par la suite, les trois critères décisifs principaux partagés par deux groupes de participantes ainsi que les critères additionnels qui mènent les nullipares vers un type de professionnel seront présentés. Ces critères additionnels sont affichés dans la Figure 10 sans l'utilisation du gras. Finalement, nous présenterons les quatre derniers critères décisifs principaux qui sont quant à eux spécifiques à un groupe de participantes. À noter que certains critères décisifs principaux sont un regroupement d'éléments (p. ex., « Prendre des décisions et un ensemble d'attributs » versus « Accoucher hors centre hospitalier »). Les critères qui représentent un regroupement d'éléments priorisés seront décortiqués dans leur section respective.



**Figure 10**

*Critères et facteurs d'influence décisifs selon le type de professionnel choisi*



Comme mentionné précédemment, certaines participantes du groupe OB ne connaissaient qu'un seul type de professionnel pouvant offrir un suivi périnatal, les OB, et ce, même après avoir effectué une recherche d'information auprès de sources profanes ou professionnelles. Comme en témoignent les extraits suivants, elles se sont donc dirigées sans perdre de temps vers un OB.

*« J'ai appelé mon médecin de famille quand j'étais enceinte et il m'a dit : "Appelle ton gynécologue" Donc, automatiquement, j'ai appelé mon gynécologue. » (P19 OB)*

*« Une amie qui a eu trois enfants et elle m'a dit d'appeler à la clinique de gynécologie de Trois-Rivières, elle m'a donné son numéro de téléphone et par rapport à ça, j'ai appelé. » (P9 OB)*

Outre avoir accès à un suivi périnatal, certaines participantes du groupe OB n'avaient pas d'attentes précises envers leur suivi ou n'ont pas tenu compte de celles-ci, puisqu'elles se sont dirigées directement vers un OB. Puisqu'elles n'ont donc pas vécu le processus de choix menant à une demande sélective de service de santé, ces quatre participantes (P9, P21, P19 et P16) du groupe OB sont exclues des analyses ayant mené aux résultats de la prochaine section.

### **Critère et facteurs d'influence décisifs communs**

Lorsqu'elles ont partagé les raisons qui ont justifié le choix de leur suivi périnatal, indépendamment du type de professionnel choisi, des participantes ont évoqué un critère et trois facteurs d'influence décisifs communs. Les facteurs seront présentés en premier.

### *Avis et vécu de l'entourage*

Au moment de choisir leur suivi, des nullipares considèrent les avis et le vécu de leur entourage. Pour certaines, leur choix de suivi ou les types de suivis considérés reposent grandement sur l'influence de ces avis, qui s'avèrent même dans certains cas être le seul facteur décisif. Les extraits suivants, qui proviennent de participantes de chaque groupe, le démontrent clairement.

« *Je dirais que mes amies ont eu beaucoup d'influence. Ça m'a quand même bien convaincue. C'est quand même plus les amies.* » (P43 SF)

« *Je ne connais personne qui a consulté de sages-femmes. Donc, je n'étais pas en confiance d'aller vers ce service-là.* » (P37 MF)

« *[...] ma mère m'avait dit que de prendre de préférence un médecin.* » (P24 MF)

« *Au travail, mes collègues de travail la connaissent. Donc, ils m'avaient conseillé d'aller voir cette personne-là. Il fait que ça, ça m'a mise en sécurité.* » (P15 OB)

### *Approbation du partenaire*

Pour certaines nullipares, l'aval de leur partenaire a un poids significatif lors du choix de leur suivi périnatal. Ce choix est envisagé comme une « *décision commune* » (P41 MF). L'approbation du partenaire peut ainsi se traduire par un « *compromis* » (P14 SF) ou un « *consensus* » (P31 MF) entre les éléments qu'elles priorisent et ceux priorisés par leur partenaire. La naissance d'un enfant commun aux deux parents ainsi que le sentiment de sécurité du partenaire envers le professionnel et le lieu d'accouchement sont les raisons évoquées par les nullipares pour justifier ce besoin d'approbation. Les deux extraits suivants en témoignent bien.

*« Le consensus a été qu'on accouche à l'hôpital avec une sage-femme parce que c'est sûr que si je m'écoutais à 100 %, j'aurais accouché à la MdeN. » (P22 SF)*

*« C'est notre enfant, il fait que si lui se sentait plus en sécurité aussi comme ça [avec un spécialiste], bien je me suis dit que moi aussi au fond. » (P23 OB)*

Certains éléments ont un effet important sur la réflexion qui mène au compromis. C'est particulièrement le cas lorsque le choix d'un spécialiste, d'un lieu d'accouchement ou d'un suivi périnatal donne accès à des services de santé après que celui-ci soit complété, comme l'expriment ces participantes.

*« J'en ai parlé avec lui parce que finalement la décision qu'on a prise c'est d'aller à l'unité de médecine familiale parce qu'ils nous offraient un suivi non seulement pour le bébé, mais également pour la mère et pour le père et mon conjoint et moi, on n'avait pas de médecins de famille depuis plusieurs années. Donc, on trouvait cette option-là intéressante. [...] Je pense qu'on est deux personnes de consensus, donc je pense qu'on en aurait discuté jusqu'à tant qu'un ou l'autre soit à l'aise avec la décision qui aurait été prise. » (P31 MF)*

*« Puis, quand il a su qu'on avait un médecin garanti pour notre enfant, il a dit : "Let's go, vas-y avec ça!" » (P34 MF)*

Enfin, pour d'autres participantes, il ne s'agit pas d'une décision commune. Par contre, l'accord du partenaire est pris en considération lors de leur processus de choix :

*« Ça pesait quand même dans la balance qu'il soit d'accord. » (P20 SF).*

### ***Informations de la part des professionnels de la santé***

Les participantes ont reçu des informations de la part des professionnels de la santé (MF, travailleuses sociales, infirmières, SF, OB) ou de leurs secrétaires lors de leur recherche d'information. Comme en témoignent les trois extraits suivants, des

participantes de tous les groupes ont évoqué l'influence prépondérante de ces conseils sur leur choix de suivi.

*« Donc, avec mon conjoint, on est allé à la soirée d'informations [à la MdeN]. Puis, c'est là qu'ils nous ont convaincus. » (P25 SF)*

*« Au moment du retrait, le médecin qui me l'a enlevé m'a dit : "Quand tu tomberas enceinte, nous autres, on a une clinique de périnatalité si ça t'intéresse". Il m'a laissé sa carte puis il m'a expliqué pourquoi ça pourrait être un bon choix. Donc, ça a comme coulé de source. » (P5 MF)*

*« J'avais déjà été suivie par une gynécologue, donc j'ai rappelé pour voir si c'était possible et on m'a dit qu'il n'y avait pas de problème pour m'admettre comme patiente [...]. J'ai appelé ma gynécologue voir si c'était possible de me suivre. Je pense que c'est vraiment plus ça, mais je n'ai pas fait une analyse. » (P2 OB)*

#### *Accès sans délai à un suivi périnatal*

Le seul critère décisif principal et commun aux trois groupes de participantes est l'accès sans délai à un suivi périnatal : *« La personne aurait été un médecin, gynécologue ou sage-femme, d'après moi cela n'aurait pas dérangé, mais il fallait que j'aie un rendez-vous relativement de bonne heure. » (P1 SF)*. Par ailleurs, lorsqu'elles ne peuvent accéder rapidement à un suivi, elles se dirigent vers un autre type de professionnel afin de commencer leur suivi périnatal. Cette participante ayant choisi un OB, et qui comprenait qu'elle ne pouvait commencer un suivi avec une SF et accoucher en MdeN sans avoir assisté à la séance d'information, l'illustre bien.

*« J'avais appelé à la maison de naissance de Nicolet pour avoir l'information : comment ça fonctionne pour m'inscrire, comment ça fonctionne pour voir un médecin et on m'a dit : "Bien là, on va te voir dans un mois pour juste vous expliquer et vous parler et après ça on aura un rendez-vous." J'ai dit à la madame : "Je suis déjà rendue à trois mois." Elle me faisait attendre un mois et je trouvais ça trop long. J'ai décidé de poursuivre [d'aller] avec l'obstétricien. » (P38 OB)*

Les entretiens démontrent que la plupart de ces participantes, pour qui l'accès rapide à un suivi est primordial, méconnaissaient l'offre de suivi périnatal avec une SF.

### **Critères décisifs spécifiques à des groupes de participantes**

La priorisation de certains critères principaux et de quelques critères additionnels distinctifs mène les nullipares vers une SF ou un MF, alors que la priorisation d'autres critères mène au choix d'un suivi avec un « docteur », ou un « spécialiste », qu'il s'agisse d'un MF ou d'un OB.

### ***Professionnel chaleureux et encadrant et accouchement en CH***

Pour des participantes ayant choisi une SF ou un MF, le choix de leur suivi périnatal repose a priori sur un critère décisif principal qui inclut plusieurs attributs d'ordre relationnel et communicationnel. Elles priorisent le professionnel qui possède, selon elles, une attitude humaine, encadrante et directive et qui offre du soutien cognitif et affectif lors du suivi de la grossesse. Certaines d'entre elles ont aussi privilégié le fait de connaître la personne qui sera présente à l'accouchement. Elles priorisent aussi un suivi périnatal dit traditionnel qui se conclut en un accouchement en CH. Les participantes du groupe SF qui sont indécises quant à leur préférence pour un accouchement en CH ou hors CH donnent également la priorité à ce groupe d'attributs.

*« Je voulais pour avoir une approche plus [...] j'avais l'impression que c'était plus maternel et plus personnalisé. L'hôpital, ça ne me dérange pas, juste le fait d'avoir la sage-femme avec nous, je pense que ça va me rassurer. » (P22 SF)*

*« [...] vraiment le côté humain [...]. La sage-femme, je me sens en sécurité, mais si j'accouche à l'hôpital. » (P35 SF)*

Pour des participantes du groupe SF, la disponibilité de la SF 24 heures sur 24, la gratuité des services et la durée des consultations adaptée à leurs besoins furent également décisives : « *la sage-femme, c'est 45 minutes* » (P6 SF). La durée du séjour postnatal en CH fut également déterminante, comme l'évoque cette participante qui a choisi un suivi avec MF : « *Ils [les SF] peuvent accoucher à l'hôpital, mais on trouvait qu'un séjour de quatre heures ça nous convenait moins.* » (P27 MF).

Pour d'autres participantes du groupe MF et OB, un suivi périnatal avec une SF « *n'est pas une option qu'elles avaient envisagée dès le départ* » (P40 MF) : elles croyaient que ce type de suivi ne leur offrait pas la possibilité d'accoucher en CH. Certaines participantes du groupe MF ont soupesé le pour et le contre du « côté humain » des SF et des attributs physiques de la MdeN : « *Je voulais aussi un côté humain. C'est ça qui me faisait un peu hésiter entre la maison de naissance [et les sages-femmes] ou avec des médecins.* » (P3 MF). Toutefois, les bons côtés de la MdeN ne surpassent pas leur sentiment de sécurité perçu envers le fait d'accoucher en CH, lieu qui donne notamment accès à l'épidurale si la douleur devient insupportable. Des participantes ont laissé entendre que leur choix de suivi aurait pu être différent si elle avait été informée de ces deux options : « *J'aurais aimé ça avoir ça avant [de choisir] qu'on peut accoucher à l'hôpital de Trois-Rivières avec une sage-femme.* » (P10 MF)

### *Un « docteur » absolument*

Certaines participantes ont choisi le suivi offert par un MF ou un OB, car elles estiment que leur premier suivi périnatal doit être sous l'autorité d'un « docteur » et l'accouchement dans son lieu d'exercice. De ces nullipares, certaines ont opté pour un suivi avec un MF ou avec un OB en ne considérant qu'un seul critère, soit l'accès à un suivi périnatal avec un « docteur » : « *Admettons que ça avait été eux (les MF) qui m'avaient répondu en premier, je serais allée là-bas.* » (P11 OB). D'autres participantes ont aussi privilégié l'OB ou le MF en raison d'un ou de quelques critères décisifs additionnels d'ordre relationnel et communicationnel, comme leur attitude humaine, leur soutien cognitif, ainsi que leur disponibilité pour répondre à leurs besoins. L'extrait suivant le démontre bien.

*« Le fait qu'elles [mes amies] me disent toutes : "ah, elle, elle m'a fait le suivi de grossesse, elle est vraiment sympathique, c'est elle qui m'a suivie et ça a bien été, elle est souvent là pour répondre à tes questions, quand tu prends ton rendez-vous ce n'est pas long avant que tu te fasses rencontrer". Il fait que ça, ça m'a mise en sécurité. »* (P15 OB)

Le fait d'avoir été témoins de ces caractéristiques lors de l'utilisation passée de leurs services a aussi orienté les participantes vers l'un de ces professionnels.

Certaines nullipares ayant choisi un MF ont évalué les aspects positifs et négatifs des attributs perçus du suivi offert par les « docteurs » et ceux du suivi offert par les SF. Selon elles, le suivi protocolaire offert par les docteurs, particulièrement lors de l'accouchement, représente un obstacle à la réussite d'un accouchement naturel. Elles anticipent la difficulté à exercer leur contrôle : « *Ma plus grande peur serait que mes choix ne soient*



*pas respectés.* » (P24 MF). Néanmoins, cela ne surpasse pas le sentiment de sécurité que procure le docteur : « *C'est vraiment le côté médical. Si jamais il y a des complications, bien, les sages-femmes, elles ne peuvent rien faire.* » (P24 MF). De ces participantes, certaines ont priorisé le MF plutôt que l'OB en raison de l'un des critères décisifs additionnels suivants : (1) elle percevait l'accouchement avec MF comme étant « *moins médical* » (P7 MF) que celui avec l'OB; (2) elle souhaitait rencontrer plusieurs médecins lors des consultations de la grossesse; ou (3) elle percevait que seul le MF pouvait traiter des problèmes de santé non liés à la grossesse. L'extrait suivant démontre bien ce troisième critère décisif : « *Quand tu as besoin de quoi que ce soit, lui au moins peut prescrire des médicaments, le gynécologue, je ne savais pas s'il pouvait en faire.* » (P24 MF). Finalement, l'une d'elles a choisi un MF parce que l'OB « *c'était l'inconnu* » (P24 MF).

Enfin, celles qui ont arrêté leur choix sur un OB se distinguent de celles qui ont opté pour un MF sur la base de l'un des deux critères décisifs additionnels suivants : l'accès à un suivi gynécologique préventif lorsque le suivi périnatal est complété et la continuité relationnelle établie lors des consultations régulières de la grossesse : « *J'ai décidé d'y aller avec quelqu'un qui fait un suivi tout le temps, plus particulier.* » (P2 OB)

### *Un spécialiste pour éviter le pire*

Pour certaines participantes, le choix d'un MF ou d'un OB repose plutôt sur un seul critère décisif lié au savoir-faire : l'accès à un suivi sous la responsabilité d'un

« spécialiste » qui pourra gérer leurs complications potentielles ou les multiples « malaises » liés à la grossesse ou à l'accouchement.

*« Je me dis : “Quant à moi, entre choisir entre l’omnipraticien et le gynécologue, je vais prendre le gynécologue.” Je suis peut-être mieux d’être suivie par un gynécologue parce qu’au fond, c’est lui qui va me faire une césarienne. » (P2 OB)*

Les deux extraits suivants montrent la façon dont les perceptions des nullipares à l’égard des attributs des suivis de grossesse et de l’accouchement, comme se sentir à risque de complications, influencent leur choix. Certaines d’entre elles percevaient que le MF était le spécialiste.

*« J’ai le ligament flexible aussi donc je savais que ça allait empirer. Les allergies peuvent empirer. Je le vois aussi comme une maladie parce que ça amène son lot de problèmes et tu as des pilules associées à, donc c’est sûr qu’il y a un traitement à faire. [...] Le gynécologue, on m’a surtout dit que c’était pour les PAP tests, si tu avais un problème à ce niveau-là. Je ne l’ai jamais relié à la grossesse non plus. Je sais qu’ils [les médecins de famille] sont spécialisés surtout en obstétrique [...] il a suivi la formation pour les accouchements. » (P37 MF)*

*« Je veux un traitement d’orthodontie, je n’irai pas voir un dentiste, je vais aller voir un orthodontiste qui a fait sa spécialisation. Pour moi, c’est un petit peu la même chose. Je voulais vraiment un gynécologue. » (P13 OB)*

### **Critères décisifs spécifiques à un groupe de participantes**

Quatre critères décisifs principaux sont priorisés par un seul groupe de nullipares : trois par celles ayant choisi une SF et un par celles ayant choisi un MF.

#### **« Pouvoir prendre mes propres décisions » : un ensemble d’attributs**

Ce qui caractérise certaines des participantes qui ont choisi un suivi avec une SF est la priorisation de critères relationnels et communicationnels qui, selon elles, sont

favorables à une prise de contrôle sur la grossesse et l'accouchement, à savoir : (1) un professionnel qui, selon elles, offre du soutien pour exercer leur autonomie afin « *de pouvoir prendre les décisions pour [elles]* » (P36 SF); et (2) accoucher à la MdeN ou à leur domicile. Grâce aux informations obtenues lors de leur recherche interne et externe d'information et en comparant les attributs du suivi offert par les « docteurs » à ceux du suivi offert par les SF, ces participantes ont aussi priorisé plusieurs autres critères décisifs d'ordre relationnel et communicationnel, liés au savoir-faire de l'intervenant ou d'ordre organisationnels et institutionnels<sup>49</sup>. Les extraits qui suivent témoignent de cette comparaison et de la priorisation du soutien offert par le professionnel pour exercer leur autonomie décisionnelle. Elles mentionnent également plusieurs autres critères qu'elles considèrent comme aussi décisifs et qu'elles associent au modèle de pratique des SF.

*« C'est vraiment d'avoir une écoute, une place pour poser mes questions [...]. J'avais envie de ça plutôt qu'un quinze minutes entre deux portes [...]. Le fait d'être traitée autrement que comme un numéro ou par ta carte. [...] une approche physiologique vraiment [...]. C'était vraiment juste d'avoir quelqu'un qui me dit que tout va bien finalement et qui suit, qui est capable de voir là où il y a possibilités d'enjeux ou qui me conseille et qui me permet de faire des choix éclairés et qui ne prend pas de décisions pour moi non plus. Justement, de faire ou non certains examens. Ça, pour moi, c'était vraiment important. Puis, aussi une place pour mon conjoint là-dedans. »* (P14 SF)

*« Il y en a des médecins qui sont très chaleureux, très humains et tout ça, mais ça reste qu'ils ont quand même leur mentalité de médecin [...]. Une approche plus personnalisée puis plus de liberté et de choix personnels. Au lieu d'être quelqu'un qui décide ce qui se passe et quand, avoir une plus grande liberté et un plus grand pouvoir sur la situation. C'était tout le modèle que la sage-femme pratique qui était non négociable. »* (P20 SF)

---

<sup>49</sup>Voir la Figure 9 sous la section « Sage-femme » pour ces autres éléments décisifs.

### *Expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement*

Pour certaines participantes du groupe SF, le choix d'un suivi avec une SF reposait essentiellement sur un critère lié au savoir-faire du professionnel, soit l'expertise dans la normalité à propos de la grossesse et de l'accouchement : « *un point de vue naturel de la grossesse et de l'accouchement* » (P18 SF). Elles souhaitaient aussi un lieu jugé favorable à un accouchement naturel, soit la MdeN.

*« Je veux dire qu'une grossesse c'est naturel, ce n'est pas une maladie. Je voulais accoucher naturellement. Je me disais que l'approche sage-femme était plus axée là-dessus que les médecins et tout ça. Je ne voulais pas aller dans un hôpital. C'est pour ça que je me suis dit que la sage-femme c'était une façon de ne pas aller à l'hôpital. En maison de naissance, ils font juste des cas normaux, donc eux ils sont plus spécialisés dans les cas normaux, dans la normalité alors qu'à l'hôpital c'est vraiment plus les cas à problèmes. »* (P43 SF).

### *Accoucher hors centre hospitalier*

Pour d'autres nullipares du groupe SF, le choix d'un suivi avec une SF est uniquement motivé par la possibilité d'accoucher à la MdeN ou à leur domicile. Leur sentiment de sécurité n'est pas lié au professionnel, mais plutôt à un accouchement hors CH.

*« Je me disais que c'était sûr que je ne voulais pas aller en hôpital. Je trouve que c'est plus réconfortant être dans une chambre tamisée. [...] Je ne me sens pas plus en sécurité avec une sage-femme qu'avec le médecin si j'avais choisi le médecin. Je me sens égale [...]. »* (P26 SF)

### *Accès à un suivi de santé pour l'enfant à naître*

Des nullipares se sont tournées vers un MF en basant leur décision sur un seul critère décisif : l'offre d'un suivi de santé régulier pour l'enfant à naître et, dans certains cas, pour elles-mêmes ou leur conjoint. Pour certaines d'entre elles, seul cet aspect différenciait le suivi offert par le MF de celui offert par l'OB. Pour d'autres participantes, cet attribut est

si important pour elles qu'il éclipse l'ensemble des autres attributs connus et recherchés, incluant les compétences cliniques spécialisées de l'OB, l'expertise dans la normalité de la SF, l'offre de soutien pour exercer leur autonomie décisionnelle ou des attributs favorables à leur accouchement qu'elles associent à la MdeN.

*« [...] pouvoir avoir un suivi pour le bébé, parce que dépendamment du professionnel de la santé [SF, MF ou OB] que je choisissais, bien il y en a qui offrait un suivi pour le bébé pour une certaine période de temps, d'autres qui en offraient et d'autres qui nous permettaient d'avoir accès à un médecin de famille pour une très longue période de temps. Donc, disons que c'était cela qui primait d'abord. » (P31 MF)*

Certaines se sentent même contraintes, autrement dit « pognées » (P34 MF), de prioriser l'accès à un suivi de santé régulier afin d'éviter les listes d'attente, comme en témoigne l'extrait suivant.

*« Je me suis retrouvée un peu, à mon sens à moi, obligée de prendre le médecin parce que si je ne le prenais pas, je me ramassais encore sur la liste d'attente. [...] ça a vraiment été un compromis pour le bébé parce que mon chum après qu'on ait fait la rencontre avec la sage-femme était comme : "ah bien, ouin, je pense que j'aime mieux ça comme suivi [...]." » (P41 MF)*

### **Confirmation ou modification des attentes après le début du suivi**

Après avoir sélectionné et commencé le suivi désiré, les nullipares continuent à être exposées à des informations sur les suivis périnataux. Les informations proviennent de sources internes et externes d'information (professionnelles et profanes). Lors de cette première grossesse et des premières consultations de leur suivi, le vécu des participantes alimente maintenant leur source interne d'information. Ces expériences peuvent confirmer le choix de leur type de suivi.

*« Les médecins ne sont pas pressés. Ils prennent vraiment le temps de tout expliquer le cheminement comment ça va se faire, ils prennent le temps d'expliquer les examens et pourquoi on les ferait, pourquoi on ne les ferait pas. » (P10 MF)*

Toutefois, elles peuvent aussi révéler des attentes, notamment relationnelles ou communicationnelles, non comblées. Pour certaines participantes, elles n'avaient pas pris conscience de ces attentes ou elles les avaient tenues pour acquises. Les extraits suivants, provenant de participantes de chacun des groupes, démontrent cette clarification des attentes.

*« J'en ai rencontré deux, mais là j'en rencontre une troisième dans deux semaines parce que ma sage-femme principale a été malade. Elle a été en arrêt de maladie, donc j'ai rencontré la remplaçante pour deux rencontres. Puis, la troisième rencontre c'est avec la deuxième sage-femme, la partenaire de la première. J'en ai comme trois, donc c'est beaucoup. » (P14 SF)*

*« Je n'avais pas de problèmes quand j'ai fait le choix, mais là la grossesse est un peu plus difficile, donc de ne pas avoir la même personne qui fait le suivi, tu sais de voir l'évolution, c'est plus difficile. Moi, je vois mon évolution, mais la personne n'a pas nécessairement vu. » (P27 MF)*

*« Moi, je m'attendais à ce que la personne qui fasse mon suivi tout le long m'accouche [...]. Il fait que là c'est comme, je me suis comme fait pogner. Je vais continuer à espérer que ce soit elle. » (P23 OB)*

*« Je n'ai pas été rassurée, je n'ai pas eu mon information à part si je la demandais. C'est plus : on a entendu le cœur, bon c'est bien, c'est super, on ne peut pas demander mieux. Elle avait un gros "booking". Donc, je me demande peut-être avec une sage-femme, j'ai l'impression que le service serait un peu plus intime et un peu plus personnalisé. » (P2 OB)*

Après le choix de leur type de suivi, les participantes continuent d'acquérir de l'information auprès de sources profanes comme des femmes côtoyées lors d'activités destinées aux femmes enceintes (cours d'aquaforme, cours prénataux), de même

qu'auprès de sources professionnelles (cours prénataux, visites de l'hôpital ou de la MdeN, le guide « Mieux vivre avec son enfant » remis systématiquement à toutes les femmes enceintes au Québec). Ce sont principalement des participantes ayant choisi un OB ou un MF qui évoquent l'acquisition d'informations supplémentaires auprès de ces sources. Ces nouvelles informations mettent en lumière des attributs méconnus par certaines participantes : le suivi de santé régulier offert par le MF à l'enfant à naître, la possibilité d'être suivie par une SF ou d'accoucher en CH avec celle-ci. Ces découvertes relancent la réflexion à propos de leurs attentes en matière de suivi périnatal, comme le démontrent les deux extraits suivants.

*« Plus j'en apprend sur la sage-femme, plus je me dis que ça aurait pu être intéressant aussi [...]. D'avoir le cours prénatal qui vient plus expliquer chacun des spécialistes, sage-femme versus médecin, j'aurais peut-être aimé ça avoir cette information-là avant. » (P10 MF)*

*« J'ai un cours d'aquaforme prénatal et les autres mamans qui sont là, je dirais que les trois quarts sont toutes là-bas et elles n'arrêtent pas de me dire que c'est le fun, que le suivi [avec des sages-femmes] se faisait très bien et surtout qu'à l'accouchement c'est là que c'est le plus le fun, dans le sens qu'elles ont leur chambre à eux autres, elles ont un bain, les pères ont leur place et tout ça. » (P24 MF)*

Le vécu des participantes et les nouvelles informations qui s'y greffent peuvent pousser des participantes ayant choisi un OB ou un MF à reconsidérer leur choix de professionnel pour leur suivi périnatal, et, pour des participantes de tous les groupes, celui du lieu de leur accouchement. Les deux extraits suivants démontrent clairement que les expériences vécues durant le début de la grossesse viennent réactiver la réflexion des nullipares à propos de leur choix de professionnel et de lieu d'accouchement.

*« Là, je me rends compte que je me sens beaucoup plus handicapé par le fait d'être enceinte. J'ai peur qu'à l'accouchement je capote et que je dise : "Je veux être transférée à l'hôpital et je veux l'épidurale" » (P36 SF)*

*« Encore aujourd'hui, j'hésite à changer de suivi parce que dernièrement on a eu nos cours prénataux et on est allé visiter l'hôpital. Puis vu qu'on a visité les deux places, tranquillement pas vite, je commence à y penser [...] l'approche [sage-femme] c'était plus : tu prends en charge ton accouchement et c'est toi qui maîtrises ton corps et tu es capable de le faire. Donc, c'est plus ça. Je suis un peu entre les deux parce que je n'avais vraiment pas vu ça comme ça finalement. » (P16 OB)*

Par ailleurs, pour l'une des participantes, la découverte progressive des attributs de suivis et la transformation de ses attentes ont modifié son choix de suivi à plus d'une reprise : *« J'ai changé de place trois fois pour mon suivi de grossesse durant ma grossesse. » (P12 MF).*

Finalement, l'obtention de renseignements additionnels sur l'offre de suivis peut aussi modifier les attentes du partenaire. Cela peut relancer la réflexion et les discussions à propos du choix de professionnel pour le suivi périnatal et du lieu d'accouchement, comme l'illustre l'extrait suivant.

*« Mon suivi me satisfait présentement, il n'y a pas de problèmes. C'est juste que par curiosité, et puisqu'elle [mon amie] m'en parlait souvent, je me suis dit que j'irais voir [la maison de naissance]. Puis finalement, mon conjoint est tombé complètement en amour avec ça. Lui, dans sa tête, il voulait que j'accouche là. [...] Non, mais tu sais, lui il a comme été charmé par ça au fond. Mais moi j'avais encore des petites réticences. » (P16 OB)*

### Synthèse des résultats

Lorsque ces résultats sont soumis à une analyse de second niveau, celle-ci permet d'élaborer un cadre intégrateur qui offre une vue d'ensemble sur les différentes étapes qui

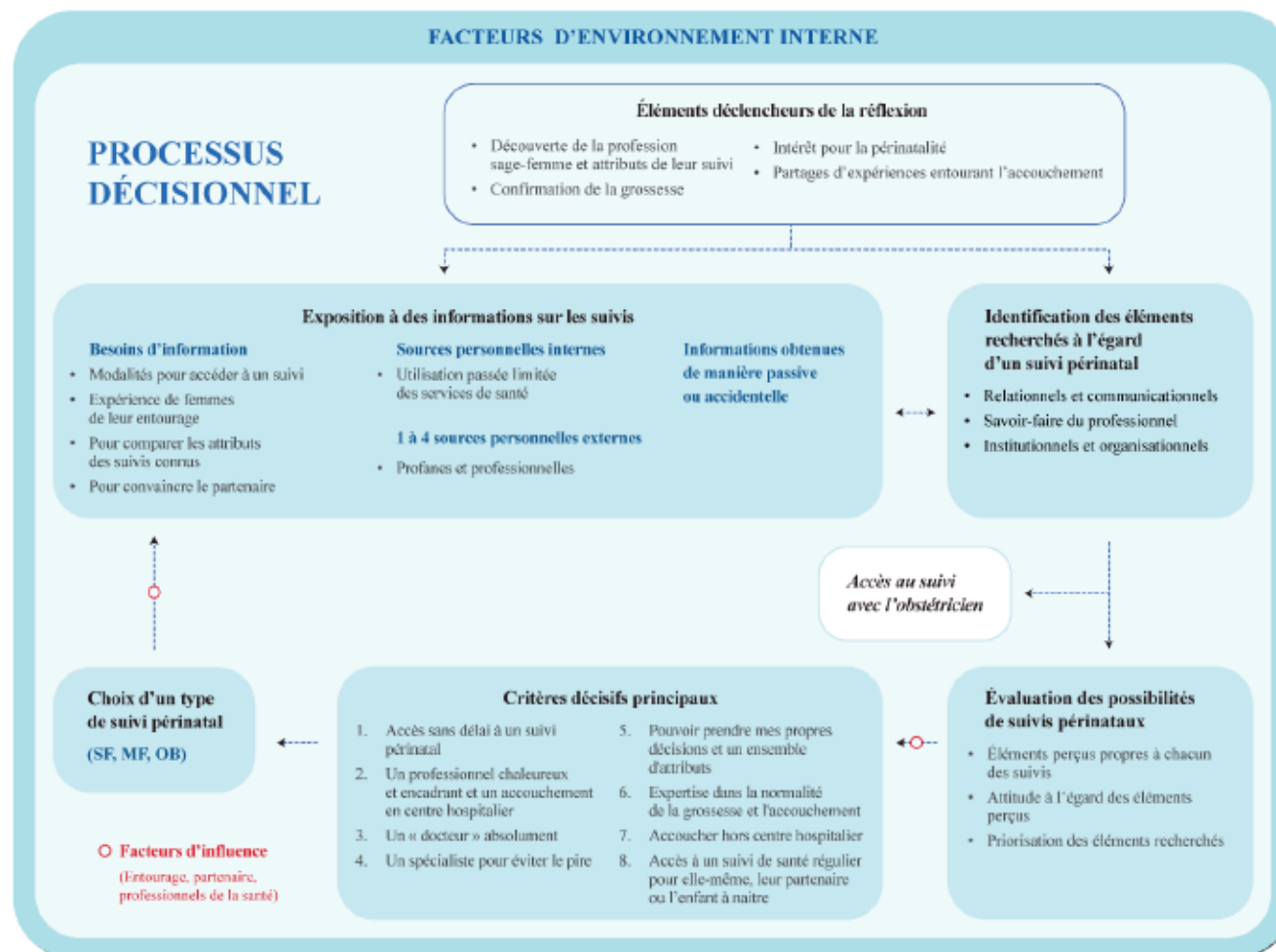


constituent le processus décisionnel des nullipares lors du choix de leur suivi périnatal (voir Figure 11). L'objectif de ce cadre est d'offrir une synthèse du processus décisionnel qui découle du modèle théorique EBM (2001).

Des nullipares entament leur réflexion envers leur suivi périnatal après la confirmation de leur grossesse. Pour certaines des participantes du groupe SF et MF, cette réflexion commence des mois ou des années avant de devenir enceinte, soit par le développement d'un intérêt pour la périnatalité, par le partage d'expériences de femmes dans leur entourage ou par la découverte de la profession SF. La profondeur de la réflexion des nullipares à propos de leurs attentes et du choix de leur suivi périnatal est proportionnelle à l'étendue de leur recherche interne d'information et à la durée de leur exposition à des informations. Cette réflexion est aussi dépendante de l'accessibilité et de la disponibilité des informations, qui sont quant à elles limitées. Les quelques sources d'information professionnelles et profanes consultées (une à quatre), de même que le partenaire de la nullipare, ont une influence significative, voire déterminante, sur le choix d'un type de professionnel pour leur suivi périnatal. L'influence des sources commerciales (site Web) semble négligeable.

**Figure 11**

*Processus décisionnel des nullipares lors du choix d'un type de suivi périnatal*



Indépendamment du choix du professionnel, les nullipares recherchent des informations : (1) sur les modalités pour accéder à un suivi; (2) expérientielles auprès de femmes de leur entourage; (3) pour comparer les attributs des suivis connus; et (4) pour combler les besoins d'information de leur partenaire ou les convaincre. Leur quête d'information leur permet généralement d'identifier de deux à quatre éléments recherchés envers leur suivi périnatal pour combler leurs attentes. Ce nombre tend toutefois à être plus élevé pour les participantes des groupes SF et MF. C'est le cas lorsqu'elles ont entamé leur réflexion quelques mois ou années avant leur grossesse et si elles ont été exposées à des informations plus détaillées sur les attributs des différents types de suivis périnataux. Toutefois, cette quête d'information peut mener à la découverte d'une seule possibilité de suivi périnatal, soit le suivi offert par l'OB, ce qui met fin au processus décisionnel.

Les nullipares parviennent plus facilement à identifier des éléments qui, selon elles, sont liés à la relation et aux communications avec le professionnel ou à l'organisation des services. Les éléments liés au savoir-faire du professionnel sont plus difficiles à identifier.

Plusieurs des éléments recherchés par les nullipares sont communs aux trois groupes de participantes. Toutefois, seules certaines participantes appartenant au groupe SF et, dans une moindre mesure, au groupe MF parviennent à concrétiser leur souhait d'un accouchement naturel en identifiant certains attributs communicationnels et relationnels, comme du soutien lors de l'accouchement, ou des attributs liés au savoir-faire du professionnel, comme une expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement.

Seules les participantes du groupe SF identifient des éléments organisationnels spécifiques, comme le fait de ne pas pouvoir avoir accès à l'épidurale.

Lorsque vient le temps de procéder au choix de leur suivi, des nullipares de tous les groupes méconnaissent leurs possibilités de choix, et ce, peu importe leur âge ou leur niveau d'éducation. De plus, elles sont incapables de distinguer les attributs des suivis, comme la spécialisation de l'OB pour la gestion des grossesses à risque élevé de complications.

Pour certaines nullipares, le choix de leur suivi repose sur un seul critère décisif non distinctif, soit l'accès sans délai à un suivi périnatal avec un professionnel de la santé. D'autres participantes basent leur décision sur quelques critères décisifs communicationnels et relationnels non distinctifs, soit un professionnel qui, selon elles, est chaleureux et encadrant ainsi que la possibilité de donner naissance en CH. Certaines de ces participantes se tournent vers un MF ou un OB, car elles méconnaissent la possibilité d'accoucher en CH avec une SF ou car elles estiment que leur suivi doit être sous l'autorité d'un « médecin ». Dans ce dernier cas, le choix d'un OB est justifié par la priorisation aussi de l'un des critères décisifs suivants : elles souhaitent avoir accès à un suivi gynécologique préventif lorsque le suivi périnatal sera complété ou parce qu'elles ont déjà utilisé leurs services. Pour certaines participantes, le choix d'un OB ou d'un MF repose sur un critère décisif unique, soit l'accès à un suivi périnatal sous l'autorité d'un spécialiste. Indépendamment du type de professionnel choisi, l'avis et le

vécu de l'entourage, l'approbation du partenaire et les conseils des professionnels de la santé ont un effet important sur le choix d'un type de suivi, et peuvent même constituer un facteur d'influence décisif unique. Autrement dit, certaines participantes basent leur décision sur ces informations seulement.

La priorisation de critères décisifs plus nombreux chez certaines des participantes ayant choisi une SF, et dans une moindre mesure un MF, relève d'une réflexion peut-être plus approfondie, voire analytique, de leurs possibilités de choix. Leur démarche montre qu'elles soupèsent le pour et le contre d'un nombre plus élevé d'attributs. Néanmoins, lors du choix de leur suivi périnatal, seules des participantes du groupe SF priorisent un ou plusieurs des critères décisifs suivants : (1) du soutien pour exercer leur autonomie décisionnelle et un lieu favorable à celle-ci, soit un accouchement hors CH et plusieurs attributs; (2) l'expertise dans la normalité de la SF envers la grossesse et l'accouchement ainsi qu'un accouchement hors CH; ou (3) simplement un accouchement hors CH.

Nos résultats montrent aussi que l'accès à un suivi de santé régulier pour le nouveau-né, elles-mêmes ou leur conjoint après le suivi périnatal a une grande influence sur la décision des nullipares. L'importance de cet attribut est telle que celui-ci éclipse plusieurs autres attributs recherchés et mène directement au choix d'un MF. À cet égard, n'eut été de l'accès à ces suivis de santé réguliers, il semble, selon nos résultats, que plus de nullipares se seraient tournées vers un spécialiste (OB) ou une SF.

Enfin, l'expérience des premières consultations du suivi périnatal et de la maternité ainsi que la découverte des attributs du suivi SF ont modifié les attentes de certaines participantes de tous les groupes. Ce contexte engendre d'ailleurs une remise en question sur le choix du type de professionnel chez des participantes ayant choisi un MF ou un OB.

**Chapitre 6**  
**Discussion**

Dans cette section, les résultats issus de notre étude sur le processus décisionnel des nullipares lors du choix d'un suivi périnatal seront mis en relation avec la littérature existante sur ce sujet. Les contributions au modèle théorique EBM (2001), qui a été mobilisé pour comprendre ce processus décisionnel, seront aussi présentées. Puis, les leviers d'action qui se dégagent de nos résultats pour soutenir une meilleure hiérarchisation des services en obstétrique, notamment en favorisant le recours aux SF en tant qu'actrices centrales en soins périnataux de première ligne, seront abordés. Enfin, les limites et les forces de cette étude, ainsi que leurs implications pour de futures recherches, seront présentées.

### **Mise en perspective des résultats de l'étude**

Nos résultats apportent un premier éclairage sur un processus décisionnel dans un contexte où des nullipares en santé peuvent choisir un suivi périnatal assuré par une SF, un MF ou un OB, sans contrainte financière ou d'accès. La comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature scientifique sur le choix d'un suivi périnatal ou d'un service de santé permet de mettre en évidence des similitudes ou des divergences dans des contextes, notamment d'offre de soins et services de santé, qui sont différents de celui de notre étude.



### **Recherche d'information**

D'abord, la recherche d'information limitée et peu approfondie constatée chez la plupart des nullipares de notre étude avant le choix d'une SF, d'un MF ou d'un OB appuie celle documentée dans les études qui ont porté sur le choix d'un OB parmi plusieurs OB (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995). Ce constat est le même pour les études ayant porté sur le choix d'un service de santé en général (Victoor et al., 2012). Nos résultats mettent toutefois en lumière des éléments qui peuvent contribuer à expliquer cette recherche peu approfondie lors du choix d'un suivi périnatal. En effet, plusieurs facteurs ont contribué à restreindre la recherche d'information et la motivation des nullipares à l'égard de cette dernière : les contraintes temporelles auxquelles elles ont été confrontées, le fait de ne pas percevoir la situation de choix ainsi que la disponibilité et l'accessibilité limitées des informations leur permettant de connaître et de différencier les différentes options de suivi. À cet égard, il est bien documenté que lorsqu'un individu ne perçoit pas de différence entre les services offerts, qu'il se retrouve dans un contexte de prise de décision sous contrainte de temps, qu'il lui ait impossible d'obtenir l'information souhaitée et que celle-ci n'est pas présentée clairement, il aurait tendance à effectuer une recherche d'information limitée (Kotler et al., 2008; Phillips-Wren & Adya, 2020; Weenig & Maarleveld, 2002; Wu et al., 2022). D'ailleurs, les participantes de notre étude qui ont entamé leur réflexion sur leur suivi périnatal plus tôt ont procédé à une recherche plus approfondie, bien que toujours limitée. Jimenez et al. (2010) avaient abouti à la conclusion que les femmes canadiennes suivies par une SF étaient plus enclines à entreprendre des recherches approfondies concernant les choix liés à leur grossesse pendant leur suivi

périnatal. Selon nos résultats, cette tendance ne se manifeste que chez certaines participantes ayant choisi une SF, mais aussi chez certaines participantes ayant choisi un MF.

Notre étude met aussi en évidence la méconnaissance des nullipares, et ce, indépendamment du choix du professionnel, à propos de leurs possibilités de choix de suivi périnatal (avec SF, MF ou OB) et de lieux d'accouchement avec une SF. Ce constat a aussi été souligné par l'étude canadienne de Jiminez et al. (2010), de même que dans deux revues systématiques menées respectivement aux États-Unis (George et al., 2022) et en Angleterre (Coxon et al., 2017). Les difficultés qu'éprouvent les nullipares à différencier les attributs des différents suivis périnataux dans un contexte où trois types de professionnels (SF, MF, OB) s'offrent à elles pour leur suivi de grossesse et leur accouchement avaient aussi été documentées auprès de nullipares américaines (Arcia, 2015). Par ailleurs, la méconnaissance des services offerts a été évoquée comme étant l'un des motifs qui peut mener au choix d'un médecin pour le suivi de la grossesse et l'accouchement (Arcia, 2015). Enfin, d'autres études rapportent que les individus éprouveraient des difficultés à distinguer les attributs des professionnels de la santé, notamment lors du choix d'un physiothérapeute, d'un MF ou d'un chiropraticien pour des lombalgies (Chevan & Riddle, 2011; Haldeman & Dagenais, 2008).

Nos résultats corroborent aussi ceux d'études antérieures et font ressortir le rôle des sources profanes, comme les amies, et celui des sources professionnelles d'information,

comme le médecin des nullipares, lors du choix d'un suivi périnatal (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995). Bien que nos résultats indiquent que certaines nullipares se réfèrent à une seule source professionnelle d'information lorsqu'elles choisissent un MF ou un OB pour leur suivi, les sources profanes seraient presque systématiquement consultées par les nullipares lorsqu'il s'agit du choix d'un type de suivi périnatal. Cela pourrait être attribué à leur besoin d'information expérientielle ainsi qu'à leur plus grande facilité d'accès à ces sources. Selon une revue de littérature récente, basée sur un nombre limité d'études, les utilisateurs de services de santé auraient de plus en plus tendance à privilégier les sources profanes d'information pour ces mêmes raisons (Pauli et al., 2023).

Des nullipares de notre étude ont aussi indiqué avoir consulté le Web et éprouvé des difficultés à obtenir des informations en vue de procéder au choix de leur suivi périnatal. Cette source d'information semble avoir été négligeable au moment de la collecte de nos données, soit en 2014-2015. Toutefois, d'après d'autres recherches plus récentes, il semblerait que le Web soit la source première d'information des individus pour s'informer sur des problèmes de santé (Finney Rutten et al., 2019; Jia et al., 2021). Or, comme le rapportent certaines participantes de notre étude, les individus éprouveraient souvent des difficultés à accéder aux informations souhaitées et à les comprendre lors de leur navigation sur le Web (Finney Rutten et al., 2019).

Le nombre de sources d'information consultées par les nullipares de notre étude varie entre une et quatre. Ce nombre est légèrement plus élevé que la moyenne d'une à deux sources rapportée dans la littérature abordant le choix d'un prestataire pour un suivi périnatal (Glassman & Glassman, 1981; Hoerger & Howard, 1995).

Notre étude met aussi en lumière la nature des informations recherchées par les nullipares auprès de ces sources d'information. Elles recherchent entre autres les modalités pour accéder à un suivi périnatal. D'ailleurs, les difficultés des nullipares québécoises à comprendre ces modalités ont déjà été soulignées par Jimenez et al. (2010) il y a plus de treize ans. Ces difficultés étaient toujours présentes en 2017 comme le mentionne Gagnon (2017). D'autres auteurs rapportent aussi que les individus auraient de la difficulté à identifier « la porte d'entrée » pour accéder à des soins et services de santé (Davies et al., 2023; Flora et al., 2016; Griese et al., 2020).

Bien que notre étude rende compte de la méconnaissance des nullipares à propos de l'offre de services en matière de suivis périnataux, nos résultats démontrent qu'elles recherchent des renseignements pour distinguer les attributs des différents types de suivis. La recherche de ce type d'information n'a pas été soulignée ailleurs dans la littérature à ce sujet.

À l'exception des participantes qui avaient rencontré une SF par hasard ou qui ont assisté à la soirée d'information sur les services SF, les nullipares de notre étude ont évalué

la qualité des suivis périnataux à partir d'information limitée obtenue essentiellement auprès de sources profanes. Considérant les défis rencontrés par les nullipares pour obtenir des informations, il est impossible de confirmer la conclusion des études qui suggéraient que le manque d'intérêt envers les informations portant sur la qualité d'un service de santé était attribuable à des difficultés d'interprétation de l'information (Victoor et al., 2012). Nos résultats ont toutefois révélé, pour la première fois, les types de renseignements impliqués dans le processus de sélection d'un service de suivi périnatal. L'information recherchée par les nullipares sur la qualité des services de santé en matière de périnatalité est principalement liée à des éléments relationnels et communicationnels, et, dans une moindre mesure, à des éléments organisationnels. Dans la littérature portant sur la qualité des soins de santé, cela correspond à des éléments liés au processus et à la structure d'un service de santé (Victoor et al., 2012). Outre la capacité des SF à soutenir les femmes dans leur désir de vivre un accouchement naturel, aucune nullipare n'a mentionné avoir obtenu ou recherché des renseignements spécifiques sur des résultats de santé (p. ex., taux d'accouchements naturels, d'épidurales ou de césariennes selon les types de professionnels). Enfin, notre étude révèle un dernier besoin d'information important chez les nullipares : la quête d'information visant à répondre aux besoins d'information de leur partenaire afin qu'ils puissent, pour certaines participantes, appuyer leur choix de suivi.

La littérature scientifique avance que la demande sélective d'un service de santé utilisé pour la première fois, qui comporte un risque et qui implique une réaction effective engagerait l'individu dans une recherche approfondie d'information (Amine, 1999; Engel

et al., 2006; Pettigrew, 2002a). Or, dans l'ensemble, la synthèse de nos résultats n'appuie pas cette hypothèse. Nos résultats mettent toutefois en lumière des éléments qui contribuent à expliquer ce constat, soit les contraintes de temps pour rechercher des informations, l'accessibilité et la disponibilité limitées des informations et la méconnaissance des nullipares de leurs possibilités de choix.

#### **Attributs décisifs et méthode d'évaluation des suivis**

Indépendamment du choix du type de professionnel, les nullipares québécoises de notre étude choisissent leur suivi périnatal en se basant sur des critères décisifs appartenant aux catégories suivantes : éléments relationnels et communicationnels, éléments liés au savoir-faire du professionnel et éléments organisationnels et institutionnels. Ces catégories d'éléments décisifs recoupent celles recensées dans les études menées auprès de femmes aux États-Unis dans un contexte d'organisation de soins et de services différents, à savoir : les attributs liés au professionnel, la relation et la communication avec le professionnel, le lieu d'accouchement et des considérations pratiques (Arcia, 2015; Galotti et al., 2000; Murray-Davis et al., 2014). La recension des écrits fait aussi état de facteurs d'influence décisifs, soit les recommandations de l'entourage de la femme (Arcia, 2015; van Haaren-Ten Haken et al., 2012). Toutefois, nos résultats précisent l'influence spécifique, voire déterminante, du vécu et de l'avis des femmes de l'entourage, du partenaire et des professionnels de la santé lors du choix du suivi périnatal. D'autres études ont aussi montré que certains utilisateurs de services de santé basent leur choix de service en se fiant uniquement à la recommandation d'une source d'information professionnelle,

comme un médecin (Harris, 2003; McGlone et al., 2002). Nos résultats corroborent ceux de Galotti et al. (2000) et montrent que le choix d'un suivi périnatal avec une SF ou un MF peut reposer sur la priorisation de critères décisifs non distinctifs (c'est-à-dire recherchés par des femmes, peu importe leur choix de suivi) qui appartiennent à une ou à plusieurs des catégories mentionnées précédemment.

Comme discuté dans le Chapitre 2 sur l'état des connaissances, les études antérieures ne font pas état du rôle décisif d'un ou de plusieurs critères dans le processus de prise de décision. Ils sont présentés comme un ensemble de motifs pouvant être considérés. La priorité respective de ces critères pour les femmes n'est pas traitée. Or, comme l'indique la synthèse de nos résultats, notre étude met en lumière le rôle décisif d'un critère non distinctif (recherché par des participantes de tous les groupes : SF, MF, OB) : l'accès sans délai à un suivi périnatal. Nos résultats révèlent aussi trois critères principaux priorisés par différents groupes de participantes : (1) un « docteur » absolument (MF, OB); (2) un spécialiste pour éviter le pire (MF, OB); et (3) un professionnel chaleureux et encadrant et un accouchement en CH (SF, MF). Quatre critères distinctifs (propres à un seul groupe de participantes) sont aussi ressortis de nos résultats. Le premier critère distinctif conduit au choix d'un MF : l'accès à un suivi de santé régulier pour la nullipare, leur partenaire ou l'enfant à naître. Les trois autres critères distinctifs mènent au choix d'une SF : (1) pouvoir prendre ses décisions et un ensemble d'attributs; (2) une expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement; et (3) accoucher hors CH. Fait important à noter, pour la première fois, nos résultats révèlent que l'accès sans délai à un suivi

périnatal et l'accès à des soins de santé post-suivi peuvent être des critères décisifs lors du choix d'un suivi périnatal. La décision de certaines nullipares est parfois même basée sur un seul de ces critères.

van Haaren-Ten Haken et al. (2012) sont arrivés à la conclusion que des nullipares aux Pays-Bas choisissaient un OB ou une SF pour leur accouchement sur la base d'un seul critère décisif non distinctif, à savoir un professionnel qui, selon elles, offrait la possibilité d'accoucher en CH, car ce lieu leur procure un sentiment de sécurité. Nos résultats concordent en partie avec les observations de van Haaren-Ten Haken et al. (2012) en ce qui concerne le choix d'un professionnel pour l'accouchement uniquement, puisque certaines de nos participantes auraient choisi un suivi avec SF si elles avaient été informées de la possibilité d'accoucher en CH avec cette dernière. Toutefois, leur choix ne dépendrait pas uniquement du lieu d'accouchement. Ces participantes considéreraient aussi des éléments décisifs d'ordre communicationnel et relationnel perçus envers le professionnel. Selon nos résultats, seule la possibilité d'accoucher hors CH pourrait être un critère décisif unique.

Dans son étude conduite auprès de nullipares aux États-Unis, Arcia (2015) avait évoqué que certains critères de choix liés aux attributs du professionnel seraient uniquement considérés par les nullipares qui choisissent un médecin (OB ou MF), soit l'expertise, la formation, le sentiment de sécurité et la supériorité perçue des services offerts par le médecin. Nos résultats montrent que certaines des nullipares québécoises



choisissant un MF ou un OB considèrent effectivement les compétences cliniques du professionnel lors du choix de leur suivi périnatal. Toutefois, nos résultats montrent que c'est aussi le cas pour des participantes du groupe SF, puisqu'elles priorisent l'expertise dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement de la SF. Selon cette même étude d'Arcia, tout comme les résultats de notre étude, seules les nullipares choisissant un médecin (OB ou MF) ou un accouchement en CH évoqueraient des critères décisifs liés à des choix normatifs comme un choix logique. Selon nos résultats, qui diffèrent de ceux d'Arcia, les critères de choix liés à l'utilisation antérieure des services d'une SF seraient uniquement mobilisés lors du choix d'un MF ou d'un OB, puisque le champ de pratique des SF au Québec est limité au suivi périnatal. Nos résultats montrent aussi que les expériences antérieures avec un médecin sont prises en compte lors du choix d'une SF, et non uniquement lors du choix d'un médecin, comme le faisait valoir d'Arcia. Enfin, notre étude corrobore aussi les résultats de cette étude qui rapportait que le fait de se sentir à risque de complications serait associé au choix ou à une préférence pour un suivi périnatal avec un médecin (OB ou MF) (Arcia, 2015).

Concernant les groupes d'éléments distinctifs qui mènent au choix d'un suivi avec une SF, notre étude confirme les résultats de l'étude canadienne de Parry (2008). Nos résultats montrent que le choix d'un suivi avec une SF peut être justifié par la priorisation de plusieurs attributs communicationnels et relationnels : le soutien à l'autonomie décisionnelle lors du suivi périnatal (grossesse et accouchement), l'approche humaine et personnalisée de la SF, l'établissement d'une relation de confiance grâce à la continuité

relationnelle, l'offre de soutien cognitif et affectif à la femme ainsi que la prise en compte des besoins du partenaire et de la famille. Ces attributs sont aussi associés au choix d'un accouchement hors CH avec une SF dans la grande majorité des études qui ont questionné des femmes après leur accouchement (Hauck et al., 2020; Rodríguez-Garrido et al., 2020; Steel et al., 2015; Zielinski et al., 2015). Toutefois, comme le démontrent nos résultats, cet ensemble d'éléments n'est pas priorisé par toutes les participantes ayant choisi une SF.

Le nombre de critères décisifs pris en compte par les participantes de notre étude lors du choix de leur type de suivi périnatal concorde, en partie, avec les résultats de Galotti et al. (2000) : ce choix peut reposer sur un nombre peu élevé (trois) d'éléments décisifs. Toutefois, nos résultats indiquent que cette généralisation ne s'applique pas à toutes les nullipares : certaines participantes ayant choisi une SF ou un MF ont considéré un nombre plus élevé d'éléments décisifs.

Enfin, en ce qui a trait à la méthode d'évaluation privilégiée lors du choix d'un type de suivi périnatal, nos conclusions diffèrent de la seule étude ayant abordé cet aspect, soit celle de Galotti et al. (2000). Selon cette dernière, les femmes qui ont opté pour un suivi avec un médecin (MF ou OB) avaient une approche plus analytique que celles ayant opté pour une SF. Or, nos résultats font plutôt valoir qu'une partie des nullipares qui optent pour une SF, ou un MF, possèdent de meilleures connaissances sur les attributs des suivis offerts, évaluent les avantages et les inconvénients liés à plusieurs attributs, et basent leur choix de suivi sur un nombre plus élevé de critères décisifs que les autres participantes.

De ce fait, ces participantes ont recours à un modèle de décision compensatoire. Toutefois, d'autres participantes du groupe SF et MF, de même que celles du groupe OB, ont plutôt adopté un modèle de décision non compensatoire, c'est-à-dire qu'elles ont accepté ou rejeté un type de professionnel en se basant essentiellement sur un ou deux attributs pour prendre leur décision. Ce fut le cas notamment lorsque des participantes de tous les groupes ont basé leur décision sur la base d'un seul critère, soit l'accès à un suivi périnatal sans délai.

### **Contributions au modèle théorique EBM**

Les résultats de cette étude apportent aussi des contributions importantes au modèle théorique EBM (2001), qui traite du comportement des consommateurs et qui a été mobilisé dans cette étude (voir Figure 2). En effet, bien que la version simplifiée de ce modèle ait été utile comme point de départ à notre compréhension de la sélection d'un service de santé, sa linéarité n'a pas permis de refléter les nuances importantes qui ont émergé de notre étude sur le choix d'un type de suivi périnatal par des nullipares. Comme mentionné au Chapitre 5, nos résultats ont donné lieu à l'élaboration d'un cadre intégrateur (voir Figure 11). Ce dernier diffère du modèle EBM (voir Figure 2) sur plusieurs aspects.

En premier lieu, lors de l'application du modèle EBM simplifié sur le processus de choix d'un suivi périnatal, nous avons constaté que les étapes « identification des besoins » et « recherche d'information » s'influencent mutuellement. De ce fait,

l'identification des besoins n'est pas antérieure à la recherche d'information comme le suggère le modèle EBM. Par ailleurs, lors d'une première utilisation d'un service de santé, comme un suivi périnatal, le terme « besoins » semble peu adapté pour décrire ce que les utilisateurs, en l'occurrence les nullipares, recherchent. Le terme « éléments recherchés », qui a émergé de nos résultats, semble plus juste et englobant. En ce sens, il permet de rendre compte à la fois des désirs des nullipares, des choses qu'elles souhaitent éviter et des attributs qu'elles recherchent pour leur suivi périnatal.

En second lieu, la version simplifiée du modèle EBM ne reflète pas l'influence décisive du partenaire, des professionnels de la santé et de l'entourage lors du choix d'un suivi périnatal. La version complète du modèle théorique EBM (2006, voir Figure 1) reconnaît la famille et les influences personnelles comme des variables périphériques au processus décisionnel. Toutefois, il ressort de nos résultats que ces variables, de même que les avis des professionnels, représentent des éléments décisifs lors du choix d'un type de suivi périnatal.

Finalement, nos résultats indiquent qu'une exposition supplémentaire à des informations peut provoquer une modification des attentes et du choix de suivi. Cette séquence d'actions constitue une extension du modèle simplifié et du modèle complet d'EBM. Le cadre intégrateur qui a émergé de notre étude illustre l'aspect circulaire du processus de choix menant à la sélection d'un type suivi périnatal.

Somme toute, les résultats de notre étude corroborent ceux des études existantes, menées à l'extérieur du Canada, en ce qui a trait à la recherche limitée d'information lors du choix d'un suivi périnatal ou d'un service de santé. Nos résultats mettent toutefois en lumière pour la première fois que le temps disponible pour procéder à la recherche d'information ainsi que l'accessibilité et la disponibilité des informations peuvent expliquer la recherche d'information limitée et la méconnaissance des nullipares à propos des types de suivis offerts et contribuer à ce que les nullipares choisissent un OB ou un MF pour leur suivi périnatal. De plus, nos résultats diffèrent des études précédentes, puisqu'ils mettent en évidence pour la première fois les critères décisifs distinctifs et non distinctifs qui expliquent les raisons pour lesquelles des nullipares choisissent un MF ou un OB pour leur suivi périnatal plutôt qu'une SF, et ce, dans un contexte québécois. Enfin, le cadre intégrateur du processus décisionnel qui a émergé de cette étude permet d'adapter le modèle théorique EMB (2001) à celui du choix d'un suivi périnatal dans un contexte où les femmes peuvent choisir librement une SF, un MF ou un OB, et un lieu de naissance (domicile, MdeN et CH) pour leur suivi périnatal.

### **Leviers d'action**

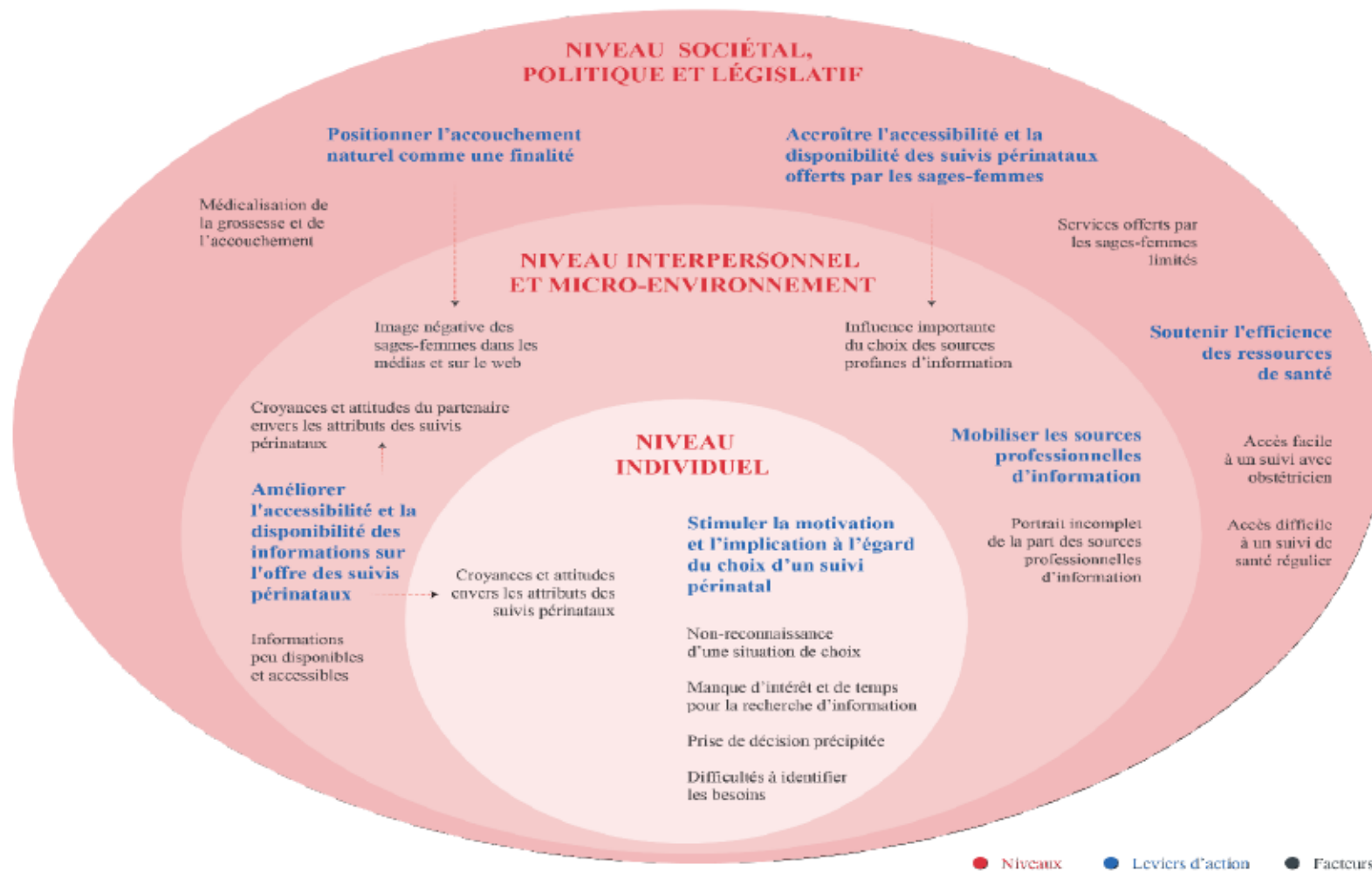
La mise en évidence du processus décisionnel des nullipares en matière de suivi périnatal révèle que sur le plan du choix des femmes, la hiérarchisation des services d'obstétrique n'est pas suffisamment établie.

C'est ce constat qui justifie l'exploration de leviers d'action visant à modifier le contexte à l'intérieur duquel les nullipares prennent des décisions et font leur choix afin qu'ultimement, elles modifient leur comportement et se dirigent davantage vers le suivi périnatal offert par les SF. À l'aide du modèle socioécologique prôné par l'approche du marketing social, des leviers d'action cohérents avec les constats de cette étude ont été identifiés (French, 2020). Cette approche repose sur différentes théories à propos du changement des comportements et vise à faciliter l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé des individus tout en respectant leur liberté de choix (Lee & Kotler, 2019). Le modèle socioécologique reconnaît que le comportement des individus est soumis à l'influence de plusieurs facteurs de différents niveaux : (1) sociétal, politique et législatif; (2) interpersonnel et micro-environnement; et (3) individuel (French, 2020). Les facteurs du niveau individuel sont tributaires des facteurs du niveau interpersonnel et micro-environnement, qui eux sont soumis à leur tour à l'effet des facteurs du niveau sociétal, politique et législatif. Selon Gurvitz et Raffin (2021), la prise en compte de ces différents niveaux d'influence permet d'améliorer l'efficacité des stratégies visant à modifier le comportement des individus.

Ainsi, comme le montre la Figure 12, les facteurs issus de nos résultats (en noir) qui expliquent la sous-utilisation des services de SF, mais aussi la surutilisation des services d'OB, ont été organisés selon les trois niveaux d'influence du modèle socioécologique (en rouge). Des leviers d'action permettant d'agir sur ces facteurs ont ensuite été identifiés (en bleu).

**Figure 12**

*Leviers d'action identifiés à partir des résultats selon le modèle socioécologique*



Les leviers d'action principaux de niveau sociétal, politique et législatif qui ont émergé de nos résultats seront détaillés en premier, suivis par ceux du niveau interpersonnel et micro-environnement, et enfin ceux du niveau individuel.

### **Leviers d'action de niveau sociétal, politique et législatif**

Le contexte social, politique et législatif du Québec donne lieu à la médicalisation des accouchements, à un nombre restreint de suivis périnataux offerts par les SF, ainsi qu'à une facilité d'accès au suivi périnatal offert par les OB pour les nullipares en santé. Trois leviers d'action ont été dégagés à partir de ces constats : (1) positionner l'accouchement naturel comme une finalité; (2) accroître l'accessibilité et la disponibilité des suivis périnataux offerts par les SF; et (3) soutenir l'efficience des ressources de santé.

#### ***Positionner l'accouchement naturel comme une finalité***

Il est estimé que la majorité des accouchements (85 %) ne nécessite aucune intervention médicale (OMS, 2005). Or, au Québec, selon les plus récentes données disponibles, presque toutes les femmes (95,7 %) accouchent par choix pour la grande majorité d'entre elles sous l'autorité d'un médecin (MF et OB) et sous une étroite surveillance technique en CH. Quant à l'épidurale, trois Québécoises sur quatre (72 %) <sup>50</sup> y ont recours, ce qui en fait l'une des pratiques les plus courantes lors des accouchements vaginaux en CH (ICIS, 2022b) <sup>51</sup>. En 2018, en réponse à l'accroissement du nombre de

---

<sup>50</sup>Taux disponible pour les années 2021-2022.

<sup>51</sup>Lorsque comparées aux femmes ne recevant pas d'épidurale, les femmes recevant une épidurale sont plus à risque d'avoir un accouchement plus long (deuxième stade du travail), un accouchement par ventouse



femmes qui font le choix<sup>52</sup> d'une césarienne<sup>53</sup> sans indication maternelle, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) émettait une ligne directrice afin d'encadrer cette pratique (SOGC, 2018). Pour ce qui est des accouchements assistés par des SF, ils demeurent marginaux malgré la reconnaissance légale de la profession de SF en 1999. En 2021, 4,3 % des femmes québécoises ont choisi et ont pu accoucher sous la responsabilité d'une SF (ACSF, 2021). La majorité de ces accouchements se sont déroulés en MdeN (78 %) et, dans une moindre mesure, à domicile (16 %) ou en CH (6 %)<sup>54</sup>.

Au regard des données portant sur les choix des femmes en matière d'accouchement, la médicalisation des accouchements se positionne comme étant une norme sociale intériorisée au Québec. Conformément au cycle de transformation des normes sociales, avant d'être intériorisée par la population, une norme sociale doit passer par l'étape de l'émergence, puis par celle de « la cascade » (Desrochers & Renaud, 2010). À l'étape de la cascade, l'individu adopte les comportements prescrits par la nouvelle norme sociale en raison de son sentiment d'appartenance à un groupe particulier et de l'approbation de

---

ou forceps ou par césarienne en raison d'un cœur foetal anormal, d'un ralentissement du travail et du recours à l'ocytocine pour stimuler les contractions à nouveau, d'hypotension, de fièvre et d'une rétention urinaire (Anim-Somuah et al., 2018; Jones et al., 2012).

<sup>52</sup>Les taux de césariennes sur demande maternelle n'est pas établi au Canada, puisqu'il n'y a pas de code distinct assigné à cette indication dans les fichiers de données provinciales (SOGC, 2018).

<sup>53</sup>Les césariennes présentent des risques associés à la chirurgie et à l'anesthésie. De plus, certains risques liés à l'implantation et au développement du placenta sont augmentés lors d'une grossesse subséquente et sont associés, notamment, à la naissance prématurée, la mortalité périnatale, l'hémorragie et le besoin de transfusion, l'hystérectomie et la mort. Une césarienne peut entraîner la formation d'adhérence qui compliqueront les futures interventions chirurgicales intra-abdominales ou pelviennes comme les césariennes ou l'hystérectomie. Enfin, une césarienne augmente le risque de rupture utérine durant les prochaines grossesses (SOGC, 2018).

<sup>54</sup>MSSS du Québec. Registre des événements démographiques (Fichier des naissances, 2021-2022 - Banque de données MED-ECHO - Dossier de la mère, 2021-2022). Information obtenue le 5 avril 2023 dans le cadre d'une demande d'accès à l'information.

ses comportements par ce groupe. Selon Desrochers et Renaud (2010), la norme de l'accouchement naturel est constituée de comportements comme : être suivie par une SF, accoucher en MdeN ou à domicile, ou refuser des interventions évitables<sup>55</sup> (notamment l'épidurale). La faible occurrence de ces comportements situerait la norme de l'accouchement naturel à l'étape de la « cascade ». D'ailleurs, la majorité des nullipares de notre étude qui ont fait appel aux services d'une SF et qui souhaitaient accoucher en MdeN ou à leur domicile connaissaient des femmes dans leur cercle social qui avaient bénéficié des services de SF dans ces lieux. Finalement, nos résultats démontrent également que le choix d'être suivie par une SF, contrairement à celui d'être suivie par un docteur, n'est pas spontanément évoqué ou immédiatement envisagé par les nullipares de notre étude ni par la grande majorité des sources profanes et professionnelles d'information consultées.

Or, des comportements prescrits par la norme de l'accouchement naturel sont intériorisés dans d'autres pays développés de l'OCDE tels que l'Islande, la Finlande, le Danemark, la Suède, la Norvège et les Pays-Bas. Dans ces pays, la plupart (> 90 %) des femmes qui ne présentent aucune complication choisissent d'accoucher sous la responsabilité d'une SF (de Reu, 2016; Halfdansdottir et al., 2015; Larsson et al., 2009; Li et al., 2018; Norum et al., 2013; Scarf et al., 2018; Wiegers & Hukkelhoven, 2010).

---

<sup>55</sup>Selon l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2012), les interventions évitables se définissent comme « des interventions pour lesquelles il existe une alternative moins invasive, incluant l'absence d'intervention, et équivalente en termes de qualité des soins et de santé maternelle périnatale ». Les interventions non évitables sont justifiées par l'apparition de complications.

Même lorsque les femmes de ces pays donnent naissance en CH avec l'aide d'une SF, leur recours à l'anesthésie épidurale demeure moins fréquent (taux entre 8 et 34 %) <sup>56</sup> qu'au Québec (72 %) (Halfdansdottir et al., 2015; ICIS, 2022a; Kuitunen et al., 2023; Scarf et al., 2018; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020). Aux Pays-Bas, une femme sur cinq choisit d'accoucher à son domicile avec une SF (Galková, 2022). Par ailleurs, en 2017, c'est au sein de ces pays de l'OCDE que les taux de césariennes les plus faibles ont été observés : taux se situant entre 15 et 17 % (OCDE, 2019). Rappelons qu'au Québec, en 2020, ce taux était de 26 %, ce qui représente une augmentation de 22 % depuis 20 ans (ICIS, 2022c) <sup>57</sup>. À cet égard, l'OMS considère comme acceptable un taux de 10 à 15 %. Au-delà de ce taux, aucune amélioration de la mortalité périnatale n'est observée (OCDE, 2019). Contrairement au Québec, dans ces pays, les SF ont toujours fait partie intégrante du système de santé (de Reu, 2016; Halfdansdottir et al., 2015; Larsson et al., 2009; Li et al., 2018; McKay, 1993; Norum et al., 2013; Wiegers & Hukkelhoven, 2010).

Au Québec, il y a à peine un siècle, les SF étaient responsables de la quasi-totalité des accouchements, et l'accouchement naturel était dominant selon Laforce (1987). À partir des années 1900, l'évolution des effectifs médicaux, le développement de spécialités et la montée du corporatisme médical confèrent du pouvoir à ce groupe de professionnels, favorisant ainsi leur appropriation du champ de l'obstétrique (Laforce, 1987). D'ailleurs,

---

<sup>56</sup>À l'exception de la Finlande qui affiche un taux d'anesthésies épidurales d'environ 60 % (Kuitunen et al., 2023).

<sup>57</sup>Le taux de césariennes du Québec (26 %) est considérablement supérieur à la limite (10 à 15 %) recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (OCDE, 2019).

la modification du choix des femmes en matière d'accouchement coïncide avec la diminution progressive du nombre de SF et avec l'investissement du domaine de la naissance par les médecins (Dessureault, 2015; Rivard, 2014).

Étant d'abord considéré comme un événement normal et naturel, l'accouchement est dorénavant perçu par les femmes et leur entourage comme un événement dangereux qui doit être contrôlé par la technologie médicale, technologie réservée aux médecins qui en possèdent les compétences et les accès (Laforce, 1987). Au cours des années 1970, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le contrôle des médecins sur cet événement sont remis en question par le mouvement d'humanisation de la naissance<sup>58</sup> (Rivard, 2014). Les femmes et leurs proches qui adhèrent à ce mouvement réclament le droit de décider du lieu et de l'intervenant qui les assistera lors de leur accouchement, et ce, par la légalisation de la pratique des SF (Association pour la santé publique du Québec [ASPQ], 2010). Or, forts de leur nombre et de leur cohésion interne, les médecins du Québec exercent leurs pouvoirs et s'opposent à l'offre de cette possibilité de choix au sein du système de santé québécois et à la légalisation de la pratique des SF (Fraser & Hatem-Asmar, 2004). Malgré cet obstacle, les revendications citoyennes se poursuivent (Fraser & Hatem-Asmar, 2004; Rivard, 2014).

---

<sup>58</sup>En 1980, la tenue de colloques régionaux ayant pour thème « Accoucher ou se faire accoucher » organisés par l'ASPQ rassemblent plus de 10 000 femmes québécoises (ASPQ, 2010).

En 1999, grâce à une conjoncture politique favorable et aux résultats positifs de l'évaluation des services de SF effectuée dans le cadre de projets pilotes (1994-1995)<sup>59</sup>, le gouvernement du Québec procède à la légalisation de la profession de SF, à la création d'un ordre professionnel autonome, de même qu'à la mise en place d'un programme universitaire de formation en pratique SF (Blais et al., 2000; Fraser & Hatem-Asmar, 2004). Le suivi périnatal offert par les SF est intégré au panier de services financés par le régime public de l'assurance maladie (Blais et al., 2000). Les femmes enceintes peuvent alors choisir que leur suivi périnatal soit assuré par une SF et de donner naissance sous la responsabilité de celle-ci dans l'une des MdeN affiliées à des CLSC<sup>60</sup>, puis à domicile (légalisation en 2005) et finalement en CH (légalisation en 2004) (Beauchemin & Gagnon, 2009).

Depuis 40 ans, certains progrès en matière d'humanisation des naissances ont été accomplis au Québec<sup>61</sup>. Toutefois, Rivard (2014) et Dessureault (2015) admettent qu'il s'agit là d'avancées bien modestes considérant la hausse constante des taux d'interventions obstétricales. Paradoxalement, l'accroissement des interventions médicales n'est pas associé à une diminution des taux de morbidité et de mortalité

---

<sup>59</sup> En 1990, en raison notamment de la réticence et du désaccord des associations médicales, le gouvernement du Québec adoptait la loi 4 afin de permettre l'expérimentation de la pratique des SF dans le cadre de huit projets pilotes, soit des « maisons de naissance » rattachées à des CLSC. Cette expérimentation visait à évaluer les effets de la pratique des SF sur la santé fœto-maternelle et l'opportunité de légaliser ou non cette profession (Fraser & Hatem-Asmar, 2004).

<sup>60</sup> Les SF offrent leurs services à partir de six maisons de naissance et une maternité située dans le Grand Nord québécois.

<sup>61</sup> Parmi ces progrès, on note : la légalisation de la pratique sage-femme, le recul du taux d'épisiotomies, l'arrêt du rasage systématique du périnée, la mise en place de maisons de naissance, de chambres de naissance dans certains centres hospitaliers et la présence du père lors de l'accouchement (Rivard, 2014).

néonatale et maternelle (Dessureault, 2015; Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2012; Rivard, 2013).

L'accroissement de l'interventionnisme médical observé au Québec ainsi que l'omniprésence du risque dans les représentations de la grossesse et de l'accouchement s'inscrivent dans la trame culturelle des sociétés contemporaines qui aspirent à la volonté de contrôler l'ensemble des risques (Rivard, 2013). Cette notion de « culture du risque » découle des travaux du sociologue Beck (2003) qui soutient que l'individu étant maintenant appelé à prendre sa vie en main demeure à la recherche du risque minimal pour atténuer les incertitudes. Les avancées technologiques et les savoirs des experts donneraient l'illusion que les risques peuvent être entièrement éliminés, ou du moins, maîtrisés par une surveillance accrue (Beck, 2003). Selon cette perspective, il pourrait être considéré que l'imprévisibilité de la grossesse et de l'accouchement peut être atténuée, voire éliminée, par le choix des femmes lorsqu'elles confient la responsabilité de leur suivi périnatal à des experts et qu'elles obtiennent une surveillance technologique en CH pour leur accouchement.

Le processus de choix abordé dans cette étude se déroule dans un contexte imprégné par la culture du risque, où la contribution de la pratique SF est limitée vu leur intégration récente, et où la médicalisation des accouchements est une norme intériorisée. Ce contexte peut expliquer ce qui motive des participantes de tous les groupes à prioriser un suivi périnatal avec un MF ou un OB, soit les seuls qui, selon elles, offrent la possibilité de

donner naissance en CH. L'omniprésence de la culture du risque peut aussi contribuer à expliquer ce qui motive des nullipares à se tourner vers un « docteur », perçu comme le seul professionnel possédant les savoirs pour assurer leur suivi périnatal, ou un « expert » afin d'« être [certaines] que rien ne pourra [leur] arriver » (P8 OB). Autrement dit, ces femmes font ces choix afin d'atténuer les risques ou les incertitudes liées à la grossesse et l'accouchement. Par ailleurs, d'après Thaler et Sunstein (2022), le fait de se conformer au modèle dominant, c'est-à-dire de consulter un « docteur » pour un suivi périnatal, pourrait réduire le risque généralement perçu lors de la première utilisation d'un service.

Au regard de ces constats, le premier levier retenu pour soutenir une utilisation accrue des services de SF consiste à positionner l'accouchement naturel comme une finalité, ou une cible commune, au sein de la société québécoise. Ce premier levier, symbolique en nature, servirait d'ancrage pour orienter le discours social en faveur de l'accouchement naturel.

Afin d'étayer l'importance de ce premier levier, prenons en exemple le cas de l'allaitement maternel. Une déclaration commune de l'UNICEF et de l'OMS en 1991 a entraîné l'identification d'une cible commune mondiale en faveur de l'allaitement maternel (MSSS, 2022a). Cette cible commune a entraîné l'inclusion du taux d'allaitement maternel à titre de déterminant favorable à la santé des mères et des nouveau-nés ainsi que l'intégration de la promotion de l'allaitement maternel dans diverses politiques (MSSS, 2015b, 2022c). Au Québec, la promotion de l'allaitement

maternel a été incluse dans la dernière politique de périnatalité 2008-2018, et plus récemment, dans le programme national de santé publique 2020-2025 (MSSS, 2008, 2015b). L'engagement ministériel en faveur de l'allaitement maternel s'est également manifesté concrètement par différentes stratégies et mesures, dont « l'Initiative des hôpitaux amis des bébés »<sup>62</sup>. Ces actions concertées ont grandement influencé le choix des femmes québécoises d'allaiter leur nouveau-né. De ce fait, le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital ou de la MdeN est passé de 57 % en 1996 (Haiek et al., 2003) à 91 % en 2022 (ASPC, 2022).

Cet exemple témoigne de l'importance de mobiliser les diverses parties prenantes de la société autour d'une cible commune, soit la promotion de l'accouchement naturel. Des mesures ont déjà été déployées dans divers pays (OCDE, 2019). Parmi celles qui ont fait leurs preuves, on retrouve la déclaration obligatoire par les hôpitaux de leur taux de césariennes et le déploiement de mesures incitatives financières auprès de médecins afin de réduire l'écart de rémunération entre les césariennes et les accouchements naturels (OCDE, 2019). Il semble aussi pertinent de considérer le développement et l'intégration d'indicateurs positifs pour documenter le processus de l'accouchement naturel (p. ex., périnée intact, accouchement vaginal spontané, engagement parental) au lieu de se concentrer uniquement

---

<sup>62</sup>Dans un établissement « Ami des bébés », la femme enceinte ou la nouvelle maman est informée afin de lui permettre de prendre une décision éclairée concernant la manière de nourrir son bébé. Après l'accouchement, des mesures sont prises pour permettre à l'enfant de demeurer avec sa mère en permanence et pour encourager le contact peau à peau. Le personnel a été formé pour soutenir la mère dans sa décision, quel que soit le type de lait qu'elle donne à son bébé (MSSS, 2022b).



sur les taux d'interventions médicales (déclenchement du travail, épisiotomie, épidurale, césarienne, accouchement chirurgical) (Gouvernement du Canada, 2023).

En résumé, cette prise de position sociale en faveur de l'accouchement naturel contribuerait à assurer la cohérence de l'ensemble des politiques publiques, règlements et lois, et à soutenir les diverses stratégies déployées au fil du temps. Cela permettrait aussi de renforcer les connaissances communes en faveur de l'accouchement naturel.

#### *Accroître l'accessibilité et la disponibilité des suivis périnataux offerts par les sages-femmes*

Le deuxième levier identifié consiste à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des suivis périnataux offerts par les SF sur l'ensemble du territoire québécois. Selon nos résultats, l'entourage des femmes représente une source cruciale d'information. En raison du haut taux de satisfaction associé au suivi offert par les SF (Forster et al., 2016; Janssen et al., 2009; Loewenberg et al., 2018), il est logique de penser que plus les femmes utiliseront ce service, plus elles encourageront d'autres femmes à faire de même. L'effet positif du bouche-à-oreille repose en grande partie sur une amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des services proposés par les SF.

Or, bien que la volonté politique d'accroître l'accessibilité et la disponibilité des services de SF soit mise à l'écrit, entre autres dans la dernière politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008), depuis la légalisation de la pratique SF en 1999, les actions concrètes qui témoignent d'une réelle volonté politique ont été limitées et

échelonnées dans le temps. Le déploiement de la profession SF repose toujours en grande partie sur les revendications soutenues de l'OSFQ, de l'Association professionnelle des sages-femmes au Québec, soit le Regroupement Les sages-femmes du Québec, de l'UQTR<sup>63</sup>, des sages-femmes et des usagères auprès du gouvernement québécois (OSFQ, 2021b; RSFQ, 2011, 2023a; UQTR, 2011). Tous se butent encore à la résistance des médecins dont l'autorité en matière de santé est menacée par la délégation d'actes médicaux, qui leur étaient jadis réservés, à d'autres professionnels de la santé (Hudon et al., 2009). Le poids du nombre de médecins, la crédibilité de leurs opinions et leur structure organisationnelle « demeurent des déterminants importants des rapports de force entre les professions » (Hudon et al., 2009, p. 276). Cette situation leur confère un pouvoir d'influence sur les décisions relatives au développement de plusieurs professions de la santé telles que les infirmières praticiennes spécialisées et les SF (Almost, 2021; Rivard, 2014). Pour la profession SF, cette influence se manifeste notamment par la difficulté à conclure des ententes de services avec les établissements de santé de certaines régions, à mettre en place de nouvelles MdeN ou à accroître le nombre de milieux de stage en CH destinés aux étudiantes SF (RSFQ, 2023a).

Au Québec, outre la résistance du corps médical, d'autres facteurs contribuent au faible nombre de SF disponibles, par exemple les conditions générales de pratique qui affectent la rétention des SF (RSFQ, 2023a). Ces conditions limitent aussi le nombre de

---

<sup>63</sup>L'Université du Québec à Trois-Rivières est la seule université au Québec à offrir des programmes de formation en pratique sage-femme, à savoir le baccalauréat en pratique sage-femme et le certificat personnalisé pour les candidates formées à l'étranger (UQTR, 2023).

SF pouvant superviser des étudiantes stagiaires et ont une influence directe sur le nombre de personnes pouvant être admises dans les programmes de formation. La manifestation d'une volonté politique québécoise forte en faveur de l'accouchement naturel nécessiterait que différents ministères s'engagent à allouer les ressources humaines et financières nécessaires pour soutenir la mise en œuvre de l'ensemble des actions requises pour accroître le nombre de SF en poste, de lieux où elles exercent et de suivis périnataux sous leur responsabilité.

Selon Pauli et al. (2023), les utilisateurs d'un service de santé ont la capacité d'agir à titre d'ambassadeurs auprès de leur famille et de leur cercle d'amis. Une amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des services SF permettrait à un plus grand nombre d'individus de promouvoir le suivi périnatal offert par les SF. Cela inciterait davantage de femmes à choisir cette option, ou du moins à la considérer.

#### *Soutenir l'efficience des ressources de santé*

Le troisième levier consiste à soutenir l'utilisation des ressources de santé en obstétrique selon le niveau de soins requis par la femme enceinte lors de son suivi périnatal (MSSS, 2008). Dans le respect de ce principe, les suivis périnataux de l'ensemble des nullipares québécoises en santé devraient être assurés par les SF. Comme le démontrent les résultats de notre étude, dans un contexte où les services de SF, MF et OB sont disponibles, peu d'incitatifs invitent les nullipares à contribuer à l'utilisation efficiente des ressources en obstétrique.

Au Québec, les nullipares en santé ont la possibilité de choisir les services d'un OB sans que ce niveau de soins soit requis pour leur suivi périnatal. Dans certains pays, notamment aux Pays-Bas, en Suède, en Islande et en Finlande, le suivi offert par les SF représente en quelque sorte l'option par défaut. Des modalités et protocoles de référencement sont clairement établis afin que les femmes enceintes soient dirigées vers le bon professionnel en tenant compte du niveau de soins requis pour leur suivi périnatal (The Nordic Council and the Nordic Council of Ministers, s.d.; Larsson et al., 2009; Li et al., 2018; Stieg, 2020; Wieggers et Hukkelhoven, 2010). Dans ces pays, pour accéder à un suivi périnatal avec un OB, les femmes enceintes doivent d'abord s'adresser à une SF, ou à leur MF, qui considèrera leur état de santé et leurs antécédents médicaux. C'est ce professionnel qui détermine si elles doivent être suivies par un OB, auquel cas une lettre de recommandation sera requise pour accéder à leurs services (Larsson et al., 2009; Li et al., 2018; Stieg, 2020; The Nordic Council and the Nordic Council of Ministers, s.d.; Wieggers & Hukkelhoven, 2010). Au Québec, le fait que des nullipares en bonne santé accèdent sans condition au suivi offert par un OB, alors que les services de SF sont disponibles et accessibles, pousse à une remise en question.

De plus, même si le rôle des OB est reconnu pour soutenir la collaboration interprofessionnelle, il existe peu de mesures incitatives pour les inviter à diriger les nullipares vers les services de SF (Morris, 2022; Popadiuk, 2022). Par exemple, la

rémunération à l'acte, qui prévaut chez les OB au Québec (Institut du Québec, 2019), ne les incite guère à orienter les femmes enceintes en santé vers les SF (Quinn et al., 2020).

L'accès à un suivi de santé régulier pour l'enfant à naître, pour la femme enceinte, voire pour son partenaire, suscite aussi des questionnements concernant la justesse d'utilisation des ressources en santé. Pour les nullipares de notre étude, cet accès représente un élément central lors du choix d'un type de professionnel pour leur suivi périnatal. Divers moyens ont été mis en place au cours des dernières années afin d'augmenter l'accessibilité de la population québécoise à un MF ou à une IPSPL pour un suivi de santé régulier. De ce fait, si ces moyens s'avèrent efficaces, il est raisonnable de penser qu'un nombre moindre de femmes prioriseront l'accès à un suivi de santé régulier lors du choix d'un type de professionnel pour leur suivi périnatal et que les femmes seront peut-être plus enclines à choisir une SF.

Les compétences des SF pourraient aussi être mises à contribution de façon plus importante afin d'améliorer l'accès à des services de santé de première ligne, soit l'objectif du gouvernement du Québec dans son plus récent plan santé (MSSS, 2022a). Une modernisation de la Loi sur les sages-femmes et des règlements qui y sont associés permettrait aux SF d'élargir leur offre de services en proposant par exemple des soins pour le nourrisson jusqu'à un an, ainsi que des soins de santé sexuelle et reproductive pour la femme (contraception, examen préventif gynécologique, interruption volontaire de grossesse) (OSFQ, 2021a). En mettant ainsi leurs compétences à profit, les SF

contribueraient à combler des besoins en matière de services de santé de première ligne, y compris ceux identifiés par des nullipares de cette étude comme étant décisifs dans leur choix d'un suivi périnatal. Par ailleurs, l'élargissement de leur champ de pratique permettrait aux femmes en âge de procréer de consulter une SF avant une grossesse (p. ex., prescription d'un contraceptif) et donc de tirer profit de leurs expériences antérieures avec les SF lorsqu'elles choisissent leur type de suivi périnatal (OSFQ, 2021a). Cela permettrait d'alimenter la recherche interne d'information des nullipares et de faire en sorte que plus de femmes se tournent vers les SF. Comme le montrent nos résultats, certaines nullipares souhaitent être suivies par un professionnel avec lequel elles ont déjà une relation établie.

Somme toute, d'après Thaler et Sunstein (2022), pour favoriser un comportement, ce dernier doit être facile à exécuter. Par conséquent, pour soutenir la hiérarchisation des services en périnatalité, il semble nécessaire de réfléchir à des moyens qui faciliteraient l'accès aux services des SF et qui rendraient moins facile l'accès des femmes québécoises enceintes et en santé au suivi offert par les OB. Cela contribuerait à éviter que des nullipares en santé se dirigent vers un OB plutôt qu'une SF, notamment lorsqu'elles désirent avoir rapidement accès à un suivi périnatal, comme le soulignent nos résultats.

### **Leviers d'action de niveau interpersonnel et micro-environnement**

Le deuxième niveau d'influence du modèle socioécologique se concentre sur les interactions et les relations entre les individus ainsi que sur les interactions entre les individus et leur environnement (Debru et al., 2022; French, 2020; Gurvitz & Raffin,

2019). Le premier levier d'action mis en évidence par nos résultats relève du niveau interpersonnel et consiste à mobiliser les sources d'information professionnelles consultées par les nullipares durant leur recherche d'information à propos des suivis périnataux. Nos résultats ont aussi permis de cibler un deuxième levier d'action, mais cette fois au niveau d'un micro-environnement, soit l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des informations sur l'offre de suivis périnataux auprès des nullipares dans leur région sociosanitaire.

#### *Mobiliser les sources professionnelles d'information*

Selon nos résultats, les nullipares qui sollicitent des sources professionnelles d'information (telles que leur MF régulier, leur OB, les secrétaires de cliniques médicales, travailleuses sociales, infirmières) dans leur environnement immédiat obtiennent peu ou pas d'information sur les types de suivis périnataux à leur disposition. Ces sources d'information ont la capacité d'exercer une forte influence sur le processus décisionnel des femmes. D'ailleurs, comme le soulignent nos résultats, cette influence mène parfois au contournement du processus de choix d'un suivi périnatal lorsque les femmes sont orientées directement vers le suivi offert par l'OB. Selon Thaler et Sunstein (2022), ces sources d'information agissent comme un architecte du choix en apportant une structure au choix et en influençant ce dernier.

Les CISSS regroupent une panoplie d'acteurs susceptibles d'informer ou d'intervenir directement auprès des nullipares pour les informer de leurs options de suivis périnataux

dans leur région. Nos résultats mettent en lumière la nécessité de réfléchir à des incitatifs qui encourageraient les professionnels et le personnel à promouvoir le suivi offert par les SF dans leur établissement. Toutefois, leur mobilisation passe a priori par celle des gestionnaires des différents établissements des CISSS. En ce sens, le recours à des indicateurs favorables à l'accouchement naturel, qui permettraient la comparaison entre les différents CISSS, pourrait favoriser l'engagement des gestionnaires de même que le soutien à des initiatives de recherche portant sur les coûts et l'efficacité de la pratique des SF. D'ailleurs, la pratique des SF au Québec a fait l'objet de peu d'études depuis son évaluation dans le cadre des projets pilotes en 1995.

Enfin, nos résultats montrent la nécessité d'élaborer des stratégies afin que les professionnels et le personnel des CISSS soient informés sur la possibilité de diriger les femmes vers le suivi offert par les SF de leur région et sur les effets favorables qui sont associés à ce suivi.

#### *Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des informations sur les suivis périnataux*

Nos résultats montrent que l'information sur les alternatives de suivis périnataux est peu disponible, difficilement accessible, incomplète et qu'elle répond peu, ou pas, aux besoins d'information des nullipares. Par ailleurs, des participantes de tous les groupes ne sont pas en mesure de distinguer le champ de pratique du MF et de l'OB. Aussi, la plupart de celles qui choisissent un suivi avec MF ou un OB méconnaissent celui offert par les SF.



Rendre disponible et accessible l'information sur les choix de santé contribue à la littératie en santé (ASPC, 2018; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022). La littératie en santé est la capacité d'un individu à repérer, comprendre et utiliser l'information pour prendre des décisions éclairées en matière de santé (INSPQ, 2022). Elle est considérée comme l'un des déterminants de la santé (ASPC, 2018). Au Québec, plus de 60 % des adultes ont un degré de littératie en santé insuffisant, c'est-à-dire inférieur au niveau 3<sup>64</sup> (INSPQ, 2022). Le niveau 3 correspond au degré minimum permettant à l'individu de prendre soin adéquatement de sa santé (INSPQ, 2022). Il importe donc non seulement d'atténuer les obstacles pour que les nullipares puissent accéder aux informations sur l'offre de suivis périnataux dans leur région, mais aussi de réfléchir à la façon de soutenir leur utilisation lors de leur processus décisionnel.

Au Québec, la mission des CISSS consiste, entre autres, à assurer la qualité et l'accessibilité aux services de santé destinés à la population de leur territoire. Ainsi, ce sont des acteurs importants à mobiliser pour effectuer la promotion des différents types de suivis périnataux offerts sur leur territoire. Informer la population sur les attributs du suivi offert par les SF et sur leurs effets favorables sur la santé périnatale devrait aussi contribuer à prévenir le changement de type de professionnel en cours de suivi périnatal et les coûts associés (procédures administratives, tests et examens redondants), tout en favorisant la continuité des soins. Par ailleurs, cette continuité est aussi liée à de meilleurs

---

<sup>64</sup>Il s'agit du niveau minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée. Il dénote à peu près le niveau de compétences nécessaire pour obtenir un diplôme d'études secondaires et accéder aux études postsecondaires (INSPQ, 2022).

résultats en matière de santé foeto-maternelle et à des niveaux de satisfaction maternelle élevés (Fernandez Turienzo et al., 2021; Forster et al., 2016).

Pour augmenter l'efficacité des stratégies communicationnelles mises en place par les CISSS au sein de leur territoire, ces stratégies pourraient être révisées en fonction des principes issus de la psychologie cognitive et du marketing social (French, 2020). En ce sens, il s'avère nécessaire de réfléchir au contenu des communications et aux modes de diffusion à privilégier (p. ex., l'écrit, le Web, l'oral, les images) afin de les adapter à la population visée : les femmes en âge de procréer. À cet égard, nos résultats soulignent la nécessité de cibler aussi les partenaires des nullipares en raison de leur implication lors du processus décisionnel. Les incitatifs comportementaux (*nudges*) utilisés dans le domaine du marketing social représentent une avenue intéressante à explorer : ceux-ci modifient la structure du choix afin d'inciter l'individu à adopter un comportement, tout en préservant son autonomie décisionnelle (Thaler & Sunstein, 2022). Par exemple, lors de la diffusion d'information, l'ordre de présentation des options de suivis pourrait être modifié afin de présenter en premier la possibilité d'être suivie par une SF et d'insister davantage sur cette possibilité. Ce genre de modifications sur le plan communicationnel encouragerait les nullipares à choisir le suivi périnatal offert par les SF, tout en respectant leur liberté de choix.

Bien que l'utilisation accrue du Web pour obtenir des informations sur les suivis périnataux puisse sembler plus importante en 2023 que lors de la réalisation de cette étude

en 2015, nos résultats, de même que ceux d'études récentes, indiquent que de nombreux utilisateurs éprouvent des difficultés à accéder à ce type d'informations en ligne ou à les interpréter, et ce, qu'ils soient issus ou non de milieux socioéconomiques favorisés (Finney Rutten et al., 2019). Dans cette optique, il semble important d'identifier les modes de communication les mieux adaptés pour rejoindre l'ensemble des nullipares et leur partenaire.

La participation accrue des femmes en matière de suivi périnatal n'est possible que sur la base d'information suffisante (Pauli et al., 2023). Ainsi, l'efficacité des stratégies de communication déployées actuellement devrait être réévaluée afin d'éliminer les obstacles liés à la quête d'information des nullipares. Comme le démontrent nos résultats, ces obstacles freinent l'engagement des nullipares dans le processus de choix de leur suivi périnatal.

### **Levier d'action de niveau individuel**

Le troisième et dernier niveau du modèle socioécologique, le niveau individuel, porte sur les facteurs personnels qui influencent les comportements de santé tels que les croyances, les attitudes et la motivation (Debru et al., 2022; French, 2020; Gurviez & Raffin, 2019). Nos résultats ont permis d'identifier un levier d'action de niveau individuel : inciter les nullipares à réfléchir à leur suivi avant de devenir enceintes et encourager leur d'implication envers ce choix.

*Stimuler la motivation et l'implication à l'égard du choix d'un suivi périnatal*

Selon nos résultats, pour plusieurs nullipares, la découverte de leur grossesse est l'élément déclencheur qui les pousse à réfléchir à leur suivi périnatal. Ainsi, elles ont peu de temps pour réfléchir à ce qu'elles souhaitent pour leur suivi ou à celles qu'elles désirent éviter. Cette contrainte de temps affecte leur capacité à rechercher des informations sur le suivi périnatal et sur les risques associés aux interventions (ex. : épidurales et césariennes), à reconnaître qu'elles sont en situation de choix et à prendre le temps de choisir un suivi qui correspond à leurs besoins. Par conséquent, le levier d'action proposé ici repose a priori sur la nécessité de réfléchir à la mise en place d'éléments déclencheurs qui stimuleront la réflexion des nullipares envers leur éventuel suivi périnatal, et ce, bien avant qu'elles ne deviennent enceintes.

Ce levier consiste aussi à susciter un niveau d'implication élevé des nullipares envers ce service de santé, soit de cultiver l'intérêt qu'elles lui attribueront. Il est bien documenté que l'implication du consommateur envers un service est fortement liée aux risques (peur, douleur, inconfort) qu'il associe à l'utilisation de ce dernier (Engel et al., 2006; Pettigrew, 2002a). Comme nous l'avons évoqué précédemment, choisir le modèle dominant, soit le suivi proposé par les « docteurs », peut atténuer la perception des risques associés au choix d'un suivi périnatal (Thaler & Sunstein, 2022; Wu et al., 2022). Néanmoins, nos résultats indiquent que lorsque des femmes rencontrent une SF, avant qu'elles ne deviennent enceintes, et que celle-ci les informe sur ce type de suivi, cela stimule la réflexion et l'intérêt des nullipares envers leur suivi périnatal. Leur réflexion sur l'influence de

certain attributs du suivi périnatal sur l'issue de leur grossesse et de leur accouchement est ainsi plus approfondie, bien que toujours limitée. En effet, qu'elles aient rencontré ou non une SF, les participantes de cette étude ont rarement évoqué des attentes liées à la période postnatale, voire aucune attente, et ce, en dépit des défis physiques et psychologiques qui y sont associés (Copeland & Harbaugh, 2019; Murphey et al., 2017). Cela justifie la nécessité de mieux sensibiliser les femmes (et les hommes) aux différents enjeux liés à l'entièreté du processus de la maternité afin de favoriser leur engagement envers le choix d'un suivi périnatal. Cet engagement devrait aussi se traduire par une participation accrue à l'ensemble des décisions relatives à la maternité et éventuellement à la parentalité.

À cet égard, les résultats d'une étude menée en Allemagne en 2009 peuvent servir de source d'inspiration (Pflanz, 2009, cité dans Stoll et al., 2020). Ces derniers ont démontré qu'un programme éducatif d'une durée de quatre heures, dispensé aux élèves du primaire (de la troisième à la sixième année) et enseigné par des SF a eu pour effet d'accroître les connaissances des élèves à propos du processus de la maternité tout en réduisant leurs inquiétudes concernant l'accouchement. L'intégration de formations sur le processus de la maternité dispensées par des SF dans les programmes scolaires québécois représente une avenue à explorer. Ces formations contribueraient également à améliorer la littératie en santé des individus.

Le moment idéal et la meilleure approche pour encourager l'implication des femmes envers leur suivi périnatal restent à déterminer. Toutefois, selon nos résultats, le choix d'une SF semble plus probable lorsque (1) les nullipares ont suffisamment de temps pour réfléchir à leurs besoins en matière de suivi périnatal; (2) les informations consultées mettent de l'avant les différents défis liés au processus de la maternité; et (3) ces informations montrent en quoi les attributs du suivi SF contribuent à soutenir la nullipare durant ce processus.

Somme toute, pour accroître le choix d'une SF par les nullipares, et ainsi soutenir la hiérarchisation des services en périnatalité, nos résultats font valoir la nécessité de prendre en compte l'influence de facteurs de plusieurs niveaux. Ceux-ci ont été présentés à partir du modèle socioécologique afin de faciliter l'identification des leviers d'action issus de nos résultats. Ces leviers mettent en évidence les solutions à explorer pour favoriser l'utilisation des services des SF. Ces solutions nécessiteront toutefois des réflexions et la participation d'acteurs issus de plusieurs milieux, notamment le gouvernement provincial, la direction et le personnel des établissements de santé ainsi que les professionnels offrant des suivis périnataux.

### **Forces de l'étude**

La plus grande force de cette étude repose sur le fait qu'elle est, à notre connaissance, la première à documenter le processus décisionnel des nullipares en santé dans un contexte où elles peuvent choisir entre une SF, un MF ou un OB pour leur suivi périnatal, et entre

trois lieux de naissance lorsqu'elles choisissent un suivi avec une SF. Elle constitue donc une percée dans les connaissances relatives au processus de choix des nullipares. De surcroît, cette recherche a été menée dans un contexte où les trois types de professionnels étaient disponibles pour offrir leurs services aux femmes et où les services de santé sont financés publiquement. De ce fait, aucune contrainte financière ou de disponibilité ne pesait sur le choix individuel. En documentant un phénomène de plus en plus fréquent, mais qui demeure peu étudié, soit la demande sélective de soins et services de santé, cette étude contribue à la production de connaissances scientifiques dans le domaine de l'utilisation des soins et services de santé. De plus, seule notre étude semble avoir mobilisé le modèle traitant du comportement du consommateur pour aborder cette demande sélective de service de santé. Finalement, cette étude participe aussi à l'avancement des connaissances sur l'utilisation des services de SF, un domaine qui est à un stade embryonnaire, tant au Québec qu'au Canada.

En raison de la complexité du processus décisionnel et de l'absence d'études antérieures ayant documenté ce dernier, le recours à une recherche qualitative générique représente également une des forces de cette étude. Elle a permis d'aborder le processus décisionnel des nullipares dans sa globalité et sa complexité, en tenant compte ainsi de nuances importantes.

De plus, bien que des études fassent état des éléments que les nullipares souhaitent retrouver dans le cadre de leur suivi périnatal, aucune ne s'est attardée à leur état de santé

et à la priorisation de ces éléments lors du choix d'un suivi avec une SF, un MF ou un OB. Cette étude est également la seule à avoir considéré le choix initial de suivi avec l'un de ces trois professionnels. Par ailleurs, ce dernier est aussi un point fort de notre étude. Ne pas considérer le choix initial est reconnu comme étant une source de biais de classification (Hall et al., 2012).

Enfin, comme décrit dans le Chapitre 4, plusieurs mesures ont été prises pour favoriser la crédibilité de l'étude, la rigueur du processus de collecte de données et de l'analyse des données.

### **Limites de l'étude**

Cette étude comporte aussi certaines limites. Premièrement, la transférabilité des résultats est limitée, puisque cette étude a été menée dans une région où les trois types de professionnels offrant des suivis périnataux sont disponibles. Elle a donc été menée dans un contexte québécois qui comporte cette spécificité en matière d'offres et de services d'obstétrique et de soins de santé. De plus, la participation à cette étude a été établie sur une base volontaire. Il est donc possible que les nullipares ayant accepté de participer à l'étude diffèrent de celles qui ont décidé de ne pas y participer. En ce sens, les nullipares de cette étude ont pu démontrer un niveau d'intérêt plus élevé à la base que l'ensemble des nullipares québécoises envers la prise de décision pour leur suivi périnatal.



Deuxièmement, en raison de l'écart entre la collecte de données en 2014 et la production de la version finale de la thèse en 2023, nos données doivent être interprétées avec prudence puisqu'il est possible que les constats soient moins collés à la réalité actuelle des services périnataux. Toutefois, ce recul nous permet d'attester, comme nous l'avons présenté dans la section portant sur l'offre de suivis périnataux au Québec, que l'organisation des services en périnatalité a très peu évolué depuis 2014. L'offre des professionnels en matière de suivis périnataux est sensiblement demeurée la même. Depuis 2021, les IPSPL offrent leurs services pour les problèmes de santé courants. Certaines peuvent effectuer le suivi prénatal et postnatal (excluant l'accouchement) aux femmes et aux nouveau-nés en santé. L'arrivée de cette nouvelle professionnelle peut se traduire par une complexification du processus décisionnel décrit dans cette thèse. Par ailleurs, aucune nouvelle politique de périnatalité n'a été publiée depuis la collecte de données. Le MSSS a publié récemment un plan d'action en périnatalité couvrant la période de 2023-2028 (MSSS, 2024). Dans ce plan d'action, le MSSS souligne les objectifs et orientations soutenues dans sa politique de 2008-2018 demeurent toujours d'actualité. Depuis les dernières années, l'information disponible sur le web est probablement plus présente. Toutefois, comme le rapportent certaines études et quelques participantes de notre étude ayant eu recours à cette source d'information, les individus éprouveraient souvent des difficultés à accéder aux informations souhaitées et à les comprendre lors de leur navigation sur le web (Finney Rutten et al., 2019).

L'implication des pères lors du processus décisionnel est probablement l'élément qui a le plus évolué depuis la collecte de données. Un sondage publié récemment témoignait de l'engagement grandissant des pères québécois au cours des dernières années (Léger, 2021). De ce fait, il est fort probable que leur rôle, qui a été observé lors du choix d'un type de suivi périnatal dans cette étude, soit plus prépondérant en 2024. Une autre modification observée concerne l'évolution de la configuration de la population dans la région où s'est déroulée cette étude. Le nombre de personnes issues de l'immigration a augmenté dans toutes les régions au Québec au cours des cinq dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2024). Par ailleurs, l'analyse des données sociodémographiques a révélé que notre échantillon ne comprenait que des participantes de la même ethnicité (blanche). Ainsi, nos résultats ne tiennent pas compte des éléments culturels qui auraient pu influencer le processus de prise de décision (Preis & Benyamini, 2017).

Deuxièmement, en dépit du souhait d'atténuer le biais de mémoire en procédant aux entretiens le plus tôt possible après le choix de suivi des nullipares, soit entre la 17<sup>e</sup> et la 31<sup>e</sup> semaine de leur grossesse (moyenne 24 semaines), certains entretiens ont été réalisés tardivement en raison de la disponibilité des participantes. Ainsi, l'expérience des premières consultations de suivi périnatal ou de la maternité a pu influencer les réponses de certaines des participantes quant aux éléments recherchés et priorisés lors du choix de leur suivi.

Troisièmement, même si les questions d'entrevue portaient sur le processus qui aboutit au choix de leur suivi périnatal, il est possible que les participantes interrogées aient eu des difficultés à distinguer les actions qui ont précédé le choix de leur suivi périnatal, à celles qui ont suivi leur choix. Par exemple, il est possible que les participantes aient mentionné avoir obtenu des informations ou consulté des sources d'information avant le choix de leur suivi, mais qu'en réalité cela se soit produit après leur choix.

Finalement, des participantes ont peut-être répondu différemment aux questions en raison d'un biais de désirabilité sociale afin de démontrer que le choix de leur suivi périnatal n'était pas aléatoire, mais plutôt basé sur des connaissances et une démarche réfléchie.

### **Implications pour la recherche**

Les résultats innovants issus de cette recherche qualitative apportent une compréhension préliminaire d'un processus décisionnel complexe, soit celui des nullipares lorsqu'elles procèdent au choix d'un type de professionnel (SF, MF, OB) pour leur suivi périnatal. De ce fait, ils offrent plusieurs pistes de réflexion pour d'éventuels projets de recherche qui contribueraient à soutenir une meilleure hiérarchisation des services en favorisant le recours aux services SF lors d'un suivi périnatal. D'ailleurs, ce recours n'est pas le seul facteur qui contribuerait à une meilleure hiérarchisation. Il serait intéressant d'étudier le poids de cette mesure à l'intérieur d'un plan plus global qui impliquerait d'autres mesures, par exemple : des modifications dans la rémunération des

OB dans le cas de suivis non à risque. Il s'agit de facteurs de l'environnement externe qui peuvent jouer un rôle indirect dans le processus décisionnel des femmes.

En termes de nouvelles pistes de recherche, il serait pertinent de réaliser des études similaires à la présente étude auprès de nullipares dans d'autres régions sociosanitaires québécoises où les services des trois types de professionnels (SF, MF et OB) sont disponibles et accessibles. Ces études permettraient aussi d'évaluer l'influence de la participation accrue du partenaire au processus de la maternité et l'évolution de la configuration de la population au Québec depuis la collecte de données sur le processus décisionnel. Ces études supplémentaires contribueraient notamment à la validation des ajustements apportés au modèle simplifié et complet d'EBM. Ces ajustements pourraient aussi être validés plus largement par la conduite de recherches sur la première utilisation de divers services de santé. Des études pourraient aussi être menées dans des contextes où les facteurs d'environnement externe, comme l'organisation des services, diffèrent de ceux de la présente étude. Ces travaux permettraient d'accroître la robustesse des résultats de cette thèse.

D'autres études pourraient aussi approfondir chacune des composantes et des relations du modèle du processus décisionnel des nullipares. Par exemple, une étude pourrait se concentrer sur la relation entre les composantes « identification des besoins » et « recherche d'information ». D'autres pourraient documenter l'ensemble des types de sources professionnelles consultées par les nullipares ainsi que la nature et la quantité des

informations qui leur sont transmises. Un autre exemple serait de documenter la composante « évaluation des possibilités de choix de suivi » en examinant les perceptions et les attitudes des nullipares envers la grossesse et l'accouchement ainsi que l'influence de leurs perceptions sur le choix de leur suivi. Aussi, à ce jour, aucune étude ne semble avoir abordé le changement de prestataire de services de santé en cours de suivi, de même que ses répercussions. D'autres études pourraient aussi se pencher sur les attentes et le rôle du partenaire lors du choix d'un suivi périnatal.

De futures recherches pourraient aussi traiter des facteurs d'environnement interne. Certains n'ont pas été pris en compte dans la présente étude, mais ils sont susceptibles d'affecter le processus décisionnel des nullipares, à savoir des facteurs individuels tels que l'âge, le niveau d'éducation ou l'autodétermination des participantes.

Les résultats et les leviers de cette étude offrent des pistes de réflexion pour la mise en place d'une stratégie de marketing social. Nos résultats fournissent un aperçu des éléments priorités lors du choix d'un suivi, des groupes influents liés à ce choix et des barrières à l'utilisation des services de SF.

En somme, des recherches utilisant des méthodologies quantitatives ou qualitatives pour explorer tous les aspects mis en lumière par notre compréhension initiale du processus décisionnel des nullipares pourraient être réalisées. Ainsi, des actions concrètes fondées sur plusieurs données probantes pourraient être mises en place.

**Chapitre 7**  
**Conclusion**

Cette étude avait comme objectif de comprendre le processus décisionnel des femmes en santé qui choisissent pour la première fois le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal, soit une SF, un MF ou un OB. Trois principaux constats se dégagent de nos résultats.

Premièrement, la plupart des nullipares disposent de peu de temps pour procéder au choix de leur suivi périnatal et les informations sur les types de suivis sont difficilement accessibles et rarement disponibles. Ce contexte peu favorable limite donc l'étendue de leur recherche d'information. Elles ont donc de la difficulté à cerner leurs attentes envers leur suivi, elles méconnaissent leurs possibilités de choix, elles n'arrivent pas à distinguer les attributs des suivis offerts, et une partie de celles qui se dirigent directement vers un OB ne sait pas qu'elles sont en situation de choix. Ce contexte limite l'exercice d'un choix éclairé.

Deuxièmement, lorsque les nullipares choisissent leur type de suivi périnatal, elles priorisent un nombre généralement peu élevé d'attributs des suivis. Elles privilégient les attributs qui, selon elles, assureront la sécurité de leur grossesse et de leur accouchement. Toutefois, des nullipares de tous les groupes basent leur choix sur l'accès sans délai à un suivi périnatal. Ainsi, avoir simplement accès à un suivi prime sur le reste. Par ailleurs,

certaines femmes se dirigent vers un MF uniquement en raison de l'accès à un suivi de santé régulier post-suivi périnatal ou vers un OB pour un suivi préventif gynécologique.

L'accès difficile à un MF dans le réseau québécois de la santé influence donc directement le choix de suivi de certaines femmes. Le vécu de leur entourage, l'avis de leur partenaire et les conseils des professionnels de la santé exercent aussi une influence qui peut être déterminante sur leur choix de suivi.

Troisièmement, seules certaines nullipares ayant choisi une SF priorisent l'exercice de leur autonomie décisionnelle, l'expertise du professionnel dans la normalité de la grossesse et de l'accouchement ainsi qu'un accouchement hors centre hospitalier lors du choix de leur suivi périnatal. Ces femmes estiment que ces attributs sont favorables au bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement.

Ces premiers résultats, comme les constats relevés dans notre revue de la littérature, font ressortir le faible intérêt accordé aux travaux de recherche qui portent sur le choix des femmes lors de la période périnatale. Comme mentionné précédemment, très peu d'études ont porté sur le processus qui mène à la sélection d'un professionnel en matière de suivi périnatal, malgré l'importance de cette étape dans la vie des femmes. Considérant l'importance du rôle joué par le soutien professionnel dans la transition vers la maternité dans nos sociétés, les travaux issus du champ de la psychologie de la femme pourraient porter une attention plus directe à ce sujet.



Par ailleurs, de nombreuses politiques en santé publique périnatale mettent l'accent sur l'autonomisation des femmes enceintes et insistent sur l'importance de leur donner le pouvoir de prendre des décisions informées pour leur santé et leur bien-être ainsi que pour leur enfant. Or, les connaissances portant sur le choix des femmes en santé périnatale occupent très peu de place dans le domaine de la santé publique. Ce dernier est d'ailleurs considéré comme le parent pauvre du système de santé malgré son rôle fondamental dans l'amélioration de la santé des populations.

Enfin, nos résultats interrogent la place du choix de professionnel dans la psychologie de la maternité. Comment cet aspect s'inscrit-il dans la myriade de décisions personnelles qu'une femme effectue lors de sa transition à la parentalité et qui entrent dans la construction de son identité de mère? Avec quelles autres dimensions de son expérience périnatale (ses croyances, ses expériences antérieures de vulnérabilité, etc.) ce choix résonne-t-il? Quelle est la place du couple et de l'entourage immédiat des femmes dans le processus décisionnel menant au choix d'un professionnel et d'un lieu de naissance?

## Références

- Abraham, J., Sick, B., Anderson, J., Berg, A., Dehmer, C., & Tufano, A. (2011). Selecting a provider: What factors influence patients' decision making? *Journal of Healthcare Management, 56*(2), 99-116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21495529/>
- Agence de la santé publique du Canada. (ASPC, 2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (ASPC, 2013). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada : un rapport du système canadien de surveillance périnatale*. [https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_checklist/2014/internet/w14-25-U-E.html/collections/collection\\_2014/aspc-phac/HP7-1-2013-fra.pdf](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_checklist/2014/internet/w14-25-U-E.html/collections/collection_2014/aspc-phac/HP7-1-2013-fra.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. (ASPC, 2018). *Littératie en santé et santé publique*. <https://www.cpha.ca/fr/litteratie-en-sante-et-sante-publique>
- Agence de la santé publique du Canada. (ASPC, 2022). *Rapport d'avancement sur l'allaitement maternel au Canada 2022*. <https://sante-infobase.canada.ca/allaitement/>
- Aleshire, M. E., Wheeler, K., & Prevost, S. S. (2012). The future of nurse practitioner practice: A world of opportunity. *Nursing Clinics of North America, 47*(2), 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.04.002>
- Almost, J. (2021). Les soins infirmiers réglementé au Canada. Le portrait de 2021. *Association des infirmières et infirmiers du Canada*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Regulated-Nursing-in-Canada\\_f\\_Copy.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Regulated-Nursing-in-Canada_f_Copy.pdf)
- Amine, A. (1999). *Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*. Edition Management Société (EMS).
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Angus Reid Institute., & Association médicale canadienne. (2022). *Rapport d'enquête*. [https://angusreid.org/wp-content/uploads/2023/08/2023.08.15\\_CMA\\_French.pdf](https://angusreid.org/wp-content/uploads/2023/08/2023.08.15_CMA_French.pdf)

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Arcia, A. (2013). US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery*, 29(8), 885-894. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.002>
- Arcia, A. (2015). US nulliparas' reasons for expected provider type and childbirth setting. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 61-72. <https://doi.org/10.1891/2F1058-1243.24.1.61>
- Argan, M. (2016). Investigating word-of-mouth (WOM) factors influencing patients' physician choice and satisfaction. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5 (1), 191-198 <https://hdl.handle.net/11421/22451>
- Assemblée nationale. (2015). *Projet de loi 20 : Loi favorisant l'accès aux services de médecin de famille et de médecine spécialisée. (2015). Première session, 41<sup>e</sup> législature.* [https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_client/lois\\_et\\_reglements/LoisAnnuelles/fr/2015/2015C25F.PDF](https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2015/2015C25F.PDF)
- Association canadienne des sages-femmes. (ACSF, 2007). *Rapport annuel 2007.* [https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/2007\\_annual\\_report.pdf](https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/2007_annual_report.pdf)
- Association canadienne des sages-femmes. (ACSF, 2021). *Rapport annuel 2020.* <https://canadianmidwives.org/annual-report-2021/>
- Association canadienne des sages-femmes. (ACSF, 2022). *Rapport annuel 2021.* <https://canadianmidwives.org/fr/rapport-annuel-2021/>
- Association médicale canadienne. (AMC, 2022). *Il faut répondre à la grave pénurie de médecins de famille.* <https://www.cma.ca/fr/propos-de-nous/notre-role/salle-de-presse/il-faut-repondre-grave-penurie-medecins-famille-dit-lamc#:~:text=Le%20manque%20d'acc%C3%A8s%20%C3%A0.un%20fournisseur%20de%20soins%20primaires>
- Association pour la santé publique du Québec. (ASPQ, 2010). La périnatalité à l'ASPQ-Plus de trente ans d'histoire. *Le périscope*, 14(1). 1-24. [https://www.aspq.org/app/uploads/2010/11/periscoop\\_30-ans-histoire-sept2010.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2010/11/periscoop_30-ans-histoire-sept2010.pdf)
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3205/2Fpsm000089>

- Baharun, R., & Mahmood, C. K. (2019). Consumer purchase decision models: A review of financial services context. Dans M. Imran Qureshi (Éd.), *Technology & society: A multidisciplinary pathway for sustainable development* (pp. 476-489). Future Academy. <https://www.europeanproceedings.com/article/10.15405/epsbs.2019.05.02.47>
- Bailey, T. (2007). La médecine familiale est-elle une spécialité? *Canadian Family Physician*, 53(2), 225-227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949117/>
- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). *How many qualitative interviews is enough*. National Centre for Research Methods Review Paper. [https://eprints.ncrm.ac.uk/id/eprint/2273/4/how\\_many\\_interviews.pdf](https://eprints.ncrm.ac.uk/id/eprint/2273/4/how_many_interviews.pdf)
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu* (6<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives. Hors série*, (2), 98-114. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v2/CBaribeau%20HS2-issn.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/CBaribeau%20HS2-issn.pdf)
- Baskett, T. F. (2019). Évolution de l'accouchement assisté au Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(2), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.021>
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., & Harris, P. G. (2003). Getting it right: Why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*, 179(5), 253-256. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x>
- Beauchemin, M., & Gagnon, R. (2009). L'accouchement en centre hospitalier avec une sage-femme. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 8(3), 12-19. <https://www.cjmrp.com/index.php/cjmrp/issue/archive>
- Beck, U. (2003). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Flammarion.
- Blais, R., Joubert, P., Collin, J., Contandriopoulos, A. P., De Koninck, M., Demers, A., Fraser, W., White, D., Desbien, F., Gagnon, C., Hatem-Asmar, M., Krauss, I., & Reinharz, D. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. Université de Montréal
- Blais, R., Joubert, P., Collin, J., Contandriopoulos, A. P., De Koninck, M., Demers, A., Fraser, W., White, D., Desbiens, F., Gagnon, C., Hatem-Asmar M., Krauss, I., & Reinharz, D. (2000). Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: An overview. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 11-14. <https://doi.org/10.1007/BF03404259>

- Born Ontario (2020). *One in a million: BORN Ontario biennial Report 2016-2018*. <https://www.bornontario.ca/en/publications/resources/Documents/BORN-Biennial-Report-2016-18.pdf>
- Bourgeault, I. L. (2006). *Push!: the struggle for midwifery in Ontario*. McGill-Queen's Press-MQUP.
- Bourque, D., & Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, (798), 20-21. <https://www.erudit.org/fr/revues/rel/2018-n798-rel03959/88768ac.pdf>
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., & Herber, O. (2014). How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. *Social Science & Medicine*, 120(1), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.014>
- Bratucu, R., Gheorghe, I. R., Purcarea, R. M., Gheorghe, C. M., Velea, O. P., & Purcarea, V. L. (2014). Cause and effect: The linkage between the health information seeking behavior and the online environment: A review. *Journal of Medicine and Life*, 7(3), 310-316. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233431/pdf/JMedLife-07-310.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2016). (Mis) conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L., & Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(7840). <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Bull, C., Creedy, D. K., Gamble, J., Toohill, J., Karger, S., & Callander, E. J. (2022). Critiquing the evolution of maternity care preferences research: A systematic mixed studies review. *Midwifery*, 111(1), 103386. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103386>
- Castro, E. M., van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>

- Centre de santé et des services sociaux Bécancourt-Nicolet-Yamaska. (CSSSBNY, 2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. [https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_67447&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_67447&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz)
- Centre hospitalier de l'Université Laval. (2022). *Examens et soins post-natal*. <https://www.chudequebec.ca/patient/me-preparer-a-accoucher/examens-et-soins-post-natal.aspx>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (CIUSSSMCQ, 2023). *20 ans de la Maison de naissance de la Rivière de Nicolet*. <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/grossesse-et-nouveau-ne/sages-femmes/20e-anniversaire-de-la-maison-de-naissance-de-la-riviere-de-nicolet/>
- Chevan, J., & Riddle, D. L. (2011). Factors associated with care seeking from physicians, physical therapists, or chiropractors by persons with spinal pain: A population-based study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 41(7), 467-476. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2011.3637>
- Coleman, W., Warren, W. E., & Huston, R. (1996). Perceived risk and the information search process in the selection of a new dentist: An empirical investigation. *Health Marketing Quarterly*, 13(2), 27-41. [https://doi.org/10.1300/J026v13n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J026v13n02_03)
- Collège des médecins de famille au Canada. (CMFC, 2009). *Soins de maternité en médecine familiale : Implications pour l'avenir*. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Soins-de-maternit%C3%A9-et-de-p%C3%A9rinatalit%C3%A9/Family-Medicine-Maternity-Care-Survey-Implications-Final-French.pdf>
- Collège des médecins de famille au Canada. (CMFC, 2017). *Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité*. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%c3%89ducation/MNC-booklet-Phases-Dimensions-Final-FRE.pdf>
- Collège des médecins de famille au Canada. (CMFC, 2023). *Choisir la médecin de famille*. <https://www.cfpc.ca/fr/member-services/choose-family-medicine>
- College of Ontario Midwives. (2023). *Legislative scope of midwifery practice: Controlled acts authorized by midwives*. <https://cmo.on.ca/standards-and-resources/scope-of-practice/>

- Confédération internationale des sages-femmes. (CISF, 2017). *Définition de la pratique sage-femme*. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0004\\_v201706\\_fr\\_dfnition-de-la-pratique-sage-femme.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0004_v201706_fr_dfnition-de-la-pratique-sage-femme.pdf)
- Confédération internationale des sages-femmes. (CISF, 2019). *Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf>
- Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (CCOSF). (2020). *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*. [https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC%20Competencies%20Dec%202020%20FINAL\\_3-f\\_Jan%202022.pdf](https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC%20Competencies%20Dec%202020%20FINAL_3-f_Jan%202022.pdf)
- Cooley, D. O., & Madupu, V. (2009). How did you find your physician? An exploratory investigation into the types of information sources used to select physicians. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3(1), 46-58. <https://doi.org/10.1108/17506120910948502>
- Copeland, D. B., & Harbaugh, B. L. (2019). “It's hard being a mama”: Validation of the maternal distress concept in becoming a mother. *The Journal of Perinatal Education*, 28(1), 28-42. <https://doi.org/10.1891/2F1058-1243.28.1.28>
- Couillard, K. (2021). *Observatoire des tout-petits. Périnatalité : l'importance d'agir tôt*. <https://tout-petits.org/actualites/2021/perinatalite-l-importance-d-agir-tot/>
- Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R., & Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a ‘best fit’ framework approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research*. Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4<sup>e</sup> éd). Sage Publications.
- CROP. (2010). *Étude sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*. CSN. <https://www.rsfq.qc.ca/documents-de-reference/>
- d'Astous, A., Boulaire, C., Daghfous, N., & Balloffet, P. (2018). *Comportement du consommateur* (5<sup>e</sup> éd). Chenelière éducation.



- Davies, E. L., Bulto, L. N., Walsh, A., Pollock, D., Langton, V. M., Laing, R. E., Graham, A., Arnold-Chamney, M., & Kelly, J. (2023). Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 83-100. <https://doi.org/10.1111/jan.15479>
- de Reu, . (2016). L'accouchement à domicile aux Pays-Bas. Dans M.-F. Moral (Éd.), *Naître à la maison, d'hier à aujourd'hui* (pp. 259-268). Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.morel.2016.01>
- Dealey, C. (2005). The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *British Journal of Nursing*, 14(10), 576-579. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.10.18109>
- Debru, R., Helme-Guizon, A., Lépine, V., Guizani, H., & Pison, C. (2022). Vers une meilleure compréhension des comportements de santé en vue de les faire évoluer : l'intégration de la théorie de l'auto-détermination au modèle socio-écologique. Dans K. Gallopel-Morvan (Éd.), *Marketing social et nudge: Comment changer les comportements en santé?* (pp. 60-67). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.gallo.2022.01.0060>
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). Listening to mothers: Report of the first national US survey of women's childbearing experiences. *Journal of Perinatal Medicine*, 31(4), 350-351. <https://doi.org/10.1515/JPM.2003.052>
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. McGraw-Hill.
- Desrochers, S. L. & Renaud, L. (2010). Un modèle théorique du façonnement des normes sociales. Dans L. Renaud (Éd.), *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (pp. 7-53). Presses de l'Université du Québec. [https://archipel.uqam.ca/7658/1/Medias\\_sante\\_normes\\_soc\\_GRMS\\_2010.compress.ed.pdf](https://archipel.uqam.ca/7658/1/Medias_sante_normes_soc_GRMS_2010.compress.ed.pdf)
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Devers, K. J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1153-1188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089058/pdf/hsresearch00022-0076.pdf>

- Dijks-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M. M., Smeets, H. J., Kievit, J., Vree, R., van der Made, W. J., & Marang-van de Mheen, P. J. (2010). Choosing a hospital for surgery: The importance of information on quality of care. *Medical Decision Making*, 30(5), 544-555. <https://doi.org/10.1177/0272989X09357474>
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Gülmezoglu, A.M (2016). What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), 529-539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Edvardsson, B., Gustafsson, A. & Roos, I. (2005). Service portraits in service research: A critical review. *International Journal of Service Industry Management*, 16(1), 107-121. <https://doi.org/10.1108/09564230510587177>
- Emmel, N. (2015). Themes, variables, and the limits to calculating sample size in qualitative research: A response to Fugard and Potts. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 685-686. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005457>
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P. W. (2001). *Consumer behavior*. Dryden Press.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P. W. (2006). *Consumer behavior* (10<sup>e</sup> éd.). South-Western Thomas Learning.
- Erasmus, A. C., Boshoff, E., & Rousseau, G. (2001). Consumer decision-making models within the discipline of consumer science: A critical approach. *Journal of Consumer Sciences*, 29(1), 82-90. <https://doi.org/10.4314/jfec.v29i1.52799>
- Fairbrother, N., Stoll, K., Schummers, L., & Carty, E. (2013). Obstetrician, family physician, or midwife: Preferences of the next generation of maternity care consumers. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 11(2), 8-15.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (FMOQ, 2021). *Abolition de l'examen général pour les pédiatres en cabinet et à l'hôpital*. <https://www.fmoq.org/pratique/collaboration-interprofessionnelle/pertinence-des-actes-medicaux/>
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (FMOQ, 2023). *Guide FMOQ de l'organisation de la pratique*. <https://guide-pratique.fmoq.org/organisation-de-la-pratique/9-organisation-de-la-pratique>

- Fédération des médecins spécialistes du Québec. (FMSQ, 2023a). *Les spécialités médicales : obstétricien et gynécologue*. <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-specialites-medicales/obstetricien-et-gynecologue>
- Fédération des médecins spécialistes du Québec. (FMSQ, 2023b). *Les effectifs médicaux*. <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-effectifs-medicaux>
- Fernandez Turienzo, C., Rayment-Jones, H., Roe, Y., Silverio, S. A., Coxon, K., Shennan, A. H., & Sandall, J. (2021). A realist review to explore how midwifery continuity of care may influence preterm birth in pregnant women. *Birth*, 48(3), 375-388. <https://doi.org/10.1111/birt.12547>
- Filby, A., McConville, F., & Portela, A. (2016). What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PloS One*, 11(5), e0153391. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>
- Filser, M. (1994). *Le comportement du consommateur*. Dalloz.
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why do women not use antenatal services in low-and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS Medecine*, 10(1), e1001373. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001373>
- Finney Rutten, L. J., Blake, K. D., Greenberg-Worisek, A. J., Allen, S. V., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2019). Online health information seeking among US adults: Measuring progress toward a healthy people 2020 objective. *Public Health Reports*, 134(6), 617-625. <https://doi.org/10.1177/0033354919874074>
- Fischer, G., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). Modèles et théories en psychologie de la santé. Dans G. Fisher, C. Tarquino, & V. Dodeler (Éds), *Les bases de la psychologie de la santé : concepts, applications et perspectives* (pp. 39-68). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02.0039>
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.065>
- Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V., & Karazivan, P. (2016). L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 59-72. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0059>

- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Foster, J. C. (1981). *Utah test for the childbearing year: Beliefs and perceptions about childbearing*. [Thèse de doctorat inédite]. The University of Utah. <https://collections.lib.utah.edu/ark:/87278/s62j6dq9>
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, *25*(10), 1229-1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Fraser, W., & Hatem-Asmar, M. (2004). La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, société et solidarité*, *3*(1), 105-115. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1231>
- French, J. (2020). Behavior change theorie, models and frameworks. Dans N.-R. Lee & P. Kotler (Éds), *Social marketing: Behavior change for social good* (6<sup>e</sup> éd., pp. 83-106). Sage Publications.
- Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). Primary care: A critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*, *29*(5), 766-772. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0025>
- Fugard, A. J., & Potts, H. W. (2015). Supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: A quantitative tool. *International Journal of Social Research Methodology*, *18*(6), 669-684. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005453>
- Fugard, A. J., & Potts, H. W. (2016). 'Shine bright like a diamond'? A reply to Braun and Clarke. *International Journal of Social Research Methodology*, *19*(6), 745-746. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1205794>
- Fyke, J. K., & Saskatchewan Commission on Medicare. (2001). Caring for medicare: Sustaining a quality system. *Government of Saskatchewan*. <http://hdl.handle.net/1974/6876>
- Gagnon, R. (2017). *Le grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience des femmes du Québec*. [Thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal, QC. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19996>

- Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of frequency of home births in the member States of the EU between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health, 9*. <https://doi.org/10.1177%2F2333794X211070916>
- Galotti, K. M., Pierce, B., Reimer, R. L., & Luckner, A. E. (2000). Midwife or doctor: A study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health, 45*(4), 320-329. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00032-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00032-5)
- Gamache, L., & Poissant, J. (2016). Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier. *Institut national de santé publique du Québec*. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2189\\_suivi\\_postnatal\\_suite\\_conge\\_hospitalier.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2189_suivi_postnatal_suite_conge_hospitalier.pdf)
- Garnier, M., & Delamare, J. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (31<sup>e</sup> éd.). Maloine.
- George, E. K., Shorten, A., Lyons, K. S., & Edmonds, J. K. (2022). Factors influencing birth setting decision making in the United States: An integrative review. *Birth, 49*(3), 403-419. <https://doi.org/10.1111/birt.12640>
- Giuliani, H. (2015). Mix of maternity care providers in Canada. *Healthcare Policy, 11*(1), 46-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26571468/>
- Glassman, M., & Glassman, N. (1981). A marketing analysis of physician selection and patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing, 1*(4), 25-31.
- Glazier, R. H., Agha, M. M., Moineddin, R., & Sibley, L. M. (2009). Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: A population-based study. *Annals of Family Medicine, 7*(5), 396-405. <https://doi.org/10.1370/afm.994>
- Gliedt, J. A., Spector, A. L., Schneider, M. J., Williams, J., & Young, S. (2023). A Description of theoretical models for health service utilization: A scoping review of the literature. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60*. <https://doi.org/10.1177/00469580231176855>
- Gouvernement du Canada. (2023). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/indicateurs-sante-perinatale-2017.html>
- Gouvernement du Québec. (n.d.). *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. RLRQ, S-0.1, r. 4*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204>

- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in navigating the health care system: Development of an instrument measuring navigation health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Groenewoud, S., van Exel, N. J. A., Bobinac, A., Berg, M., Huijsman, R., & Stolk, E. A. (2015). What influences patients' decisions when choosing a health care provider? Measuring preferences of patients with knee arthrosis, chronic depression, or Alzheimer's disease, using discrete choice experiments. *Health Services Research*, 50(6), 1941-1972. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12306>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X052799>
- Gurviez, P., & Raffin, S. (2019). *Nudge et marketing social : clés et expériences inspirantes pour changer les comportements*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.gurvi.2019.01>
- Gurviez, P., & Raffin, S. (2021). Le marketing social et les nudges, les outils efficaces du changement de comportement. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 56(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2020.10.003>
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., & Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 28(3), 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.006>
- Haiek, L., Gauthier, D., Brosseau, D., & Rocheleau, L. (2003). L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales. *Zoom santé*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-1-lallaitement-maternel-au-quebec-coup-doeil-sur-les-pratiques-provinciales-et-regionales.pdf>
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-731.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>

- Haldane, V., Chuah, F. L., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS One*, *14*(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- Haldeman, S., & Dagenais, S. (2008). A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *The Spine Journal*, *8*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.009>
- Halfdansson, B., Smarason, A. K., Olafsdottir, O. A., Hildingsson, I., & Sveinsdottir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among Low-Risk women in Iceland in 2005-2009: A retrospective cohort study. *Birth*, *42*(1), 16-26. <https://doi.org/10.1111/birt.12150>
- Hall, W. A., Tomkinson, J., & Klein, M. C. (2012). Canadian care providers' and pregnant women's approaches to managing birth: Minimizing risk while maximizing integrity. *Qualitative Health Research*, *22*(5), 575-586. <https://doi.org/10.1177/1049732311424292>
- Harris, K. M. (2003). How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. *Health Services Research*, *38*(2), 711-732. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00141>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, *23*(3), 235-247. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Hauck, Y., Nathan, E., Ball, C., Hutchinson, M., Somerville, S., Hombuckle, J., & Doherty, D. (2020). Women's reasons and perceptions around planning a homebirth with a registered midwife in Western Australia. *Women and Birth*, *33*(1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.017>
- Hibbard, J. H., & Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health*, *24*(1), 413-433. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141005>
- Hinton, H., & Ryan, S. (2020). Interviews. Dans C. Pope & N. Mays (Éds), *Qualitative research in health care* (4<sup>e</sup> éd., pp.43-57). Wiley Blackwell.
- Hoerger, T. J., & Howard, L. Z. (1995). Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care. *Medical Care*, *33*(4), 332-349. <https://doi.org/10.1097/00005650-199504000-00002>

- Hoffstedt, C., Fredriksson, M., Lenhoff, H., & Winblad, U. (2020). When do people choose to be informed? Predictors of information-seeking in the choice of primary care provider in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 15(2), 210-224. <https://doi.org/10.1017/S1744133118000373>
- Hoffstedt, C., Fredriksson, M., & Winblad, U. (2021). How do people choose to be informed? A survey of the information searched for in the choice of primary care provider in Sweden. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06380-w>
- Homer, C. S., Davies-Tuck, M., Dahlen, H. G., & Scarf, V. L. (2021). The impact of planning for COVID-19 on private practicing midwives in Australia. *Women and Birth*, 34(1), e32-e37. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.013>
- Howard, J. A., & Sheth, J. N. (1973). A model of industrial buyer behavior. *Journal of Marketing*, 37(4), 50-56. <https://doi.org/10.2307/1250358>
- Howell-White, S. (1997). Choosing a birth attendant: The influence of a woman's childbirth definition. *Social Science & Medicine*, 45(6), 925-936. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00003-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00003-8)
- Hudon, R., Mathieu, R., & Martin, É. (2009). Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008. *Recherches sociographiques*, 50(2), 255-281. <https://doi.org/10.7202/037957ar>
- Hueston, W. J., Applegate, J. A., Mansfield, C. J., King, D. E., & McClafflin, R. R. (1995). Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 40(4), 345-351. [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1995-volume\\_40-41/JFP\\_1995-04\\_v40\\_i4\\_practice-variations-between-family-physi.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1995-volume_40-41/JFP_1995-04_v40_i4_practice-variations-between-family-physi.pdf)
- Hundley, V., & Ryan, M. (2004). Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(6), 550-560. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00152.x>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2004). *Donner naissance au Canada. Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant*. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/GBC2004\\_report\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/GBC2004_report_FR.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2022a). *Base de données nationales sur les médecins, données sur l'utilisation, 2020-2021*. <https://www.cihi.ca/fr/medecins>



- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2022b). *Indicateurs de santé interactifs Indicateurs d'accouchement selon le province ou le territoire, 2001-2002 à 2021-2022. Taux anesthésie épidurale dans les accouchements vaginaux.* <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/taux-danesthesie-epidurale-au-cours-des-accouchements-vaginaux>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2022c). *Indicateurs de santé interactifs. Indicateurs d'accouchement selon le province ou le territoire, 2001-2002 à 2021-2022. Taux de césariennes.* <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/taux-de-cesariennes>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2023). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2022-analyse éclair.* <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2022-analyse-eclair>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Naissances et taux de natalité, Québec, 1900-2022.* <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec/tableau/naissances-et-taux-de-natalite-quebec>
- Institut de la statistique du Québec (2024). *Migrations internationales et interprovinciales.* <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/migrations-internationales-interprovinciales-bilan-demographique>.
- Institut de recherche en santé du Canada. (2020). *Engagement des utilisateurs de connaissances.* <https://cihr-irsc.gc.ca/f/49505.html>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (INESSS, 2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque.* [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS\\_2012\\_Vol8\\_No14.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf)
- Institut du Québec. (2019). *La rémunération des médecins une approche économique.* <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/09/201909IDQ-Medecins.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2022). *Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé?* <https://www.inspq.qc.ca/en/node/6374>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2023). *Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans. Suivi de grossesse.* <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/suivi-grossesse/suivi-grossesse>
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). *birth with midwife or physician.* *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7), 377-383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081869>

- Jia, X., Pang, Y., & Liu, L. S. (2021). Online health information seeking behavior: A systematic review. *Healthcare*, 9(12), 1740. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121740>
- Jimenez, V., Klein, M. C., Hivon, M., & Mason, C. (2010). A mirage of change: Family-centered maternity care in practice. *Birth*, 37(2), 160-167. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00396.x>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane database of systematic reviews*, 2012(3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Kaal, S. E., Husson, O., van Duivenboden, S., Jansen, R., Manten-Horst, E., Servaes, P., Prins, J. B., van der Berg, S. W., & van der Graaf, W. T. A. (2017). Empowerment in adolescents and young adults with cancer: Relationship with health-related quality of life. *Cancer*, 123(20), 4039-4047. <https://doi.org/10.1002/cncr.30827>
- Kahlke, R. M. (2014). Generic qualitative approaches: Pitfalls and benefits of methodological mixology. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 37-52. <https://doi.org/10.1177/160940691401300>
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O., & Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: A conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603>
- Kelley, S. W., & Schwartz, R. W. (2005). A marketing-oriented perspective on physician selection. *Surgical Innovation*, 12(4), 357-363. <https://doi.org/10.1177/155335060501200412>
- Khalilnezhad, R., Gorji, H. A., Alaedini, F., Naeini, A. S., & Sepehri, M. M. (2020). The factors affecting the obstetricians-gynecologists workforce planning: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(2), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.10.002>
- King, K. W., & Haefner, J. E. (1988). An investigation of the external physician search process. *Journal of Health Care Marketing*, 8(2), 4-13.
- Kingdon, C., Neilson, J., Singleton, V., Gyte, G., Hart, A., Gabbay, M., & Lavender, T. (2009). Choice and birth method: Mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(7), 886-895. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x>

- Kirby, M. J. L. (2002). Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada. *Gouvernement du Canada*. <https://publications.gc.ca/pub?id=9.601677&sl=0>
- Klein, M. C., Kaczorowski, J., Hearps, S. J., Tomkinson, J., Baradaran, N., Hall, W. A., McNiven, P., Brant, R., Grant, J., & Dore, S. (2011). Birth technology and maternal roles in birth: Knowledge and attitudes of Canadian women approaching childbirth for the first time. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(6), 598-608. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34908-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34908-8)
- Kooienga, S. A., & Carryer, J. B. (2015). Globalization and advancing primary health care nurse practitioner practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(8), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.06.012>
- Kotler, P., & Clarke, R. N. (1987). *Marketing for health care organizations*. Prentice Hall.
- Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R.J. (2008). *Strategic marketing for health care organizations: Building a customer-driven health system*. John Wiley & Sons.
- Kuitunen, I., Kekki, M., Ponkilainen, V., & Huttunen, T. (2023). Labour analgesia in obese and morbidly obese parturients: A nationwide register analysis in Finland from 2004 to 2018. *Anesthesia*, 77(3), 351-353. <https://doi.org/10.1111/anae.15652>
- Laforce, H. (1987). Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle. Dans F. Saillant & M. O'Neil (Éds), *Accoucher autrement* (pp. 163-235). Éditions St-Martin.
- Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009>
- Le Courrier Sud. (2010). *La Maison de naissance ouvre un point de service à Trois-Rivières*. <https://www.lecourriersud.com/le-courrier-sud/la-maison-de-naissance-ouvre-un-point-de-service-a-trois-rivieres/>
- Le Téléjournal Mauricie. (2014). Les accouchements avec sage-femme bientôt possibles au CHRTR. *Ici Mauricie-Centre-du-Québec*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/644265/accouchement-sage-femme-chrtr>
- Leduc, N. (1999). La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs. *Rupture : Revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 104-118.

- Lee, M. M., Lin, S. S., Wrench, M. R., Adler, S. R., & Eisenberg, D. (2000). Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *Journal of the National Cancer Institute, 92*(1), 42-47. <https://doi.org/10.1093/jnci/92.1.42>
- Lee, N. R., & Kotler, P. (Éds) (2019). Defining and distinguishing social marketing. Dans *Social marketing* (6<sup>e</sup> éd. pp. 3-29). Sage Publications.
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques, 50*(2), 283-299. <https://doi.org/10.7202/037958ar>
- Léger. (2021). *Rapport Enquête auprès de pères d'enfants de moins de 18 ans. Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (RVP)*. [https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2021/06/sondage-leger\\_sqp2021.pdf](https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2021/06/sondage-leger_sqp2021.pdf)
- Lewis, C. L., Wickstrom, G. C., Kolar, M. M., Keyserling, T. C., Bognar, B. A., DuPre, C. T., & Hayden, J. (2000). Patient preferences for care by general internists and specialists in the ambulatory setting. *Journal of General Internal Medicine, 15*(2), 75-83. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.05089.x>
- Li, J., Lu, H., & Hou, R. (2018). A review of the definition and scope of practice of midwives in five representative countries. *Frontiers of Nursing, 5*(3), 165-173. <https://doi.org/10.1515/fon-2018-0022>
- Loewenberg Weisband, Y., Klebanoff, M., Gallo, M. F., Shoben, A., & Norris, A. H. (2018). Birth outcomes of women using a midwife versus women using a physician for prenatal care. *Journal of Midwifery and Women's Health, 63*(4), 399-409. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12750>
- Loh, K. K., & Kanai, R. (2016). How has the Internet reshaped human cognition? *The Neuroscientist, 22*(5), 506-520. <https://doi.org/10.1177/1073858415595005>
- MacDonald, M. E., & Bourgeault, I. L. (2009). The Ontario midwifery model of care. Dans R. E. Davis-Floyd, L. Barclay, B.-A. Daviss, & J. Tritten (Éds), *Birth models that work* (pp. 89-119). University of California Press.
- Maher, C. A., Lewis, L. K., Ferrar, K., Marshall, S., De Bourdeaudhuij, I., & Vandelanotte, C. (2014). Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 16*(2), e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.2952>
- Mason, J. (2017). *Qualitative researching* (2<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.



- Matsuoka E., & Hinokuma F. (2009). Maternity homes in Japan: Reservoirs of normal childbirth. Dans R.E. Davis-Floyd, L. Barclay, B.-A. Daviss, & J. Tritten. (Éds), *Birth models that work* (pp. 213-238). University of California Press.
- Mazankowski, D. (2001, décembre). *A framework for reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health for Alberta. Premier's Advisory Council on Health.* <https://open.alberta.ca/publications/0778515478>
- McGlone, T. A., Butler, E. S., & McGlone, V. L. (2002). Factors influencing consumers' selection of a primary care physician. *Health Marketing Quarterly*, 19(3), 21-37. [https://doi.org/10.1300/J026v19n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J026v19n03_03)
- McKay, S. (1993). Models of midwifery care: Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38(2), 114-120. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(93\)90145-7](https://doi.org/10.1016/0091-2182(93)90145-7)
- Memmott, C., Smith, J., Korzuchowski, A., Tan, H. L., Oveisi, N., Hawkins, K., & Morgan, R. (2022). "Forgotten as first line providers": The experiences of midwives during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada. *Midwifery*, 113(1), 103437. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103437>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4<sup>e</sup> éd.). Jossey-Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyses de données qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Boeck Supérieur.
- Milner, T., & Rosenstreich, D. (2013). A review of consumer decision-making models and development of a new model for financial services. *Journal of Financial Services Marketing*, 18(2), 106-120. <https://doi.org/10.1057/fsm.2013.7>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) & Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2001). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 1973). *Politique de périnatalité au Québec.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 1993). *Politique de périnatalité.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-726-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2015a). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001045/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (MSSS). (2018). *Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025. Volet 1: Hierarchisation des services et complémentarité des rôles et des intervenants.* [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces\\_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-697-Document.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-697-Document.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2022a). *Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé.* [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan\\_Sante.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022b). *Initiative des amis des bébés.* <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/initiative-amis-bebes>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2022c). *Portrait organisationnel du réseau.* <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2022d). *Guide de référence en lien avec la prise en charge par les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne.* [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-09W\\_Guide\\_de\\_reference.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-09W_Guide_de_reference.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2023). *Exercice de la médecine au Québec.* <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/diplomes-internationaux/medecins-famille-au-quebec/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2024). *Revenir à l'essentiel : plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>

- Ministry of Health British Columbia. (2008). *Health professions Act: Midwives regulation: B.C. Reg. 281/2008*. [https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/lc/statreg/281\\_2008](https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/lc/statreg/281_2008)
- Monteblanco, A. D. (2021). The COVID-19 pandemic: A focusing event to promote community midwifery policies in the United States. *Social Sciences & Humanities Open*, 3(1), 100104. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100104>
- Morris, M. (2022). Prestation de soins collaborative en obstétrique. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(7), 737-738. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.05.007>
- Morse, J. M. (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Left Coast Press.
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Morse, J. M., & Richard, L. (2013). *User's guide to qualitative methods*. (3<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-104>
- Murphey, C., Carter, P., Price, L. R., Champion, J. D., & Nichols, F. (2017). Psychological distress in healthy low-risk first-time mothers during the postpartum period: An exploratory study. *Nursing Research and Practice*, 2017(1), 8415083. <https://doi.org/10.1155/2017/8415083>
- Murray, K. B. (1991). A test of services marketing theory: Consumer information acquisition activities. *Journal of Marketing*, 55(1), 10-25. <https://doi.org/10.1177/00222429910550010>
- Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., & Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*, 30(7), 869-876. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.01.008>
- Nootens, S. (2018). La relation médecin-patient et les décisions de traitement. *Revue de droit* 20(2), 377-393. <https://doi.org/10.17118/11143/13560>

- Norum, J., Heyd, A., Hjelseth, B., Svee, T., Mürer, F. A., Erlandsen, R., & Vonen, B. (2013). Quality of obstetric care in the sparsely populated sub-arctic area of Norway 2009-2011. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 175. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-175>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer*. [https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/IPS\\_Memoire.pdf](https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/IPS_Memoire.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2022a). *Examens et programmes de formation*. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/encadrement-de-la-pratique-des-ips>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2022b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport\\_statistique\\_2021-2022-1.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2021). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : lignes directrices*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2009). *Référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*. <https://www.osfq.org/medias/iw/Referentiel-dactivite-professionnelle-PDF.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2015). *Rapport annuel 2014-2015*. <https://www.osfq.org/medias/iw/rapport-annuel-OSFQ-2015.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2021a). *Rapport annuel 2020-2021*. <https://www.osfq.org/medias/iw/rapport-annuel-OSFQ-2021-pdf.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2021b). *Adéquation des compétences des sages-femmes aux besoins des femmes du réseau*. <https://www.osfq.org/medias/iw/Horizon-2024.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2022). *Rapport annuel 2021-2022*. <https://www.osfq.org/medias/iw/OSFQ-Rapport-ann-22-VF-3nov22.pdf>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2023a). *Futurs parents - Maison de naissance. Définition d'une maison de naissance*. <https://www.osfq.org/fr/maisons-de-naissance>






- Ordre des sages-femmes du Québec. (OSFQ, 2023b). *Modernisation de la Loi sur les sages-femmes : faire rayonner la profession afin de répondre aux besoins des communautés du Québec*. <https://www.osfq.org/medias/iw/OSFQ-memoire-fev23VF.pdf>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (OCDE, 2017). *Tackling wasteful spending on health*. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (OCDE, 2019). *OCDE iLibrary. Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE. Césariennes*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/824731c8-fr/index.html?itemId=/content/component/824731c8-fr>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (OCDE, 2020). *Realising the potential of Primary Health Care*. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (OCDE, 2023). *Health care financing in times of high inflation*. <https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2005). *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43131/9241562900.pdf?sequence=1>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018a). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018b). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?sequence=1>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2022). *L'OMS préconise de prodiguer des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés au cours des premières semaines décisives suivant l'accouchement*. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- Orji, O. (2013). Major classic consumer buying behavior models: Implications for marketing decision-making. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 4(4), 164-172. <https://core.ac.uk/download/pdf/234645876.pdf>

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Panwar, D., Anand, S., Ali, F., & Singal, K. (2019). Consumer decision making process models and their applications to market strategy. *International Management Review*, 15(1), 36-44. <http://www.imrjournal.org/uploads/1/4/2/8/14286482/imr-v15n1art3.pdf>
- Parry, D. C. (2008). « We wanted a birth experience, not a medical experience »: exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 784-806. <https://doi.org/10.1080/07399330802269451>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Pauli, G., Martin, S., & Greiling, D. (2023). The current state of research of word-of-mouth in the health care sector. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 20(1), 125-148. <https://doi.org/10.1007/s12208-022-00334-6>
- Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J., & van Merode, G. (2009). The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: Implications for policy and management. *Health Policy*, 93(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.05.008>
- Percy, W. H., Kostere, K., & Kostere, S. (2015). Generic qualitative research in psychology. *The Qualitative Report*, 20(2), 76-85. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2097>
- Perrin, A. (2015). Social media usage: 2005-2015. *Pew Research Center*. <http://www.pewinternet.org/2015/10/08/2015/Social-Networking-Usage-2005-2015/>
- Peters, E., Dieckmann, N., Dixon, A., Hibbard, J. H., & Mertz, C. (2007). Less is more in presenting quality information to consumers. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 169-190. <https://doi.org/10.1177/10775587070640020301>
- Pettigrew, D. (2002a). Motivation et implication du consommateur. Dans D. Pettigrew, S. Zouiten, & W. Menvielle (Éds), *Le consommateur : acteur clé en marketing* (pp.72-99). Les édition SMG.
- Pettigrew, D. (2002b). Attitudes et changements des attitudes. Dans D. Pettigrew, S. Zouiten, & W. Menvielle (Éds), *Le consommateur : acteur clé en marketing* (pp.150-173). Les édition SMG.

- Phillips-Wren, G., & Adya, M. (2020). Decision making under stress: The role of information overload, time pressure, complexity, and uncertainty. *Journal of Decision Systems, 29*(1), 213-225. <https://doi.org/10.1080/12460125.2020.1768680>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2016). Recommendations for creating better concept definitions in the organizational, behavioral, and social sciences. *Organizational Research Methods, 19*(2), 159-203. <https://doi.org/10.1177/1094428115624965>
- Popadiuk, C. (2022). La paysage changeant des soins obstétricaux au Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 42*(11), 1307-1309. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jogc.2020.09.008>
- Pope, C., & Mays, N. (Éds) (2006). Quality in qualitative research. Dans *Qualitative research in health care* (4<sup>e</sup> éd., pp. 211-230). Wiley Blackwell.
- Porter, I. (25 mars 2023). Course contre la montre pour formes des infirmières praticiennes spécialisées. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/786715/sante-course-contre-la-montre-pour-former-des-infirmieres-praticiennes-specialisees>
- Preis, H., & Benyamini, Y. (2017). The birth beliefs scale—a new measure to assess basic beliefs about birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 38*(1), 73-80. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1244180>
- Preis, H., Pardo, J., Peled, Y., & Benyamini, Y. (2018). Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies? *PloS One, 13*(11), e0208090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208090>
- Quinn, A. E., Trachtenberg, A. J., McBrien, K. A., Ogundeji, Y., Souri, S., Manns, L., Rennert-May, E., Ronksley, P., Au, F., & Arora, N. (2020). Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. *Health Policy, 124*(4), 345-358. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.007>
- Regroupement Les sages-femmes du Québec. (RSFQ, 2011). *Rapport annuel 2010-2011*. <https://plexus.rsfq.qc.ca/Rapport%20annuel%202010-2011.pdf?f=I1Y6Lhi53XRT>
- Regroupement Les sages-femmes du Québec. (RSFQ, 2023a). *Rapport annuel 2022-2023*. [https://www.rsfq.qc.ca/wp-content/uploads/2023/09/RSFQ-Rapport-annuel-2022-2023\\_V4-WEB.pdf](https://www.rsfq.qc.ca/wp-content/uploads/2023/09/RSFQ-Rapport-annuel-2022-2023_V4-WEB.pdf)
- Regroupement Les sages-femmes du Québec. (RSFQ, 2023b). *Le suivi sage-femme*. <https://www.rsfq.qc.ca/suivi-sage-femme/>

- Reid, A. J., Carroll, J. C., Ruderman, J., & Murray, M. A. (1989). Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *Canadian Medical Association Journal*, *140*(6), 625-633. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1268752/pdf/cmaj00187-0059.pdf>
- Ridde, V., Dagenais, C., & Boileau-Falardeau, M. (2013). Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Santé publique*, *25*(2), 137-145. <https://doi.org/10.3917/spub.132.0137>
- Rivard, A. (2013). Le risque zéro lors de l'accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain. *Globe*, *16*(2), 27-47. <https://doi.org/10.7202/1025212ar>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Les éditions du Remue-Ménage.
- Rodríguez-Garrido, P., Pino-Morán, J. A., & Goberna-Tricas, J. (2020). Exploring social and health care representations about home birth: An integrative literature review. *Public Health Nursing*, *37*(3), 422-438. <https://doi.org/10.1111/phn.12724>
- Romanow, R. J. (2002). Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé. *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Rublein, L., Muschalla, B. (2022). Childbirth fear, birth-related mindset and knowledge in non-pregnant women without birth experience. *BMC Pregnancy Childbirth*, *22*(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04582-6>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2018). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation development, and wellness*. Guilford Publications.
- Ryding, E. L., Lukasse, M., van Parys, A. S., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A.-M., Schei, B., & on behalf of the Bidens Group. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: A cohort study in six European countries. *Birth*, *42*(1):48-55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD004667.pub5>

-  delowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>
- Sbaffi, L., & Rowley, J. (2017). Trust and credibility in web-based health information: A review and agenda for future research. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e218. <https://doi.org/10.2196/jmir.7579>
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., & Sibbritt, D. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62(1), 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Schiffman, L. G., Kanuk, L. L., & Hansen, H. (2012). *Consumer behaviour: A European outlook* (2<sup>e</sup> éd.) Pearson Financial Times.
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., van den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., Frith, L., Gross, M. M., Misselwitz, B., & Hálfhánsdóttir, B. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS Medicine*, 17(5), e1003103. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003103>
- Serfaty, A., & Bréart, G. (2014). Construction des connaissances, politique de santé en périnatalité et état de santé périnatale. *Revue de médecine périnatale*, 4(6), 210-215. <https://doi.org/10.1007/s12611-014-0302-8>
- Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care: An overview of reviews. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 107-120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>
- Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T., & Aune, I. (2020). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86(1), 102705. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Société canadienne de pédiatrie. (2018). *Vous et le médecin de votre enfant*. <https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/health-conditions-and-treatments/your-childs-doctor>

- Société des obstétriciens et gynécologue du Canada. (SOGC, 2018). No 361 – Césarienne sur demande maternelle. *Journal Obstetrics and Gynaecologists of Canada*, 40(7), 972-977. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.04.043>
- Soliday, E., & Ord, G. (2020). The birth education starts today video on birth care options: Evaluation with university students. *The Journal of Perinatal Education*, 29(1), 23. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.23>
- Stankevich, A. (2017). Explaining the consumer decision-making process: Critical literature review. *Journal of International Business Research and Marketing*, 2(6), 7-14. <https://doi.org/10.18775/jibrm.1849-8558.2015.26.3001>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Statistique Canada. (2019). *Fournisseurs habituels de soins de santé, 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-fra.ht>
- Statistique Canada. (2022). *Naissances vivantes selon le mois*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310041501>
- Steel, A., Adams, J., Frawley, J., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.04.002>
- Stewart, D., Hickson, G., Koslow, S., Altemeier, W. A., & Pechmann, C. (1989). Information search and decision making in the selection of family health care. *Journal of Health Care Marketing*, 9(2), 29-39. <https://escholarship.org/uc/item/6bs9n4gz>
- Stieg, C. (2020). It is almost free to have a baby un Finland-and feels like the whole country is provinding for a child. *Consumer news and business channel (CNBC)*. <https://www.cnbc.com/2020/02/21/why-finland-is-the-best-place-to-give-birth-childbirth-costs-compared.html>
- Stoll, K. H., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M. M., Malott, A., McAra-Couper, J., Sadler, M., Thomson, G., & Team, I. S. (2020). A survey of university students' preferences for midwifery care and community birth options in 8 high-income countries. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 131-141. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13069>

- Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostreil, Y., & Willihnganz, L. (2010). "It's all the rage these days": University students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Obstetric Anesthesia Digest*, 30(2), 96-97. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00310.x>
- Stone, N. I., Downe, S., Dykes, F., & Rothman, B. K. (2022). "Putting the baby back in the body": The re-embodiment of pregnancy to enhance safety in a free-standing birth center. *Midwifery*, 104(1), 103172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103172>
- Thaler, R., & Sunstein, C. (2022). *Nudge*. Vuibert.
- The Nordic Council and the Nordic Council of Ministers. (s.d.). Pregnancy and childbirth in Iceland. *Nordic Co-operation*. <https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-iceland>
- Thompson, C. J. (2005). Consumer risk perceptions in a community of reflexive doubt. *Journal of Consumer Research*, 32(2), 235-248. <https://doi.org/10.1086/432233>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2<sup>e</sup> éd.). Routledge.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Université du Québec à Trois-Rivières. (UQTR, 2011). *La formation et la planification de la main d'œuvre en pratique sage-femme*. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques concernant la pratique sage-femme. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30510.41282>
- Université du Québec à Trois-Rivières. (UQTR, 2023). *Répertoire des programmes d'études, baccalauréat en pratique sage-femme (7083)*. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=106:10:::10:P10\\_CD\\_PGM,P10\\_RECH\\_CRITERE,P10\\_RECH\\_VALEUR,P10\\_RECH\\_DESC:7083,P2\\_CYCLE\\_PGM\\_1.%5CPremier%20cycle%5C](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=106:10:::10:P10_CD_PGM,P10_RECH_CRITERE,P10_RECH_VALEUR,P10_RECH_DESC:7083,P2_CYCLE_PGM_1.%5CPremier%20cycle%5C)
- Université Laval. (2023). *Faculté de médecine. Résidence en obstétrique et gynécologie*. <https://www.fmed.ulaval.ca/etudes/etudes-en-medecine/residences-etudes-medicales-postdoctorales/residence-en-obstetrique-et-gynecologie/presentation>

- Vadeboncoeur, H., Maheux, B., & Blais, R. (1996). Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, 3(2), 224-242. <https://familia.ucs.inrs.ca/notice/?ID=7458>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- van Haaren-Ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, 28(5), 609-618. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.010>
- van Manen, E. L., Hollander, M., Feijen-de Jong, E., De Jonge, A., Verhoeven, C., & Gitsels, J. (2021). Experiences of Dutch maternity care professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care system. *PloS One*, 16(6), e0252735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252735>
- van Teijlingen, E. R., Lowis, G. W., McCaffery, P., & Porter, M. (2004). *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative perspectives*. Nova Science Publishers.
- Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedam, Z., Hayes-Klein, H., & Jolicoeur, G. (2017). The mothers on respect (MOR) index: Measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-Population Health*, 3(1), 201-210. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>
- Venne, M. (2011). Des citoyens responsables. *Télescope*, 17(1), 194-212. [https://telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol\\_17\\_no1/Telv17n1\\_venne.pdf](https://telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_17_no1/Telv17n1_venne.pdf)
- Venne, M. (2014). Les citoyens, alliés du système de santé. *Global Health Promotion*, 21(1), 50-53. <https://doi.org/10.1177/1757975913512160>
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 12(1), 272. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>
- Vogels-Broeke, M., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2023). Women's birth beliefs during pregnancy and postpartum in the Netherlands: A quantitative cross-sectional study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(2), 210-220. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13473>

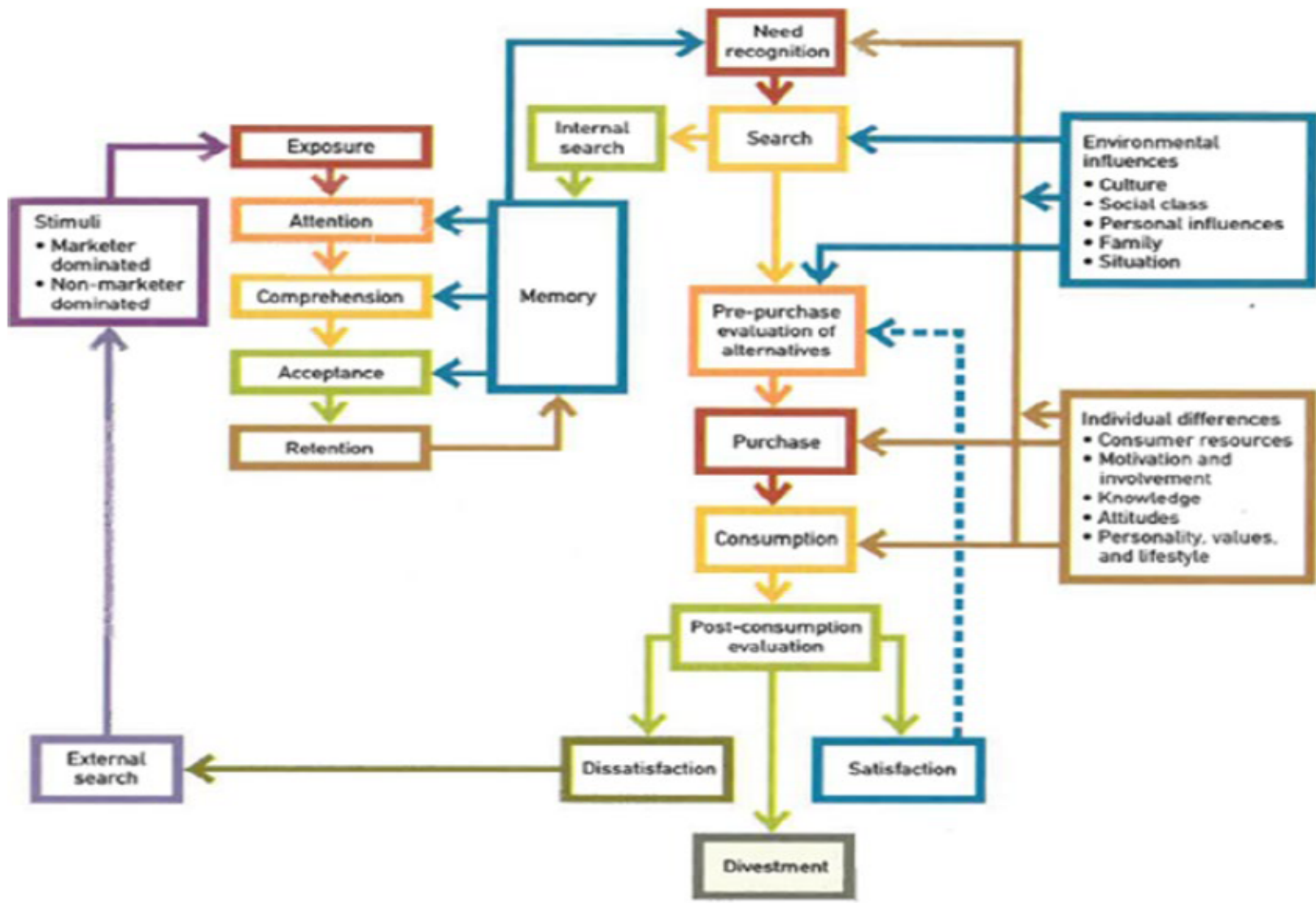


- Walsh D. (2009). Small really is beautiful: Tales from a freestanding birth center in England. Dans R. E. Davis-Floyd, L. Barclay, B.-A. Daviss, & J. Tritten (Éds), *Birth models that work* (pp. 159-197). University of California Press.
- Weenig, M. W., & Maarleveld, M. (2002). The impact of time constraint on information search strategies in complex choice tasks. *Journal of Economic Psychology*, 23(6), 689-702. [https://doi.org/10.1016/S0167-4870\(02\)00134-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4870(02)00134-4)
- Wiegerinck, M. M. J., Eskes, M., van der Post, J. A. M., Mol, B. W., & Ravelli, A. C. J. (2020). Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 546-554. <https://doi.org/10.1111/aogs.13767>
- Wiegers, T. A., & Hukkelhoven, C. W. (2010). The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-80>
- Wiegers, T. A. (2003). General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy*, 66(1), 51-59. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00025-3](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00025-3)
- Wigfall, L. T., & Tanner, A. H. (2018). Health literacy and health-care engagement as predictors of shared decision-making among adult information seekers in the USA: A secondary data analysis of the health information national trends survey. *Journal of Cancer Education*, 33(1), 67-73. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1052-z>
- Wilson, K. L., & Sirois, F. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: The role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83. <https://doi.org/10.1080/02646830903190946>
- Wu, C. M., Schulz, E., Pleskac, T. J., & Speekenbrink, M. (2022). Time pressure changes how people explore and respond to uncertainty. *Scientific Reports*, 12(1), 4122. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07901-1>
- Wu, H. L., & Volker, D. L. (2009). The use of theory in qualitative approaches to research. Application in end-of-life studies. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2719-2732. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05157.x>
- Xue, Y., Ye, Z., Brewer, C., & Spetz, J. (2016). Impact of state nurse practitioner scope-of-practice regulation on health care delivery: Systematic review. *Nursing Outlook*, 64(1), 71-85. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.08.005>

Zielinski, R., Ackerson, K., & Low, L. K. (2015). Planned home birth: Benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*, 7(1), 361-377. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561>

## **Appendice A**

Version originale anglaise du « Modèle du comportement du consommateur »  
(Engel et al., 2006, p. 85)



**Appendice B**  
**Affiche de recrutement**

## **Vous êtes une femme en santé enceinte de votre premier bébé ?**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche afin de comprendre :

« Comment » et « pourquoi » avez-vous pris la décision d'être suivie par une sage-femme, un médecin de famille ou un obstétricien-gynécologue pour votre grossesse et votre accouchement?

### **Implication:**

- ✓ Une entrevue d'environ 20 minutes, dans le lieu de votre choix.

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec:

**Caroline Paquet**  
Chercheuse principale de l'étude  
1-800-365-0922, poste 4074  
caroline.paquet@uqtr.ca

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières : CÉR-2014-007-00 et par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal 14-132-CERES-D.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

Université   
de Montréal

### **Appendice C**

**Questionnaire pour valider l'admissibilité des participantes selon les critères d'inclusion  
et le Règlement sur les risques obstétricaux**

Numéro participante : \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE POUR VALIDER L'ADMISSIBILITÉ DES PARTICIPANTES  
SELON LES CRITÈRES D'INCLUSION ET LE RÈGLEMENT SUR LES  
RISQUES OBSTÉTRICAUX**

1- Dans quelle ville demeurez-vous?

Trois-Rivières

St-Étienne-des-Grès

Autre : \_\_\_\_\_

2- Est-ce votre première grossesse?

Oui

Non

3- Est-ce que le professionnel de la santé qui assure le suivi de votre grossesse était votre premier choix?

Oui

Non  Pourquoi? \_\_\_\_\_

4- Pour assurer votre suivi périnatal vous avez choisi les services de quel type de professionnel?

SF (membre OSFQ)  MF  Obgyn  Autres : \_\_\_\_\_

5- Êtes-vous atteinte ou avez-vous déjà souffert de l'une des conditions de santé suivantes :

	OUI	NON
diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie d'Addison et de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
collagénose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	OUI	NON
sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberculose active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie <b>cardiaque</b> , rénale ou pulmonaire avec insuffisance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
thrombocytopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anomalie de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
béance du col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
amputation du col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hémorragie sous-arachnoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie thromboembolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Êtes-vous atteinte d'une condition de santé qui pourrait affecter le déroulement de votre suivi de grossesse et votre accouchement?

Oui  laquelle \_\_\_\_\_

Non

**Appendice D**  
**Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements à la**  
**chercheuse responsable de la recherche**

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS À  
LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DE LA RECHERCHE**

**Titre de l'étude :** Comment les femmes enceintes choisissent-elles le type de  
professionnel qui assurera leur suivi périnatal?

**Responsable du projet:** Caroline Paquet, Ph.D (cand.)

J'autorise la chercheuse à me contacter afin de me parler de l'étude et pour planifier une  
rencontre si je suis toujours intéressée à participer à l'étude.

---

Nom de la personne à contacter  
(lettres moulées)

---

Signature

---

Date

---

Numéro de téléphone

---

Adresse courriel

**Appendice E**  
**Grille des entretiens**

## GRILLE DES ENTRETIENS

Numéro de la participante : \_\_\_\_\_ Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_  
Lieu de l'entrevue : \_\_\_\_\_ Durée de l'entrevue : \_\_\_\_\_

### *Introduction*

*Pour commencer, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de ce projet de recherche. Je m'appelle Caroline Paquet, je suis étudiante au doctorat en santé publique à l'UDM.*

Lors de cette entrevue, nous allons aborder votre démarche personnelle préalable au choix d'un type de professionnel de la santé (sage-femme, médecin de famille ou obstétricien) pour assurer votre grossesse et l'accouchement. L'objectif général de l'étude est de comprendre le processus de choix des femmes enceintes relatif au type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal.

*Je vous demanderais de lire le formulaire de consentement, et si vous acceptez de participer à cette étude, de le signer. S'il vous plait, n'hésitez pas à me poser des questions si vous avez besoin de plus d'informations sur le projet et votre participation.*

### **Structure de l'entrevue**

1. Nous débuterons avec des questions portant sur les besoins que vous recherchez dans un suivi périnatal.
2. Nous poursuivrons avec des questions portant sur votre démarche pour choisir un type de professionnel en particulier pour assurer votre suivi périnatal.
3. Enfin, nous vous demanderons de remplir un court questionnaire sur vos données sociodémographiques.

### **A – Identification des besoins à l'égard du suivi périnatal**

- 1- Quand avez-vous commencé à réfléchir au type de professionnel de la santé qui allait assurer votre suivi périnatal, soit le suivi de votre grossesse et accouchement?
- 2- Quand vous pensiez à votre suivi périnatal, quel genre de services recherchez-vous?
  - A. Quels étaient les besoins que vous vouliez combler?

- 3- Pourquoi recherchez-vous ces besoins envers un suivi périnatal? Quelle étaient l'origine de ces besoins?
- 4- Est-ce que parmi les besoins que vous recherchez à combler à l'égard d'un suivi périnatal, certains étaient plus importants pour vous?

#### **B – Recherche d'information**

1. Comment avez-vous obtenu de l'information sur les différentes options de suivi périnatal?
2. Parmi ces sources d'information consultées, lesquelles ont exercé la plus grande influence sur votre choix?

#### **C – Évaluation des différentes options de suivi périnatal**

- 1- Pour votre suivi périnatal vous avez choisi les services de quel type de professionnel?
   
 SF       MF       Obgyn       Autres : \_\_\_\_\_
- 2- Qu'est-ce que le suivi périnatal offert (le type de professionnel qu'elle a choisi) vous apportera au cours de votre grossesse et votre accouchement?
  - a. Valider les perceptions et attitudes de la femme à l'égard de chacun des attributs nommés.
- 3- Comment percevez-vous les suivis périnataux offerts par (les professionnels qu'elle n'a pas choisis)?
  - a. Valider les perceptions et attitudes de la femme à l'égard de chacun des attributs nommés.
- 4- Sur la base de quels attributs avez-vous procédé au choix d'un service en particulier parmi l'ensemble des services disponibles?
- 5- Lors de votre choix, est-ce que certains attributs étaient plus importants que d'autres?
  - A. Si oui, lesquels?

**Appendice F**  
Questionnaire de données sociodémographiques

Numéro participante : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales.  
Soyez assurée qu'elles demeureront confidentielles.

1. Dans quelle ville demeurez-vous?

Trois-Rivières

St-Étienne-des-Grès

Autre : \_\_\_\_\_

2. Dans quel groupe d'âge êtes-vous?

moins de 20 ans

20-24 ans

25-29 ans

30-34 ans

35-40 ans

Plus de 40 ans

3. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez **complété**?

Niveau primaire

Secondaire IV et moins

Secondaire V

Niveau collégial

Niveau universitaire Baccalauréat

Autre : \_\_\_\_\_



Numéro participante : \_\_\_\_\_

4. De quelles origine (s) ethnique (s) êtes-vous?

Caucasienne (blanc)

Autochtone

Africaine

Asiatique

Autre : \_\_\_\_\_

5. Quelle est la date prévue de votre accouchement?

\_\_\_\_\_

(jour /mois/ année)

6. Incluant votre grossesse actuelle, combien avez-vous eu :

a) de grossesse (s) de plus de 20 semaines? : \_\_\_\_\_

b) de grossesse (s) de moins de 20 semaines? : \_\_\_\_\_

*Je vous remercie pour votre précieuse collaboration*

**Appendice G**  
**Formulaire d'information et de consentement**

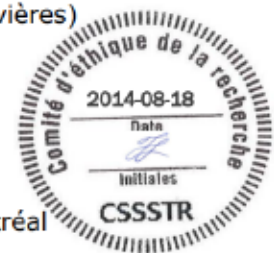
## Formulaire d'information et de consentement

### COMMENT LES FEMMES ENCEINTES CHOISISSENT-ELLES LE TYPE DE PROFESSIONNEL QUI ASSURERA LEUR SUIVI PÉRINATAL ?

Étudiante  
chercheuse: **Caroline, Paquet, M.Sc.**  
Étudiante au doctorat en santé publique  
École de santé publique, Université de Montréal Faculté  
Téléphone : (819) 376-5011 poste : 4074  
(bureau à l'Université du Québec à Trois-Rivières)  
Courriel : caroline.paquet@umontreal.ca

Directeur: Régis Blais, Ph.D.  
Professeur titulaire  
Département d'administration de la santé  
École de santé publique, Université de Montréal  
Téléphone : 514-343-5907

Co-directrice: Nicole Leduc, Ph.D.  
Professeure titulaire  
Directrice, Département d'administration de la santé  
École de santé publique  
Université de Montréal  
Téléphone : 514-343-5633



Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document, et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'une étude doctorale, et son financement provient des fonds personnels de la chercheuse.

**COMMENT LES FEMMES ENCEINTES CHOISISSENT-ELLES LE TYPE DE  
PROFESSIONNEL QUI ASSURERA LEUR SUIVI PÉRINATAL?**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Caroline Paquet

---

**1. Quelle est la nature de l'étude?**

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse aux femmes en santé et enceintes de leur premier bébé. Le projet vise à comprendre comment les femmes enceintes choisissent le type de professionnel de la santé qui assurera le suivi de leur grossesse et de leur accouchement.

L'objectif général de cette étude qualitative exploratoire est de comprendre le processus de choix des femmes enceintes québécoises à faible risque quant au type de professionnel choisi pour assurer leur suivi périnatal (grossesse et accouchement) parmi les professionnels disponibles (sage-femme, médecin de famille et obstétricien gynécologue). Les objectifs spécifiques sont de :

1. Comprendre les attentes que les femmes cherchent à combler dans un suivi périnatal.
2. Déterminer en quoi consiste la recherche d'information préalable au choix d'un suivi périnatal et de comprendre comment elle influence le choix d'un suivi périnatal.
3. Déterminer les croyances et attitudes que les femmes entretiennent à l'égard des différents types de professionnels et de comprendre comment elles influencent le choix d'un type de professionnel
4. Déterminer si l'on peut dégager un processus décisionnel commun en fonction du choix d'un type de professionnel.

Cette recherche durera une année au cours de laquelle nous désirons rencontrer 45 femmes enceintes pour la première fois et en santé (grossesse à faible risque), soit 15 ayant opté pour les services de sages-femmes, 15 pour les services de médecins de famille et 15 pour les services d'obstétriciens-gynécologues.

## **2. Comment se déroulera l'étude?**

Dans le cadre de cette étude, vous êtes invitée à nous accorder une entrevue d'environ une heure qui sera enregistrée sur magnétophone pour permettre son analyse. Vous serez interviewée par l'étudiante chercheuse, et l'entrevue se déroulera à l'endroit de votre choix. Si vous acceptez de participer à cette étude, des questions vous seront posées sur les attentes que vous cherchiez à combler dans un suivi périnatal, sur votre recherche d'information préalable au choix d'un suivi périnatal et son influence sur le choix d'un suivi périnatal ainsi que sur vos croyances et attitudes à l'égard des différents types de professionnels et leur influence sur votre choix d'un type de professionnel.

À la fin de l'entrevue, il vous sera également demandé de remplir un court questionnaire de données sociodémographiques à la fin de l'entretien. Ces données sont en lien avec votre âge, votre niveau de scolarité, vos origines ethniques ainsi que la date prévue de votre accouchement.

## **3. Quels sont les inconvénients et risques?**

Compte tenu des thèmes qui seront abordés et des mesures de confidentialité qui seront prises, le fait de participer à notre projet de recherche ne devrait vous causer aucun préjudice.

## **4. Quels sont les avantages et bénéfices?**

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant au projet de recherche. Aucune rémunération n'est prévue pour votre participation. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus nous permettront d'avoir une meilleure compréhension du processus de choix des femmes enceintes québécoises à faible risque relatif au type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal.

## **5. Comment la confidentialité est-elle assurée?**

Les données recueillies par la chercheuse principale de cette étude lors des entrevues seront analysées de façon anonyme de sorte qu'aucun propos ne sera attribué à une personne en particulier. Dans tous les rapports, les participantes sont identifiées par un code (un numéro) et seuls les membres de l'équipe de recherche peuvent savoir à qui correspond ce code. Certaines sections de votre entrevue pourraient être citées dans les publications scientifiques qui seront effectuées, mais seul votre code sera utilisé, jamais votre nom.

L'enregistrement, sa transcription, et tous les autres documents papier seront conservés dans un classeur sous clé au bureau de la chercheuse étudiante à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données enregistrées sur l'ordinateur seront protégées par un mot de

passer qui limite l'accès à l'environnement Windows. La liste d'appariement des codes avec le nom des participantes sera gardée dans un classeur différent de celui des autres documents. Elles seront conservées sous format électronique dans cet environnement sécuritaire à l'Université de Montréal pendant 7 ans après que l'analyse aura été complétée. Ces données seront consultées seulement s'il s'avère nécessaire de clarifier certaines informations.

Soyez assurée que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Ainsi, seulement l'équipe de recherche associée à cette étude aura accès aux données qui auront été recueillies, c'est-à-dire Mme Caroline Paquet, M. Régis Blais, Mme Nicole Leduc, le CERES (Comité d'éthique de la recherche en santé) aux fins de suivi pour vérifier la bonne conduite du projet et aussi les membres de l'équipe qui auront mené les entrevues, effectué la transcription de l'enregistrement et participé à l'analyse des données. Toutes ces personnes auront signé un engagement de confidentialité. Aucune autre personne externe, aucune institution ou aucun organisme de contrôle n'aura accès aux données originales recueillies. L'identité des tiers (incluant les professionnels de la santé ayant fait l'objet des discussions), qui aurait été mentionnée durant les rencontres, sera aussi protégée par la clause de confidentialité. Le verbatim des rencontres sera anonymisé. Les renseignements recueillis ne serviront qu'aux seules fins de la présente étude.

Si l'accès est autorisé aux fins d'une utilisation secondaire des données dans le cadre de la recherche, aucune information permettant de retracer l'identité d'une participante ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche et les chercheurs devront faire évaluer leur projet de recherche par le comité d'éthique concerné.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

## **6. Diffusion des résultats de l'étude**

À la fin de l'étude, les résultats feront l'objet de présentations dans des congrès et de publications scientifiques. Sur simple demande de votre part, nous vous les transmettrons également une fois l'étude terminée.

## **7. Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **8. Quels sont mes droits en tant que participante?**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'établissement et le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous en informez la personne ressource de l'équipe de recherche par un simple avis verbal.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec les professionnels de la santé impliqués dans votre suivi périnatal. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les enregistrements et les verbatims de votre entrevue seront détruits.

Durant l'entretien, vous pouvez décider de cesser l'enregistrement ou demander à l'étudiante chercheuse d'omettre certaines données vous concernant. Vous n'êtes pas tenue de répondre à toutes les questions.

## **9. Pour des informations supplémentaires, avec qui puis-je communiquer?**

Si vous voulez obtenir plus d'informations ou si vous avez des questions concernant l'étude ou votre participation, veuillez communiquer avec la responsable du projet madame Caroline Paquet :

Courriel : [caroline.paquet3@umontreal.ca](mailto:caroline.paquet3@umontreal.ca)

Téléphone : 1-800-365-0922 poste 4074

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez joindre le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal par courriel : [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604 ou consulter le site : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Pour toute questions concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman

accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

**10. Qui surveille les aspects éthiques de cette recherche?**

Le Comité éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal au 514-343-6111 poste 2064.



**COMMENT LES FEMMES ENCEINTES CHOISISSENT-ELLES LE TYPE DE  
PROFESSIONNEL QUI ASSURERA LEUR SUIVI PÉRINATAL?**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Caroline Paquet

---

**Consentement**

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la participante  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

\_\_\_\_\_  
Date :

Je consens à ce que les données que j'ai fournies dans le cadre du présent projet soient utilisées dans le cadre d'études secondaires.  Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la participante  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

\_\_\_\_\_  
Date :

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du chercheur  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date :

**Appendice H**  
**Certificats éthiques**

Comité d'éthique de la recherche en santé

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**  
- 1er renouvellement -

*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

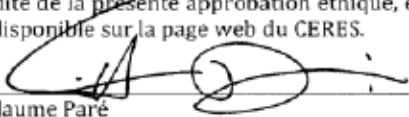
Projet	
Titre du projet	<b>Comment les femmes choisissent-elles le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal?</b>
Étudiante requérante	<b>Caroline Paquet (PAQC26527402), Candidate au doctorat en santé publique, École de santé publique</b>
Sous la direction de	Régis Blais, professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal & Nicole Leduc, professeure titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

  
Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

**2 novembre 2015**

Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission\*

**31 octobre 2014**

Date du certificat initial

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

**1er décembre 2016**

Date du prochain suivi

**1er décembre 2016**

Date de fin de validité

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Téléphone : 81 9-697-3333 poste 64399  
Télécopieur : 81 9-378-9543  
Courriel : 04chrn\_recherche@sss.gouv.qc.ca

No d'approbation  
éthique CSSSTR :

**CÉR-2014-007-00****APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE****Description du projet de recherche :**

<b>Titre du projet :</b>	Comment les femmes choisissent-elles le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal?
<b>Chercheur :</b>	Madame Caroline Paquet
<b>Provenance des fonds :</b>	Aucun

**Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :****Date de la version**

Protocole de recherche	2014-05-05
Formulaire d'information et de consentement	2014-08-12
Affiche « Vous êtes une femme en santé enceinte de votre premier bébé? »	2014-07-07
Questionnaire pour valider l'admissibilité des participantes selon les critères d'inclusion et le Règlement sur les risques obstétricaux	2014-07-07
Questionnaire de données sociodémographiques	2014-07-07
Grille d'entrevue	2014-07-07

**Approbation éthique :**

<b>Étude initiale du projet par notre CÉR :</b>	12 juin 2014
<b>Certificat actuel :</b>	
<b>Raison d'émission :</b>	Acceptation initiale
<b>Période de validité :</b>	Du 18 août 2014 au 18 août 2015



François Lemire  
Président du comité d'éthique de la recherche



*N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.*

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

1991, boul. du Carmel, bureau U2-213  
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9  
Téléphone : 819-697-3333 poste 64399  
Télécopieur : 819-378-9543  
Courriel : 04chrtr\_recherche@ssss.ouuv.qc.ca

Trois-Rivières, le 27 novembre 2014

Par courriel seulement

Madame Caroline Paquet  
Professeure agrégée  
Baccalauréat en pratique sage-femme  
Département d'anatomie  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Objet : Décision finale positive – Ajout du CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska**

**Projet de recherche :** Comment les femmes choisissent-elles le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal?

**Chercheur principal Investigateur : Madame Caroline Paquet**  
**MP-CSSSTR-14-007**

Madame,

Il me fait plaisir de vous informer que la demande d'ajout du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska a été approuvée par l'établissement en cause ainsi que par notre comité d'éthique de la recherche. Le projet en titre est donc définitivement approuvé, sur le plan éthique, pour les établissements suivants :

- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières;
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska.

Notre comité a pris connaissance de la présente demande, à sa rencontre, en comité plénier, du 13 novembre 2014. À cette fin, les documents suivants ont été étudiés :

Document(s) étudié(s) :	Date de la version
Présentation d'un document ou d'une modification à un document relatif au projet de recherche	2014-10-15
Liste des documents soumis	2014-10-15
Protocole, version 2	2014-10-15
Formulaire d'information et de consentement	2014-10-15
Formulaire de divulgation des renseignements, version 1	2014-10-10
Affiche, version 2	2014-10-15
Formulaire M-AJOUT	2014-10-15
Lettre d'approbation du CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	2014-10-28

Je tiens à vous rappeler que la décision qui est confirmée par la présente a été rendue alors que le quorum était atteint.

Page 1 de 2

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre St-Joseph<br>(centre administratif)<br>819 370-2100 | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement<br>Louis-Denoncourt<br>819 376-2566 | <input type="checkbox"/> Centre Ste-Geneviève<br>819 370-2200,<br>poste 46101 | <input type="checkbox"/> Centre de prêt<br>d'équipement<br>819 370-2100 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Centre hospitalier régional<br>819 697-3333     | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Cooke<br>819 370-2100               | <input type="checkbox"/> Centre Arc-en-Ciel<br>819 374-6291                   | <input type="checkbox"/> Centre de l'Horloge<br>819 370-2100            |
| <input type="checkbox"/> Centre Cloutier-du Rivage<br>819 370-2100                  | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Roland-Leclerc<br>819 370-2100      | <input type="checkbox"/> Centre Les Forges<br>819 379-5650                    |   |

Lettre de décision finale positive

2014-11-27

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

- 1) à **respecter la décision du CÉR principal**;
- 2) à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du **déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche** ainsi que du **respect des normes de l'éthique** s'appliquant au projet ;
- 3) à respecter les moyens relatifs au **sulvi continu** [vous référer à l'article 11.5 du mécanisme multicentrique] et à utiliser les formulaires préparés à cette fin ;
- 4) à **conserver les dossiers de recherche** pendant au moins deux ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité ;
- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du **mécanisme d'identification des sujets de recherche** de chacun des établissements en cause, à savoir :
  - la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour que les établissements puissent l'obtenir sur demande.

La présente décision vaut pour **une année** et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



François Lemire  
Président du comité d'éthique de la recherche  
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

FL/jg

c.c. Madame Danielle Gamelin, directrice générale du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska



3181

### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** **Comment les femmes enceintes choisissent-elles le type de professionnel qui assurera leur suivi périnatal?**

**Chercheur(s) :** Caroline Paquet  
Département de psychologie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-19-261-10.01

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 18 septembre 2019 au 18 septembre 2020

#### **En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
**Président du comité**

Fanny Longpré  
**Secrétaire du comité**

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 18 septembre 2019