

Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits

Rapport de recherche volet 1

D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

Louise Hamelin-Brabant, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières,
Université Laval, Chercheure, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la
violence faite aux femmes

Francine de Montigny, Professeure titulaire, Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais, Directrice, Centre d'études et de recherche en intervention
familiale

Geneviève Roch, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,
Université Laval, Chercheure, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Marie-Hélène Deshaies, Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec,
Axe SP-POS

Ginette Mbourou Azizah, Chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université
Laval

Mijanou Bourque Bouliane, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe
SP-POS

Roxane Borgès Da Silva, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de
Montréal, Chercheure, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

Yvan Comeau, Professeur titulaire, École de travail social, Université Laval, Responsable, Chaire de
recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique

Collaborateurs :

Pamela A.-Lizotte, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Jonathan Mercier, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Octobre 2013

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier :

- d'Avenir d'enfants, via le projet VICTOIRES du Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec;
- du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source de la façon suivante :

Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.

ISBN 978-2-9810983-2-0 (PDF)

Dépôt légal - 4^e trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Faits saillants

Une recension intégrative a produit une synthèse des connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social informel ou semi-formel. Trente études pertinentes et admissibles ont été retenues. Les conditions biologiques de vulnérabilité sont peu documentées dans les écrits, par rapport aux conditions psychologiques, sociales et cognitives, décrites plus abondamment.

Les CONDITIONS BIOLOGIQUES de vulnérabilité retrouvées dans les écrits retenus se rapportent à la composante restauratrice, soit le manque de sommeil, la fatigue et les difficultés d'allaitement. Les CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES regroupent trois composantes : 1) l'expression de soi réfère à la variabilité et l'intensité émotionnelles; 2) la conception de soi touche une image et une estime de soi altérées; 3) l'autogestion indique la nécessité d'être soutenu émotionnellement. Les CONDITIONS SOCIALES concernent trois composantes : 1) le rôle, c'est-à-dire l'endossement de nouveaux rôles et la nécessité de se reconnaître et d'être reconnu socialement comme de « bons parents »; 2) l'affiliatif, c'est-à-dire les relations conjugales et sociales en changement, le soutien social par les pairs et les mentors ainsi que les obstacles à la demande et à l'accès à l'aide; 3) l'instrumental, les besoins d'aide tangible au quotidien, les besoins particuliers en période difficile et la nécessité de prendre une pause. Les CONDITIONS COGNITIVES regroupent deux composantes soit 1) l'acquisition de l'information, c'est-à-dire le besoin d'apprendre à prendre soin et les besoins particuliers en contexte accru de vulnérabilité; 2) l'utilisation de l'information en rapport avec le sentiment de ne pas être prêt à l'expérience de la parentalité.

Trois **constats clés** se dégagent : 1) La transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples; 2) La transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilités distinctes et peu documentées; 3) Le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Les parents ont besoin d'écoute et de validation de l'expérience parentale; d'espaces d'expérimentation du rôle de parent et de stratégies d'adaptation personnalisées; et enfin, d'accompagnement non prescriptif, respectueux et sans jugement.

Résumé

Problématique : La vulnérabilité entourant la période périnatale se définit comme une situation de transition dans laquelle différents facteurs de stress peuvent compromettre ou fragiliser la santé des femmes, des hommes et des familles qui expérimentent la naissance d'un enfant (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

Objectif : Ce rapport présente les résultats d'une recension intégrative des écrits ayant pour objectif de synthétiser les connaissances sur les conditions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent le recours à du soutien social postnatal informel ou semi-formel.

Méthode : La recherche des écrits scientifiques pertinents s'est réalisée dans 10 bases de données. Trente études pertinentes ont été retenues. Les résultats ont été synthétisés sous quatre grandes conditions (biologiques, psychologiques, sociales, cognitives) selon un cadre théorique analytique adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997).

Résultats : Les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques lorsqu'il est question de soutien social informel ou semi-formel. La transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples. De plus, la transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilité distinctes et peu documentées. Enfin, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres.

Conclusion : Il serait pertinent de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, notamment en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information, qu'il importe de documenter.

Mots clés : Vulnérabilité, Besoins, Période périnatale, Mères, Pères, Famille, Soutien social, Soutien communautaire.

Table des matières

Faits saillants.....	i
Résumé.....	iii
Table des matières	v
Liste des figures	vii
Introduction.....	1
1. Concepts et cadre de référence	3
2. Méthodologie	7
2.1 Recherche documentaire et sélection des publications.....	7
2.2 Traitement et analyse des publications	9
2.3 Limites	10
3. Résultats.....	11
3.1 Description des études retenues	11
3.2 L'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	11
3.3 Les conditions biologiques	12
3.3.1 Les composantes restauratrices.....	13
3.4 Les conditions psychologiques	14
3.4.1 L'expression de soi : l'intensité et la variabilité émotionnelles.....	14
3.4.2 La conception de soi : une image et une estime de soi altérées.....	15
3.4.3 L'autogestion : la nécessité d'être soutenu émotionnellement	16
3.5 Les conditions sociales	17
3.5.1 Le rôle.....	17
3.5.2 L'affiliatif.....	19
3.5.3 L'instrumental.....	24
3.6 Les conditions cognitives.....	26
3.6.1 L'acquisition de l'information	27
3.6.2 L'utilisation de l'information.....	28
4. Discussion	31
4.1. L'orientation théorique des études recensées	31
4.2 La transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples.....	32
4.3 La transition à la paternité : une expérience distincte, mais encore méconnue	34
4.4 La nécessaire harmonisation du soutien	35
Conclusion	39
Références.....	41
Annexe A : Regroupement des conditions de vulnérabilité	47
Annexe B : Plan de concepts de la recherche documentaire	49
Annexe C : Organigramme de sélection des études	51
Annexe D : Tableau synthèse de la littérature	53

Liste des figures

Figure 1. Regroupement des conditions de vulnérabilité (adapté de Lessick et al., 1992 et Rogers, 1997)	5
---	---

Introduction

On estime à 88 300 le nombre de naissances au Québec en 2010, soit l'un des nombres les plus élevés depuis seize ans. Il est aussi à remarquer que ces naissances s'accompagnent d'une augmentation des familles de plus de deux enfants (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2012). D'un point de vue démographique, ce sont là d'excellentes nouvelles, mais au niveau de l'offre des services, ces naissances soulèvent d'importants enjeux. En effet, la durée moyenne des séjours hospitaliers au moment de l'accouchement a été réduite de 12 % depuis 2005 (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011) et avec la pénurie d'effectifs professionnels, le soutien apporté aux parents, au cours et au-delà de la période périnatale, se trouve aussi plus limité. Il est pourtant reconnu que la période périnatale est une situation de transition à travers laquelle différentes conditions de vulnérabilité peuvent compromettre ou fragiliser la santé des familles (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

Dans une optique d'intégration des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs du réseau, incluant celui des entreprises d'économie sociale comme les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Le soutien social que ces organismes dispensent se traduit notamment par un service à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale dans les premières semaines suivant l'accouchement et parfois même en cours de grossesse, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue d'optimiser cette offre de services, il convient non seulement d'en évaluer l'utilisation et la portée, mais aussi de mieux cerner en quoi le soutien qu'il apporte répond à la vulnérabilité en période périnatale. La réalisation d'une recherche collaborative en trois volets, s'appuyant sur l'intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), a été privilégiée pour répondre à ces préoccupations qui sont partagées par les membres du Réseau des CRP. Le premier volet consiste à produire une recension d'écrits sur la vulnérabilité périnatale, le second vise à caractériser les CRP du Québec et les relevailles offertes par ces entreprises d'économie sociale alors que le troisième a pour objectif d'évaluer l'utilisation des relevailles et leurs retombées auprès des familles.

Le présent rapport fait état des travaux réalisés dans le premier volet de cette recherche collaborative. Alors que la vulnérabilité en période périnatale associée à certaines conditions particulières préalables à la grossesse (faible revenu, faible scolarité, grossesse à l'adolescence, problèmes de santé mentale chez l'un ou l'autre des parents, mères toxicomanes, etc.) a déjà donné lieu à des recensions (notamment, Clemmens, 2003; Logsdon, Birkimer, Ratterman, Cahill, & Cahill, 2002), les conditions de vulnérabilité susceptibles de concerner l'ensemble des femmes, des hommes et des familles en situation périnatale et de générer des besoins de soutien social informel ou semi-formel n'ont pas fait l'objet d'une synthèse jusqu'à maintenant. La recension des écrits réalisée vise à répondre à ce besoin et ainsi, apporter une contribution originale à la recherche et à la réflexion sur les services périnataux offerts aux familles québécoises.

La première section du rapport présente le cadre de référence analytique adopté dans le cadre de cette recension des écrits. La seconde section est consacrée à la présentation de la méthodologie. Les résultats, incluant la description des études retenues, sont présentés à la troisième section du rapport. Enfin, la quatrième et dernière partie est consacrée à la discussion des résultats.

1. Concepts et cadre de référence

De la décision d'avoir un enfant à la première année, voire à la seconde année de vie du bébé, la période périnatale constitue en soi un moment de transition d'une grande importance (Brotherson, 2007; de Montigny, Lacharité, & Devault, 2012; Halle et al., 2008; Ryan, Toloni, & Brooks-Gun, 2009). Comme le souligne Rogers (1997), toute période de transition au cours d'une vie est une situation dans laquelle s'accroît la possibilité d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. L'expérience de la grossesse, de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille comporte des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité lorsqu'ils ne sont pas comblés (de Montigny, Devault, Lacharité, & Dubeau, 2010; de Montigny & Lacharité, 2005; Kurtz Landy, Sword, & Ciliska, 2008; Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Lessick et al. conceptualisent la vulnérabilité comme :

[...] l'interaction/corrélation entre les aspects actifs et passifs d'un individu et les aspects actifs et passifs de l'environnement; c'est cette interaction/corrélation qui détermine la probabilité qu'a une personne d'être malade ou en santé. (Traduction libre, p. 2)

Selon le modèle de vulnérabilité de Lessick et al. (1992), la personne est en interaction dynamique et constante avec son environnement. Chaque individu a un seuil au-delà duquel le déséquilibre peut survenir. Les éléments constitutifs de l'individu (déterminés par le génotype de l'individu et son développement aux premières étapes de sa vie), les facteurs contextuels (e.g., l'absence ou la présence de soutien social), ainsi que l'environnement opérationnel (la réponse individuelle aux différents stimuli) vont interagir et contribuer à élever ou réduire le seuil de vulnérabilité de l'individu.

Un déséquilibre ou une perturbation du système personne/famille se traduit par des comportements inefficaces, qui requièrent plus d'énergie et qui constituent une menace au bien-être, à la santé ou à la survie de la personne/famille. Selon Lessick et al. (1992), la vulnérabilité s'exprime dans les quatre sphères suivantes de comportements : (1) les

comportements biologiques; (2) les comportements psychologiques; (3) les comportements sociaux; (4) les comportements cognitifs.

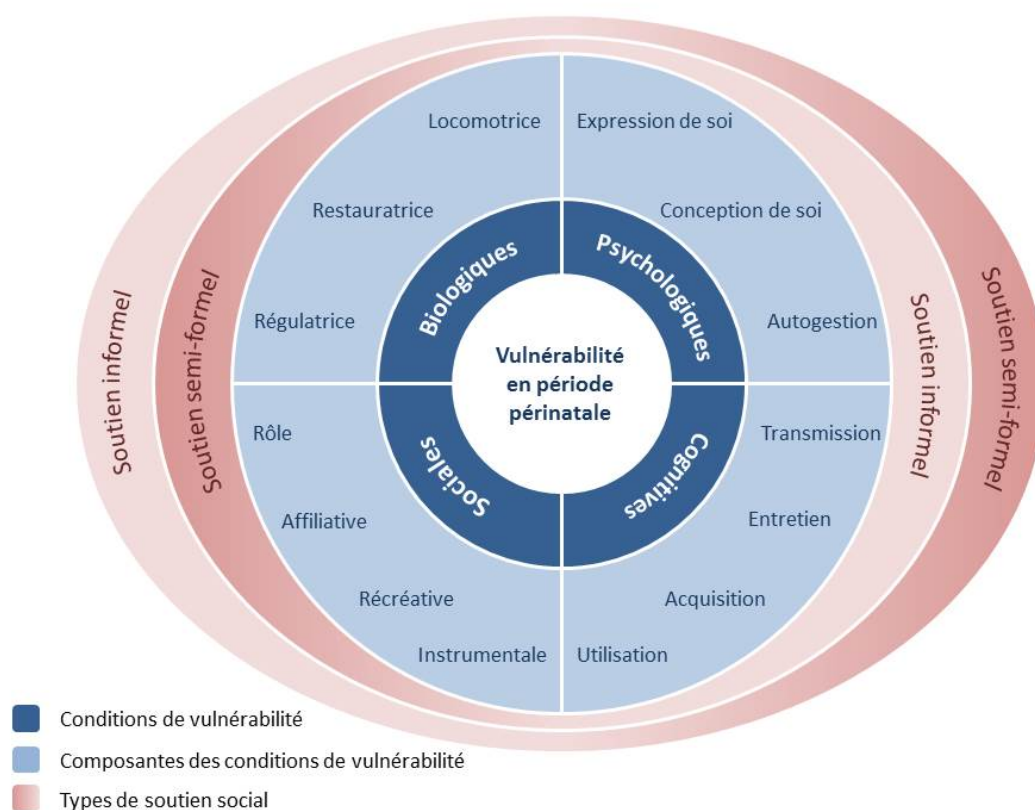
L'état de vulnérabilité d'un individu n'est pas fixe dans le temps. Selon Rogers (1997), la vulnérabilité est un continuum sur lequel la position des individus varie au cours du temps et des circonstances de leur vie. Les changements qui surviennent dans la vie d'un individu – par exemple, le décès d'un proche, l'annonce d'une maladie ou une période de transition importante – peuvent contribuer à accroître la vulnérabilité de cette personne. Les ressources personnelles dont disposent les individus et le soutien environnemental dont ils bénéficient vont interagir et contribuer à accroître ou à diminuer le niveau de vulnérabilité.

Les travaux de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997) ont inspiré la construction du cadre de référence analytique de cette recension des écrits. La période périnatale apparaît comme l'une des périodes importantes de transition dans laquelle s'accroissent les possibilités d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. Les sphères de comportements dans lesquelles s'exprime la vulnérabilité, soit les sphères biologiques, psychologiques, sociales et cognitives, correspondent ici à des *conditions de vulnérabilité* en période périnatale susceptibles de générer un état de déséquilibre ou de perturbation du système personne/famille. Le cadre de référence, adapté de Lessick et al. et de Rogers, utilisé dans le processus d'extraction et de regroupement des thèmes, est illustré à la Figure 1 de la page suivante.

Les **conditions biologiques** de vulnérabilité se rapportent à trois composantes : 1) locomotrice : le mouvement et l'exercice; 2) restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation; 3) régulatrice : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale. Les **conditions psychologiques** concernent trois composantes : 1) l'expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions); 2) la conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi; 3) l'autogestion : l'adaptation. Les **conditions sociales** sont formées de quatre composantes : 1) le rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière; 2) l'affiliatif : les relations interpersonnelles et d'appartenance; 3) le récréatif : les loisirs;

4) l'instrumental : les soins aux enfants, les obligations financières, les tâches domestiques et familiales. Les **conditions cognitives** regroupent quatre composantes : 1) la transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée; 2) l'entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire; 3) l'acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage; 4) l'utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision. L'ensemble des composantes des quatre conditions de vulnérabilité est présenté en Annexe A.

Figure 1. Regroupement de conditions de vulnérabilité (adapté de Lessick et al., 1992 et Rogers, 1997)



Le soutien social offert au cours de cette période particulière de transition qu'est la grossesse, la naissance et la première année de vie d'un enfant peut être informel (voisins, famille, amis), semi-formel (organismes communautaires et secteur bénévole) ou formel

(organisé par des services professionnels) (MacPherson, Barnes, Nichols, & Dixon, 2010; Moran, Ghate, & ven der Merwe, 2004).

Afin d'assurer la cohérence des résultats en regard des objectifs poursuivis par l'étude dans laquelle s'inscrit cette recension des écrits, les conditions de vulnérabilité examinées ci-après sont celles qui ont été associées à des formes de soutien social postnatal informel ou semi-formel. Le soutien social semi-formel correspond aux activités de relevailles offertes par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Dans les écrits, le soutien informel et le soutien semi-formel sont souvent traités de manière conjointe ou indifférenciée. Les études traitant de conditions de vulnérabilité en période périnatale associées exclusivement à du soutien social formel n'ont pas été examinées puisqu'elles relèvent distinctement des services professionnels.

2. Méthodologie

Cette recension des écrits a pour objectif de synthétiser les connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social postnatal informel ou semi-formel. Il s'agit ici de répondre à la question suivante : Quelles sont les conditions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent le recours à du soutien social postnatal informel ou semi-formel?

Afin d'aborder cette thématique de manière inclusive, une démarche de recension intégrative a été adoptée. Cette forme de recension des écrits a pour principale caractéristique d'intégrer des études fondées sur différents devis et approches méthodologiques afin de contribuer à une vision élargie d'un même phénomène (Whittemore, 2005; Whittemore & Knafl, 2005).

2.1 Recherche documentaire et sélection des publications

En regard des objectifs poursuivis par cette recension des écrits, seules les études qui répondaient aux critères de sélection suivants ont été retenues : (1) s'intéresser aux conditions de vulnérabilité en période périnatale ET au besoin de soutien social postnatal informel ou semi-formel; (2) relever d'une collecte de données originale auprès de femmes, d'hommes, d'enfants ou de familles en situation périnatale; (3) ne pas s'intéresser de façon spécifique à des populations aux prises avec une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse¹; (4) présenter les résultats d'une recherche réalisée en Amérique du Nord, en Europe ou en Océanie; (5) être publiée en français ou en anglais. Lorsque plus d'une publication se rapportait à la même étude et que les mêmes données étaient présentées, seule la plus récente a été incluse.

La recherche des écrits scientifiques pertinents s'est réalisée de janvier à mars 2013 à partir des bases de données suivantes : *CINAHL*, *Family and Society Studies*

¹ Les études qui s'intéressaient à des conditions de vulnérabilité préalables à une situation de grossesse, comme les suivantes, ont été exclues : un faible revenu, une faible scolarité, une grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé, un problème de santé physique ou mentale ou un handicap des parents; un problème de consommation de drogue ou d'alcool; une origine ethnique particulière ou une condition de réfugié; une situation d'itinérance; un contexte de violence familiale; des grands-parents assumant la responsabilité de leurs petits-enfants; l'homoparentalité.

Worldwide, PsycINFO, PubMed, Social Sciences full text, Social Services abstracts, Social Work abstracts, SocINDEX with full text, Sociological abstracts et *Web of science*. Les bases de données ont été sélectionnées afin de couvrir différents domaines pertinents à la question de recherche soit la santé, les sciences infirmières, la psychologie, la sociologie, le travail social et l'étude de la famille.

Les mots-clés utilisés ont été déployés à partir de quatre grands thèmes, soit la vulnérabilité, les besoins, la période périnatale et le soutien social. Chacune des bases a été sondée afin d'identifier les mots-clés susceptibles de générer les résultats les plus pertinents. Les différentes stratégies de recherche préconisées sont présentées à l'Annexe B. Lors de la recherche dans les bases de données, les mots-clés retenus ont été combinés selon les deux séquences suivantes : 1) vulnérabilité *ET* période périnatale *ET* soutien social; 2) besoins *ET* période périnatale *ET* soutien social. Suivant une démarche de recherche préliminaire et de manière à conserver des résultats reflétant le contexte contemporain de la famille et des services, seules les publications publiées entre 1990 et 2013 ont été retenues. Aucun devis méthodologique n'a été exclu.

La recherche dans les bases de données sélectionnées a généré 7 702 résultats. Le processus de sélection s'est déroulé en deux temps. À partir de la lecture du titre et du résumé, 7 509 articles ont été exclus. Ils l'ont été soit parce qu'ils ne présentaient pas les résultats d'une collecte de données originale ($n = 30$), qu'ils relevaient d'une publication non scientifique ($n = 3$), qu'ils ne s'intéressaient pas aux conditions de vulnérabilité et au soutien social postnatal informel ou semi-formel ($n = 7\,290$), qu'ils portaient sur une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse ($n = 163$), qu'ils avaient été produits à l'extérieur du territoire désigné ($n = 37$) ou parce qu'ils étaient dans une langue autre que le français ou l'anglais ($n = 1$)².

Le contenu des 193 articles restants a été examiné plus en profondeur à partir de la lecture de leur plein texte. Les articles en double ($n = 105$), ceux qui ne présentaient pas

² La somme des publications exclues selon les différents motifs excède le nombre total de publications exclues parce qu'une publication peut avoir été rejetée pour plusieurs raisons.

les résultats d'une collecte de données originale ($n = 2$), qui ne concernaient pas les conditions de vulnérabilité associées à du soutien social postnatal informel ou semi-formel ($n = 49$) ou qui s'intéressaient de façon spécifique à des conditions de vulnérabilité préalables à la grossesse ($n = 6$), ainsi qu'un article ($n = 1$) qui présentait les résultats d'un projet pilote pour lequel une étude plus exhaustive avait été réalisée, ont été exclus. Les articles portant sur des conditions particulières de vulnérabilité induites par la situation de grossesse, d'accouchement ou de parentalité ont cependant été conservés³. Au total, 30 études pertinentes et admissibles ont été retenues. L'ensemble des étapes du processus de sélection est présenté à l'Annexe C. Les publications retenues sont répertoriées à l'Annexe D.

2.2 Traitement et analyse des publications

Les 30 études retenues ont d'abord fait l'objet d'une analyse descriptive afin de dégager leurs principales caractéristiques : (1) pays d'origine, année et langue de publication; (2) but principal de l'étude; (3) opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social; (4) utilisation d'un modèle conceptuel; (5) approche méthodologique et devis; (6) stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants; (7) principaux résultats. Les résultats de l'analyse descriptive sont présentés en Annexe D.

Un processus d'analyse narrative a ensuite permis l'extraction et le classement des différentes conditions de vulnérabilité selon le cadre de référence adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997), présenté à la Figure 1 de la première section. Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel Excel[®]. Les résultats ont été synthétisés et sont présentés dans la section suivante selon quatre regroupements de conditions de vulnérabilité : (1) les conditions biologiques; (2) les conditions psychologiques; (3) les conditions sociales; (4) les conditions cognitives.

³ Par exemple, des conditions de vulnérabilité accrues induites par une grossesse ou un accouchement difficiles, une détérioration de la situation familiale, sociale, économique ou professionnelle pendant ou après la grossesse, une maladie physique ou mentale de l'un des parents liée à la grossesse ou à la parentalité et enfin, la maladie ou le handicap du nouveau-né.

2.3 Limites

Le travail réalisé comporte trois principales limites. Premièrement, la recension des écrits porte uniquement sur des écrits scientifiques francophones et anglophones : il est possible que certaines études et certains résultats de recherche pertinents n'aient pu être recensés. Deuxièmement, le corpus contient peu d'études s'intéressant spécifiquement aux conditions de vulnérabilité chez les pères. En effet, 10 études consultées qui s'intéressaient à cette question ont été exclues parce qu'elles ne portaient pas spécifiquement sur la période périnatale ou parce qu'elles n'établissaient pas de liens explicites avec le soutien social informel ou semi-formel. Leur exclusion a comme conséquence que la vulnérabilité des pères en période périnatale est moins documentée dans cette recension des écrits que ne l'est celle des mères. Enfin, bien que le corpus de publications retenues inclut un certain nombre d'études s'intéressant à des problématiques particulières induites par la situation de grossesse ou la période postnatale (dépression et psychose postpartum, etc.), aucune ne porte spécifiquement sur les grossesses multiples, qui pourraient pourtant être une des situations susceptibles de générer une vulnérabilité accrue.

3. Résultats

Cette section présente une description des études retenues, les conditions d'opérationnalisation des notions de vulnérabilité et de soutien social, ainsi que les principaux thèmes identifiés selon les quatre regroupements de conditions de vulnérabilité : (1) les conditions biologiques; (2) les conditions psychologiques; (3) les conditions sociales; (4) les conditions cognitives.

3.1 Description des études retenues

Les 30 études retenues ont été réalisées dans différents pays de l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis), de l'Europe (Grande-Bretagne, Irlande, Norvège, Suède, Suisse) et de l'Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande). La grande majorité de ces études, soit 24 d'entre elles, ont été publiées dans les 10 dernières années. Dix-huit de ces études ont un devis qualitatif, huit ont un devis quantitatif et quatre ont un devis mixte. Vingt-cinq études s'intéressent spécifiquement aux mères, une s'intéresse aux pères alors que quatre portent à la fois sur les mères et sur les pères. Aucune ne porte directement sur les conditions de vulnérabilité chez les enfants de la fratrie. Sur la totalité des études retenues, huit portent sur une problématique particulière survenue au cours de la période périnatale (bébé de petit poids, psychose postpartum, dépression postpartum ou cardiomyopathie périnatale). Le tiers des études retenues (n = 10) repose sur des modèles conceptuels ou cadres de références explicites visant, pour la plupart, à préciser les formes et fonctions du soutien social. Un peu plus des deux tiers des études retenues (n = 21) ont une visée descriptive ou exploratoire. Le tableau descriptif des études retenues est présenté à l'Annexe D.

3.2 L'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social

Les études retenues dans cette recension des écrits opérationnalisent les conditions de vulnérabilité en période périnatale à partir de deux angles. La majorité des études les opérationnalisent à partir de la notion de « besoins non comblés » (n = 22) qui conduisent à une situation de vulnérabilité (Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Quelques études retenues (n = 8) le font à partir de la notion de « ressources personnelles limitées » qui

vont, selon le cadre de référence analytique adopté, contribuer à accroître le niveau de vulnérabilité de l'individu ou de la famille.

La plupart des études retenues abordent plus d'une condition de vulnérabilité (n = 25). Un tiers des études (n = 10) traitent des conditions biologiques de vulnérabilité. Les conditions psychologiques de vulnérabilité sont traitées dans plus des deux tiers des études (n = 24), alors que les conditions sociales le sont dans la presque totalité d'entre elles (n = 29). Les conditions cognitives de vulnérabilité sont discutées dans un peu plus de la moitié des études retenues (n = 17).

La question du soutien environnemental de Rogers (1997) est opérationnalisée dans les études retenues à partir du soutien social informel (voisins, famille, amis) ou semi-formel (organismes communautaires, secteur bénévole). Le soutien social informel est traité dans presque la majorité des études (n = 27) et le soutien social semi-formel, dans un peu plus des deux tiers (n = 21). Presque les deux tiers des études (n = 19) traitent à la fois du soutien social informel et du soutien social semi-formel. Une étude traite du soutien social informel et semi-formel de façon indifférenciée. Parmi les études retenues, certains traitent également du soutien formel (offert par des services professionnels) mais le contenu spécifique à cette forme de soutien n'a pas été traité. Le mode d'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social des études retenues est présenté dans le tableau synthèse à l'Annexe D.

3.3 Les conditions biologiques

Les conditions biologiques de vulnérabilité réfèrent, selon le cadre de référence présenté à la première section, à trois composantes: (1) locomotrices : le mouvement et l'exercice; (2) restauratrices : le sommeil, le repos et la relaxation; (3) régulatrices : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale. Aucun article identifié ne fait état de vulnérabilité au plan locomoteur ou régulateur en période postnatale.

3.3.1 Les composantes restauratrices

L'analyse des écrits permet d'identifier deux angles de vulnérabilité en lien avec les composantes restauratrices, soit le manque de sommeil et la fatigue associée ainsi que les difficultés liées à l'allaitement du nouveau-né (Barnes et al., 2008; Börjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Darvill, Skirton, & Farrand, 2010; Hanley & Long, 2006; Letourneau et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2012; O'Reilly, 2004; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011; Svensson, Barclay, & Cooke, 2006).

3.3.1.1 Le manque de sommeil et la fatigue

Le manque de sommeil est l'une des préoccupations importantes des nouvelles mères (Barnes et al., 2008; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; O'Reilly, 2004). Les difficultés liées au manque de sommeil pourraient être plus grandes encore pour les mères ayant plusieurs enfants qui, en plus de se réveiller la nuit pour leur nourrisson, doivent se lever tôt pour s'occuper des enfants plus âgés; l'établissement d'une routine de sommeil pour le nouveau-né et les autres enfants devient alors un enjeu important (O'Reilly).

L'un des corollaires de ce manque de sommeil est le manque d'énergie et le sentiment de fatigue ressentis par plusieurs mères (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; Letourneau et al., 2007; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011; Svensson et al., 2006). À ce titre, presque toutes les mères interrogées par Börjesson et al. affirment qu'elles se sentaient fatiguées durant la première année de vie de leur enfant. D'autres études font état d'un important sentiment d'épuisement chez certaines mères (Hanley & Long, 2006; O'Reilly, 2004).

3.3.1.2 Les difficultés liées à l'allaitement

De façon concomitante au manque de sommeil et à la fatigue, les difficultés liées à l'allaitement préoccupent plusieurs mères et occasionnent inquiétude et stress chez certaines d'entre elles (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011). Des participantes à l'étude de Börjesson et al. rapportent des problèmes relatifs à la perception d'insuffisance de lait ou des mastites. Des mères

interrogées par O'Reilly mettent en lien leur sentiment de fatigue, le manque de sommeil et leurs responsabilités liées à l'allaitement dans les premières semaines de vie de l'enfant parce qu'elles ne peuvent déléguer à d'autres la tâche de nourrir leur bébé.

3.4 Les conditions psychologiques

Les semaines et les mois qui suivent la naissance d'un nouveau-né apparaissent comme une période importante de transition à travers laquelle les parents font l'expérience de différentes formes de vulnérabilité aux plans psychologique et émotionnel (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Doucet, Letourneau, & Blackmore, 2012; Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012; Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012; Hanley & Long, 2006; Hess, Weinland, & Beebe, 2010; Hogg & Worth, 2009; Kanotra et al., 2007; Leahy Warren, McCarthy, & Corcoran, 2011; Letourneau et al., 2007, 2012; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et al., 2011). Les conditions psychologiques de vulnérabilité se rapportent plus spécifiquement à trois composantes: (1) l'expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions); (2) la conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi; (3) l'autogestion : l'adaptation.

3.4.1 L'expression de soi : l'intensité et la variabilité émotionnelles

Plusieurs études font état d'un niveau d'intensité et de variabilité émotionnelles important en période postnatale. Un niveau élevé de stress et d'anxiété est constaté chez plusieurs parents lors du retour à la maison et des premières semaines de vie du nouveau-né (Cronin, 2003; O'Connor, 2001; O'Reilly, 2004). Selon Razurel et al. (2011), le stress ressenti en période postnatale ne serait pas nécessairement associé à des événements difficiles, mais plutôt aux tracasseries quotidiennes liées à l'expérience nouvelle des soins à accorder à un nouveau-né. Darvill et al. (2010) et Svensson et al. (2006) utilisent l'analogie des « montagnes russes » pour rendre compte de la variabilité des émotions vécues par les mères en période pré et postnatale alors que Börjesson et al. (2004) font état des « hauts et des bas » ressentis par bon nombre de nouvelles mères. Durant la première année de vie de l'enfant, les deux tiers des mères interrogées par Börjesson et al. se sont senties inquiètes ou tristes à un certain moment et, chez certaines, la transition à la

maternité aurait été vécue comme un véritable choc (Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Wilkins, 2006). L'étude de Börjesson et al. rapporte que les femmes ayant plusieurs enfants se sentiraient mieux d'un point de vue psychologique que les mères d'un premier bébé lors du retour à la maison parce qu'elles sont mieux préparées à la réalité qui les attendent.

Toutefois, selon l'étude de Castle, Slade, Barranco-Wadlow, et Rogers (2008), rien ne démontre que la détresse des mères se soit accrue de la période prénatale à la période postnatale; les mères ressentiraient moins d'anxiété et auraient un niveau de bien-être global plus élevé en période postnatale (à 6 semaines) qu'en période prénatale. Les pères, quant à eux, vivraient moins d'anxiété, mais présenteraient un plus haut niveau de dépression en période postnatale que prénatale (Castle et al.). Selon ces auteurs, la réduction de l'anxiété de la période prénatale à la période postnatale pourrait être expliquée par l'arrivée d'un enfant en bonne santé. Kearns, Neuwelt, Hitchman, et Lennan (1997) rapportent également que la détresse psychologique maternelle est moins élevée durant la période postnatale (à 10 semaines) que durant la période prénatale.

3.4.2 La conception de soi : une image et une estime de soi altérées

La transition à la parentalité entraîne inévitablement des changements à l'image et à l'estime qu'ont les parents d'eux-mêmes. Selon Darvill et al. (2010), l'estime de soi est fragilisée au cours des premières semaines qui suivent la naissance en raison notamment de l'importante somme d'énergie consacrée par la mère à son rétablissement et aux soins à prodiguer au nouveau-né. Les mères d'un premier bébé se sentent souvent inadéquates lorsqu'elles doivent recourir à l'avis d'un tiers parce qu'elles croyaient savoir d'instinct comment s'occuper d'un enfant (Wilkins, 2006). Les premières difficultés avec l'enfant, l'apparition de coliques par exemple, sont perçues par des parents comme la démonstration de leur incompetence (Hogg & Worth, 2009). Les contacts avec les professionnels de la santé sont nommés comme sources possibles de stress et de menace à l'estime de soi parce qu'ils viennent miner, dans certains cas, le sentiment de compétence chez les mères (Razurel et al., 2011). Selon Wilkins, l'expérience de la maternité est une période d'importants changements au point de vue identitaire à travers laquelle les

femmes vont passer d'une posture d'« experte », en contrôle sur sa vie et confiante en ses capacités, à une posture de « novice » dans laquelle elles éprouvent différents sentiments de confusion et de doute sur elles-mêmes. Chez la plupart, heureusement, ce sentiment de doute et d'inadéquation s'atténue au fur et à mesure que l'expérience s'acquiert et que la confiance en soi s'accroît (Darvill et al.; Hogg & Worth; Wilkins).

3.4.3 L'autogestion : la nécessité d'être soutenu émotionnellement

La thématique de l'autogestion a mis en évidence les stratégies d'adaptation préconisées par les parents en période postnatale, particulièrement celles offrant un soutien émotionnel. Les études recensées témoignent de l'ampleur des besoins de soutien psychologique et émotionnel ressentis par les parents d'un nouveau-né. Plusieurs travaux font ainsi état des besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent (Abriola, 1990; Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Negron et al., 2012), de normaliser et de valider l'expérience vécue (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Haga et al., 2012; Letourneau et al., 2007, 2012; Svensson et al., 2006), d'avoir la possibilité de se plaindre sans se sentir coupables (Cronin, 2003); d'être rassurées sur leurs capacités à bien s'occuper de l'enfant (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Evans et al., 2012; Hogg & Worth, 2009; Letourneau et al., 2012; Razurel et al., 2011) et enfin, d'être soutenues dans leurs efforts pour maintenir leur estime d'elles-mêmes (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et al., 2011).

Des pères, dont la conjointe est atteinte de psychose postpartum, expriment le besoin de bénéficier d'une écoute attentive et d'avoir accès à un espace qui leur permette d'évacuer le trop-plein émotionnel. Ils souhaitent aussi être rassurés et validés dans ce qu'ils vivent par une personne ayant vécu la même expérience qu'eux (Doucet et al., 2012). Parce qu'ils doivent soutenir leur partenaire et, dans certains cas, prendre soin de plus d'un enfant, ils vivent une situation importante de stress (Doucet et al.). L'étude réalisée par Letourneau et al. (2012) rapporte toutefois que les pères interrogés, dont la conjointe est atteinte de dépression postpartum, n'expriment pas de besoins personnels de soutien, mais mentionnent plutôt des besoins de soutien du couple en tant qu'unité.

3.5 Les conditions sociales

Les conditions sociales de vulnérabilité concernent trois composantes : (1) le rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière; (2) l'affiliatif : les relations interpersonnelles et d'appartenance; (3) le récréatif : les loisirs; (4) l'instrumental : les soins aux enfants, les obligations financières et les tâches familiales et domestiques. Il apparaît que les conditions sociales de vulnérabilité, telles que l'endossement d'un nouveau rôle, la transformation des liens sociaux ou l'augmentation des responsabilités à assumer suite à la naissance d'un enfant, influent aussi sur les conditions psychologiques préalablement décrites. Les conditions sociales de vulnérabilité relatives aux composantes du *rôle*, de l'*affiliatif* et de l'*instrumental* sont bien documentées. Par contre, la composante *récréative* l'est de façon indirecte et marginale, essentiellement à partir du besoin exprimé par certains parents de prendre une pause hors du quotidien. Cet enjeu est intégré à la composante instrumentale des conditions sociales de vulnérabilité présentée à la section 3.5.3.

3.5.1 Le rôle

Deux éléments liés au rôle se dégagent de l'analyse des écrits en ce qui concerne les conditions sociales de vulnérabilité : la transformation du quotidien associée au fait de devenir un parent et le besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme de bons parents.

3.5.1.1 Un quotidien transformé par l'endossement de nouveaux rôles

La grossesse et l'arrivée d'un nouveau-né sont une période d'ajustement à de nouveaux rôles et à de nouvelles responsabilités qui implique d'importants changements au mode de vie des parents (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Hanley & Long, 2006; Kanotra et al., 2007; Svensson et al., 2006; Wilkins, 2006). La réalité quotidienne après la naissance se présente souvent de façon bien différente de ce qui avait été anticipé et planifié en période prénatale par les mères; des attentes trop élevées et trop spécifiques à l'égard de la période postnatale occasionnant des sentiments de déception et de confusion après la naissance (Darvill et al., 2010; Razurel et al., 2011; Wilkins, 2006).

Certaines mères vivent cette période de transition en ayant le sentiment d'avoir perdu tout contrôle sur leur vie (Haga et al., 2012; Wilkins, 2006).

En fait, selon Haga et al. (2012) et Hanley et Long (2006), plusieurs femmes croyaient être en mesure de contrôler les conditions de leur maternité de la même manière qu'elles avaient maîtrisé d'autres aspects ou rôles de leur vie antérieure. Celles qui expriment un fort désir de contrôle et de maîtrise à l'égard de la période postnatale présenteraient davantage de symptômes dépressifs en début de période postnatale (Haga et al.). La transition à une seconde maternité serait par contre facilitée par le fait que les femmes savent davantage à quoi s'attendre et qu'elles sont plus détendues par rapport aux responsabilités qu'elles doivent assumer (O'Reilly, 2004).

3.5.1.2 Le besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme de bons parents

Plusieurs études rapportent qu'en période périnatale et plus particulièrement au moment du retour à la maison, d'importantes pressions sont ressenties par les parents pour être de « super-parents ». La pression pour « bien faire les choses » est intense selon plusieurs nouvelles mères et contribue à alimenter leur doute sur leurs capacités à bien jouer leur rôle (Wilkins, 2006). Les parents ont besoin d'aide pour bien performer en tant que parents et expriment le besoin de connaître « les meilleures façons de faire » (Svensson et al., 2006). L'allaitement apparaît comme l'un des indicateurs les plus importants de la définition de ce qu'est une « bonne mère »; parce qu'il faut « réussir » l'allaitement, les difficultés rencontrées à ce niveau sont une source importante de stress et de détresse pour les mères (Haga et al., 2012; Razurel et al., 2011). La capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales apparaît comme un second indicateur de la « réussite maternelle » parce qu'elle témoignerait, selon certaines mères, de leur habileté à faire face aux différents stress qui suivent la naissance d'un enfant (Negron et al., 2012). Les mères qui vivent un épisode dépressif et qui ont de la difficulté à répondre aux attentes sociales de la « bonne mère » développent un sentiment de honte et de gêne et ont le sentiment que les autres mères s'en tirent mieux qu'elles (Letourneau et al., 2007).

3.5.2 L'affiliatif

Selon les études recensées, la période de transition à la parentalité se caractérise par une transformation des liens conjugaux et sociaux susceptible de créer une situation de vulnérabilité chez les nouveaux parents. Au cours de cette période de transition, les parents expriment différents besoins de soutien social, notamment par les pairs, et rencontrent différents obstacles dans la réponse à leurs besoins.

3.5.2.1 Une relation conjugale en changement

Avec l'arrivée d'un enfant, la relation conjugale se transforme. Trois études en font mention. Des mères interrogées par Börjesson et al. (2004) et O'Reilly (2004) rapportent les difficultés qu'elles éprouvent à s'entendre avec leur conjoint. L'étude réalisée par O'Reilly précise un peu plus en rapportant que pour certaines mères, l'arrivée d'un enfant au sein de la famille a eu pour effet d'exacerber les tensions existantes, de créer une distance émotionnelle avec le conjoint et de réduire le temps passé ensemble comme « mari et femme ». La difficulté de trouver une gardienne (surtout lorsqu'il y a plus d'un enfant), la priorité accordée au temps passé en famille plutôt qu'en couple ainsi que la fatigue ressentie après une journée chargée vont également contribuer à réduire le temps consacré à la relation conjugale, et ce, malgré le fait que le maintien de cette relation soit considéré prioritaire par plusieurs des mères interrogées (O'Reilly).

3.5.2.2 Des relations sociales transformées

Les liens que les parents entretiennent avec leur réseau social se transforment aussi au moment de la naissance de leur enfant (Hanley & Long, 2006; Kanotra et al., 2007; Kearns et al.). Particulièrement pour les mères, l'arrivée d'un nouveau-né s'accompagne d'une rupture plus ou moins importante avec le réseau social et professionnel d'avant la naissance (Kearns et al.). Des mères font état d'un sentiment d'isolement lorsqu'elles demeurent à la maison avec leur nouveau-né (Abriola, 1990; Börjesson et al., 2004; Hogg & Worth, 2009; Kanotra et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Kearns et al., 1997; Svensson et al., 2006). D'autres mères soutiennent que leurs amis qui n'ont pas d'enfants ne peuvent pas les comprendre et que ceux qui en ont sont eux-mêmes trop occupés par leurs propres responsabilités (Letourneau et al., 2007).

Des liens sociaux se perdent, mais de nouveaux se créent. Lors de l'arrivée d'un nouveau-né, certains parents vont développer des liens plus étroits avec des amis qui ont des enfants, mais perdre de vue ceux qui n'en ont pas (Hogg & Worth, 2009; Kearns et al., 1997). D'autres vont se rapprocher des membres de leur famille (Hogg & Worth). Le besoin de voir des gens, de relaxer, de prendre une pause, de se changer les idées, de prendre soin de soi et de faire autre chose que de s'occuper des enfants est exprimé par les deux parents (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; O'Reilly, 2004).

3.5.2.3 L'essentiel soutien social par les pairs et les mentors

Le contact avec des pairs est très recherché (Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Negron et al., 2012; Kanotra et al., 2007). Il permet aux mères de comparer leurs expériences à celles des autres et d'avoir le sentiment d'une certaine normalité (Haga et al., 2012; Wilkins, 2006). Selon Svensson et al. (2006), ce n'est pas par « essais et erreurs » que les parents veulent acquérir les connaissances requises par leurs nouvelles responsabilités, mais en profitant de l'expérience vécue par d'autres parents. Le soutien par rétroaction est, selon l'étude de Leahy Warren (2005), corrélé modérément à la confiance en ses capacités à prendre soin de son enfant. Darvill et al. soutiennent qu'une absence de liens avec d'autres mères au moment de la grossesse, particulièrement au début de celle-ci, pourrait influencer l'expérience de la transition postnatale chez les nouvelles mères et accroître leur sentiment de vulnérabilité. Ce manque de liens pendant la grossesse est d'autant plus marqué que les femmes poursuivent leur activité professionnelle presque jusqu'à la fin de leur grossesse.

Le contact répété avec une personne ayant vécu une situation semblable et jouant le rôle de leader ou de mentor facilite la transition à la parentalité et donne espoir que tout ira mieux ultérieurement (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Phillips & Pitt, 2011; Svensson et al., 2006), plus particulièrement encore pour les parents qui vivent une situation difficile (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2007). Certaines études soutiennent que l'accessibilité au soutien social joue un rôle préventif lorsque les circonstances entourant la naissance sont éprouvantes. Selon l'étude de Singer, Davillier, Bruening, Hawkins, et Yamashita (1996),

le soutien social a un effet modérateur chez les mères d'un enfant de petit poids à l'égard de la détresse psychologique maternelle : les deux groupes de mères qui ont eu un enfant de petit poids à la naissance et qui rapportent avoir bénéficié de soutien social positif ont un niveau de détresse psychologique équivalent à celui des mères qui ont eu un enfant en santé. Selon cette étude, c'est le soutien social perçu, plutôt que l'état de santé de l'enfant, qui prédit le mieux la détresse maternelle (Singer et al.).

Dans tous les cas, le soutien social recherché par les parents est un soutien « sans jugement » et « sans critique »; il doit être « encourageant », « chaleureux » et « empathique » (Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006). Pour les pères, ce soutien doit être offert par une personne avec laquelle ils ont créé des liens de proximité (Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012). Par ailleurs, Hogg et Worth (2009) rapportent que certains parents demeurent isolés parce qu'ils n'aiment pas s'engager au sein de groupes de soutien ou s'y sentent mal à l'aise. À cet égard, Letourneau et al. précisent que les pères interrogés dans le cadre de leur étude sont moins intéressés à participer à des groupes de soutien, notamment à cause du trop grand nombre de personnes qui y assistent.

3.5.2.4 Des obstacles à la demande et à l'accès à l'aide

La demande d'aide et la réponse du réseau

La vulnérabilité est accrue lorsque les parents hésitent à aller chercher l'aide dont ils ont besoin lors de situations plus difficiles. La peur d'être jugé par ses proches ou d'être stigmatisé est notamment présente chez les mères atteintes de dépression ou de psychose postnatale, ainsi que chez celles vivant dans de plus petites communautés (Letourneau et al., 2007; Negron et al., 2012; Phillips & Pitt, 2011). La honte, la colère, le dégoût et le déni sont encore bien souvent des émotions associées à la dépression postpartum (Hanley & Long, 2006). La crainte d'être une charge ou un fardeau est également une raison invoquée par certaines mères qui ne demandent pas l'aide de leurs proches (Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012). Ces derniers sont considérés comme trop occupés, trop âgés ou malades pour apporter de l'aide (Hogg & Worth).

Les proches connaissent parfois mal les difficultés auxquelles les mères font face, surtout lorsqu'il est question de dépression postpartum ou de psychose postnatale (Letourneau et al., 2007; Negron et al., 2012). Des mères interrogées par Letourneau et al. rapportent que les membres de leur famille tendent à attribuer les symptômes de dépression postpartum au manque de sommeil et à la fatigue plutôt qu'à la maladie. Enfin, les conseils et avis reçus des proches n'apportent pas toujours le soutien souhaité parce qu'ils ont pour effet de miner la confiance en soi des nouveaux parents et de créer certaines tensions familiales (Cronin, 2003; Hogg & Worth, 2009).

L'accès à l'aide : Un soutien limité ou absent

Plusieurs études rapportent que le réseau de soutien social des nouveaux parents est trop souvent limité, voire même absent, dans certains cas (Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; de Montigny, Lacharité, & Amyot, 2006; Hanley & Long, 2006; Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010; Phillips & Pitt, 2011). Pour expliquer cette situation, l'étude de Hanley et Long invoque les transformations des structures familiales et professionnelles alors que Darvill et al., Hogg et Worth, ainsi que Phillips et Pitt mentionnent l'éloignement géographique de certains parents de leur famille immédiate. Darvill et al. soulignent cependant que bien que l'accès à une aide de proximité apparaisse difficile lorsque les nouveaux parents demeurent loin de leur famille respective, certaines formes de soutien émotionnel demeurent tout de même possibles.

Selon de Montigny et al. (2006), la transition à la parentalité en période postnatale se déroule de façon refermée autour du couple, des grands-parents et des professionnels de la santé; les proches, les amis et les collègues de travail n'étant pas perçus par les nouveaux parents comme une source valable de soutien. Selon Leahy Warren (2005) et Leahy Warren et al. (2011), le réseau social de soutien des nouvelles mères dans les six semaines suivant le retour à la maison est restreint, se limitant presque essentiellement aux grands-mères, aux conjoints et aux sœurs.

De plus, les pères et les mères ne partagent pas les mêmes perceptions quant à l'utilité des différentes formes de soutien social (de Montigny et al., 2006). Les pères

perçoivent les membres de leur propre famille (parents, frères et sœurs) comme habituellement peu aidants et nécessaires, au contraire des mères. En ce qui concerne le soutien des organisations sociales, moins de mères que de pères disent avoir besoin de l'aide d'associations de parents, de prêtres ou de membres du clergé et de professionnels de la santé autres que les infirmières, alors que les pères trouvent ces sources de soutien utiles à certains moments. Plus de pères que de mères soutiennent ne pas avoir besoin d'aide de clubs sociaux ou considèrent ce soutien non aidant. Contrairement aux mères, les pères considèrent que leurs amis sont parfois aidants (de Montigny et al.).

Par ailleurs, le soutien reçu des frères et des sœurs des nouveaux parents tend à diminuer au fur et à mesure que l'effet de nouveauté de la naissance s'atténue (Cronin, 2003). Kearns et al. (1997) rapportent que le soutien social apporté aux nouvelles mères, tel que perçu par celles-ci, varie de la période qui précède la naissance à celle qui la suit : le soutien reçu du conjoint apparaît plus élevé en période postnatale (10 semaines après l'accouchement) qu'en période prénatale, alors que celui reçu de la parenté et des amis diminue de la période prénatale à la période postnatale.

Ce manque ou cette absence de soutien social par les proches est d'autant plus préoccupant que plusieurs études établissent des liens significatifs entre le soutien social perçu et l'état de bien-être des mères. Leahy Warren et al. (2011) rapportent que la dépression postpartum six semaines après la sortie de l'hôpital est négativement associée au soutien social perçu par les mères d'un premier enfant (faiblement au soutien informationnel et instrumental et modérément au soutien émotionnel et par validation). De plus, le soutien informel perçu est faiblement lié au sentiment d'efficacité maternelle. L'étude réalisée par Gottlieb et Mendelson (1995) rapporte qu'en période postnatale, la satisfaction quant au soutien social reçu est faiblement à modérément corrélée négativement à des humeurs de colère et de dépression chez les nouvelles mères. Les mères qui manquent de soutien en période postnatale se sentent incapables de répondre aux demandes générées par l'arrivée d'un nouvel enfant et à leurs propres attentes. Kearns et al. (1997) rapportent une forte relation entre le manque de soutien social des amis et la détresse postnatale. Enfin, l'étude de Castle et al. (2008) présente des liens

significatifs entre le soutien social perçu en période prénatale et l'état de bien-être six semaines après l'accouchement. Les mères qui ont le sentiment de bénéficier d'un bon soutien social avant la naissance présentent un niveau de détresse postnatale faiblement moins élevé alors que chez les pères, des corrélations faibles à modérées sont observées.

3.5.3 L'instrumental

Trois angles de vulnérabilité sont dégagés sur le plan de la composante instrumentale : le besoin d'aide tangible au quotidien, les besoins accrus d'assistance instrumentale en période de crise et la nécessité pour les nouveaux parents d'avoir accès à des moments de pause hors du quotidien de la parentalité.

3.5.3.1 De l'aide tangible au quotidien

Différentes études soulignent le fait que plusieurs parents expriment le besoin de bénéficier d'assistance instrumentale en période postnatale afin de répondre aux nouvelles exigences du quotidien (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; Razurel et al., 2011). Selon Negron et al., cette aide est essentielle afin de permettre aux mères de faire face aux stressseurs physiques et émotionnels inhérents à cette période de transition. Le manque de soutien à ce niveau est d'ailleurs perçu par des mères comme un facteur important d'apparition de symptômes dépressifs durant les premiers mois qui suivent l'accouchement (Haga et al., 2012; Negron et al., 2012).

L'aide souhaitée par les mères concerne surtout les tâches domestiques à accomplir (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; Negron et al., 2012), la prise en charge des enfants plus âgés (MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012), les soins au nouveau-né ou sa prise en charge complète lorsque la mère doit s'absenter pour un rendez-vous (Cronin, 2003; Doucet et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004) et même, de l'accompagnement afin que les mères parviennent à prendre soin d'elles-mêmes plus adéquatement en période postnatale (Doucet et al.; Negron et al.). Des mères font état des difficultés qu'elles éprouvent à organiser leur temps et à gérer les différents problèmes qui surviennent, surtout lorsque leur famille immédiate est absente ou que leur

réseau social est perçu comme non disponible ou inadéquat (Razurel et al., 2011). Gottlieb et Mendelson (1995) insistent sur l'importance d'apporter « de l'aide pratique » aux nouvelles mères qui ont plus d'un enfant afin qu'elles puissent passer du temps avec leurs enfants plus âgés et ainsi, minimiser le sentiment de fatigue et de perte de contact avec leur premier-né.

Le conjoint et la famille immédiate sont identifiés par plusieurs comme les sources principales d'assistance instrumentale (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Haga et al., 2012; Negron et al., 2012; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011). Les modalités et l'intensité de l'aide apportée par les proches sont variables. Les trois quarts des mères interrogées par Börjesson et al. (2004) mentionnent recevoir de l'aide domestique de leurs proches alors que 25 % disent n'en recevoir aucune; parmi ces dernières, la moitié aimerait recevoir de l'aide de leur conjoint ou des membres de leur famille. Des mères qui vivent éloignées de leur famille immédiate témoignent de la difficulté de ne pas pouvoir bénéficier d'aide dans les tâches quotidiennes (Darvill et al.). Par ailleurs, certaines mères préfèrent ne pas demander cette forme d'aide afin de maintenir une certaine distance avec leur mère et faciliter ainsi la construction de leur propre unité familiale et domestique (Darvill et al.).

3.5.3.2 Des besoins particuliers en période difficile

Les mères et leurs conjoints affectés par une dépression ou une psychose postpartum expriment des besoins particuliers à l'égard de l'aide instrumentale. Des participantes à l'étude de Letourneau et al. (2007) soutiennent que cette forme d'aide est indispensable lorsque les symptômes de la dépression font surface ou deviennent difficiles à gérer. Des mères atteintes de psychose postpartum interrogées par Doucet et al. (2012) expriment un besoin d'accompagnement continu afin de répondre à leurs propres besoins (par exemple, prendre un bain, se faire à manger) lorsqu'elles sont aux prises avec des problèmes de confusion, de désorientation ou de pertes de mémoire liés à leur maladie. Des pères dont la conjointe est atteinte de psychose postpartum témoignent eux aussi de ce besoin d'assistance pour réaliser certaines tâches domestiques (Doucet et al.).

3.5.3.3 La nécessité de prendre une pause

Selon certaines études, l'un des besoins trop souvent négligés des nouveaux parents est celui de pouvoir prendre une pause hors des responsabilités du quotidien (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; O'Reilly, 2004; Phillips & Pitt, 2011). Selon O'Reilly, les nouvelles mères sont dans un état constant de vigilance qui leur laisse bien peu de répit et elles ont besoin de moments d'arrêt afin de se changer les idées. Certaines mères soutiennent n'avoir jamais accès à ces moments de pause, soit parce qu'elles se sentent coupables à l'idée de laisser leur enfant à d'autres ou parce qu'elles n'ont pas le temps ou l'aide nécessaires pour le faire (O'Reilly). Des pères interrogés par Doucet et al., dont les conjointes sont atteintes de psychose postpartum, expriment le besoin d'une aide « pratique » leur permettant de sortir de la maison et de faire une activité de loisir afin d'évacuer stress et frustrations accumulés.

3.6 Les conditions cognitives

Les conditions cognitives de vulnérabilité se rapportent aux composantes suivantes : (1) la transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée; (2) l'entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire; (3) l'acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage; (4) l'utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision. Certains résultats, en rapport avec l'information reçue en période prénatale, auraient pu être présentés sous la composante *transmission de l'information*, par rapport à l'inadéquation de la séquence des informations reçues. Étant donné qu'ils portent sur des parents qui, en période postnatale, sont vulnérables parce qu'ils doivent résoudre des problèmes et prendre des décisions à partir d'informations reçues qui leur semblent inadéquates, ces résultats ont été intégrés à la composante *utilisation de l'information*. Sous la composante *acquisition de l'information* se retrouvent les écrits traitant de besoins spécifiques de compréhension et d'apprentissage en période postnatale qui, s'ils ne sont pas comblés, sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité des nouveaux parents. Enfin, aucune des études retenues ne semble avoir abordé les éléments relatifs à la composante *entretien de l'information*.

3.6.1 L'acquisition de l'information

La composante de l'*acquisition de l'information* inclut deux thèmes principaux, soit celui du besoin d'apprendre à prendre soin et celui des besoins accrus de compréhension et d'apprentissage en période plus difficile.

3.6.1.1 Des besoins à combler : apprendre à prendre soin

Plusieurs études font état des besoins d'information exprimés par les mères sur les soins à apporter à leur nouveau-né (Doucet et al., 2012; Kanotra et al., 2007; Letourneau et al., 2007; Moran et al., 1997). Plus spécifiquement, des études rapportent que plusieurs mères espèrent recevoir davantage d'information sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson (Abriola, 1990; Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Kanotra et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Razurel et al., 2011), sur les questions relatives au sommeil des nouveau-nés (Börjesson et al., 2004; MacPherson et al., 2010) ou sur les ressources disponibles dans la communauté pour les nouveaux parents (Doucet et al.). L'étude réalisée par Moran et al. mentionne que les besoins d'information ressentis par les mères varient en fonction de certains facteurs socioéconomiques ou de caractéristiques liées au déroulement de la grossesse. Ainsi, selon ces auteurs, les jeunes femmes qui donnent naissance à un premier enfant exprimeraient de plus grands besoins en termes d'information, et ce, probablement parce qu'elles ont moins de proches autour d'elles sur lesquels elles peuvent prendre exemple.

3.6.1.2 Des besoins particuliers en contexte accru de vulnérabilité

Les mères atteintes de dépression postpartum, de psychose postpartum ou de cardiomyopathie périnatale, ainsi que leurs conjoints, expriment des besoins spécifiques d'information sur la maladie qui les touche (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2007, 2012). Les mères atteintes souhaitent que les membres de leur famille, incluant le conjoint, aient davantage accès à de l'information spécifique sur leur maladie afin qu'ils soient en mesure de mieux les soutenir et les comprendre (Letourneau et al., 2007, 2012). Des pères interrogés par Letourneau et al. (2012) expriment également ce besoin de recevoir plus d'informations sur la dépression postpartum; ils estiment que la documentation qui leur est remise sur la

dépression postpartum ne tient pas suffisamment compte du rôle de soutien qu'ils assument à l'égard de leur partenaire et des difficultés auxquelles ils font face.

3.6.2 L'utilisation de l'information

Le sentiment de ne pas être suffisamment prêt à l'expérience de la parentalité se dégage de certaines des études consultées, et ce, même lorsque les participantes à l'étude présentent un profil démographique favorable en termes d'éducation ou de composition familiale et qu'elles ont eu accès à de multiples sources d'information avant la naissance (Barnes et al., 2008; Wilkins, 2006). Ainsi, bien que 43 % des nouvelles mères interrogées par Barnes et al. se soient senties bien préparées en termes d'information reçue quant aux soins à donner à un nouveau-né, moins de 15 % d'entre elles se sentaient suffisamment préparées à prendre soin de leur enfant, 35 % d'entre elles ne se sont pas senties suffisamment préparées à l'expérience physique suivant la naissance et 20 %, à l'expérience émotionnelle de la prise en charge d'un bébé.

Selon certaines mères, les cours prénataux auraient été trop centrés sur la préparation de la naissance et ne leur auraient pas permis d'acquérir les connaissances suffisantes pour prendre soin d'un nouveau-né (Barnes et al., 2008). Des participantes de l'étude de Wilkins (2006) estiment que l'information et les conseils donnés lors des classes prénatales sont irréalistes et inapplicables. Castle et al. (2008) et Svensson et al. (2006) soutiennent pour leur part que les cours prénataux ne s'intéressent pas suffisamment à l'expérience et aux besoins spécifiques des nouveaux pères. L'étude réalisée par Svensson et al. suggère que les futurs et nouveaux parents ont besoin de réaliser les apprentissages requis sous un mode davantage participatif, faisant appel à l'expérience des autres parents. Par ailleurs, l'étude de Darvill et al. (2010) mentionne que les classes prénatales répondent parfois aux besoins d'information des participants, surtout si ces classes débutent tôt en début de grossesse et si elles permettent aux futures mères de créer des liens avec d'autres mères qui vivent une situation semblable à la leur.

Ainsi, selon Moran et al. (1997), il n'existe pas de lien entre la participation aux rencontres prénatales et l'expression de besoins non comblés en période postnatale : les

mères qui ont participé à de telles activités aux États-Unis n'ont pas exprimé moins de besoins d'information que celles qui n'y ont pas participé. Selon les auteurs, ce résultat pourrait indiquer que les rencontres prénatales ne répondent pas à la totalité des besoins d'information des nouveaux parents, soit parce qu'elles n'abordent pas suffisamment les réalités de la période postnatale ou parce que les parents ne retiennent pas ces informations, qui surviendraient trop tôt dans le processus de transition à la parentalité. Ce constat rejoint celui d'autres études parmi celles recensées (notamment, Hanley & Long, 2006; Razurel et al., 2011; Svensson et al., 2006) qui soutiennent que les cours suivis lors de la période prénatale ne répondent pas à l'entièreté des besoins d'information ressentis en période postnatale.

Svensson et al. (2006) soutiennent que le manque d'information et de préparation affecte la confiance qu'ont les pères et les mères dans leur capacité à être de bons parents. Kanotra et al. (2007) abondent dans le même sens en mentionnant que le manque d'information à propos des soins à donner à un nouveau-né est un facteur de stress important pour les nouvelles mères. Des études rapportent toutefois qu'une surabondance d'information pourrait être tout aussi nuisible qu'un manque, en provoquant chez les parents des sentiments d'anxiété, de panique et de confusion (Svensson et al., 2006; Wilkins, 2006). Des participants à l'étude de Svensson et al. insistent d'ailleurs sur l'importance que les informations qui sont transmises aux parents soient à jour et fiables et le soient par une personne facile d'approche en qui ils ont confiance.

4. Discussion

L'objectif visé par cette recension des écrits était de produire une synthèse des connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social postnatal informel ou semi-formel. Certains éléments de discussion se dégagent de l'analyse réalisée, soit : 1) l'orientation théorique des études recensées; 2) la transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples; 3) la transition à la paternité, une expérience distincte, mais encore méconnue; 4) la nécessaire harmonisation du soutien afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale.

4.1. L'orientation théorique des études recensées

Le corpus d'études retenues a permis de documenter les quatre conditions de vulnérabilité identifiées dans le cadre de référence initial adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997), soit les conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives. Les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques. Sans doute que le choix de ne retenir que les études qui s'intéressaient aux conditions de vulnérabilité qui génèrent le recours au soutien social informel ou semi-formel (donc, en dehors du réseau médical et institutionnel) explique en partie pourquoi les conditions biologiques de vulnérabilité sont moins abordées dans les écrits retenus.

En ce qui concerne les conditions biologiques de vulnérabilité, le manque de sommeil, la fatigue et les difficultés liées à l'allaitement sont les principales conditions de vulnérabilité relevées. Les composantes *locomotrices* et *régulatrices* ne sont pas abordées dans les études recensées. Au plan psychologique, des conditions de vulnérabilité relatives aux trois composantes - *expression de soi*, *conception de soi* et *autogestion* - sont présentes dans les études analysées. Trois composantes des conditions sociales de vulnérabilité, soit le *rôle*, l'*affiliatif* et l'*instrumental* sont bien documentées dans les études alors que la quatrième composante, le *récréatif*, l'est de façon indirecte et marginale à travers le besoin exprimé de prendre une pause hors du quotidien de la parentalité. Enfin, les conditions cognitives de vulnérabilité ne sont illustrées que par

deux des quatre composantes, soit l'*acquisition* et l'*utilisation* de l'information. Les composantes de l'*entretien* et de la *transmission* ne sont pas abordées directement.

Il est à remarquer que même si le modèle théorique a conduit à un classement selon différentes conditions et composantes de vulnérabilité, certaines d'entre elles partagent une proximité évidente. C'est notamment le cas pour les conditions sociales et psychologiques, dont les données extraites des études se recoupaient de différentes manières. À titre d'exemple, le besoin de reconnaissance exprimé par de nombreux parents dans les études retenues concerne à la fois les conditions psychologiques (composante de la conception de soi) et les conditions sociales (composante du rôle). Notons aussi que certains aspects traités au niveau psychologique, comme la dépression, peuvent être induits par la condition biologique. Dans les études qui en traitaient, ce n'était toutefois par les composantes biologiques de vulnérabilité qui étaient identifiées, mais bien celles se rapportant aux conditions psychologiques et parfois même, sociales (Evans et al., 2012; Leahy Warren, 2011; Letourneau et al., 2012). Ces observations conduisent à considérer une proximité importante entre les composantes sociales et psychologiques, de même qu'une forme d'interrelation entre les composantes des quatre conditions. Ces interrelations seront approfondies à travers la discussion des principaux constats qui ont été dégagés.

4.2 La transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples

Les résultats de cette recension des écrits abondent dans le même sens que de nombreuses études antérieures (de Montigny et al., 2010; de Montigny & Lacharité, 2005; Kurtz Landy et al., 2008), à l'effet que la naissance d'un nouveau-né au sein d'une famille est une période importante de transition à travers laquelle les individus sont susceptibles d'expérimenter de multiples conditions de vulnérabilité, plus intenses encore s'ils ne disposent pas des ressources personnelles ou du soutien requis (Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Certaines conditions de santé, comme la dépression, la psychose postnatale ou la cardiomyopathie périnatale, par exemple, accroissent ce risque de

vulnérabilité, tel qu'en témoignent les écrits recensés (Hess et al., 2010; Leahy Warren et al., 2011; Letourneau et al., 2007, 2012).

Un constat novateur de la présente analyse est de mettre en évidence l'interrelation entre les conditions de vulnérabilité. En effet, celles-ci apparaissent imbriquées les unes avec les autres, de manière à ce qu'une vulnérabilité au plan biologique, par exemple, des difficultés liées à l'allaitement, entraînent ou découlent en une plus grande fatigue, et résultent ou encore causent, des besoins non comblés au plan cognitif, en termes d'information (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Razurel et al., 2011). Au plan social, la rupture de certains liens sociaux et professionnels, le manque de temps pour soi ou l'absence de soutien vont contribuer à créer une situation de plus grande vulnérabilité psychologique et parfois même induire un état de détresse postnatale chez l'un ou l'autre des parents (Castle et al., 2008; Gottlieb & Mendelson, 1995; Kearns et al., 1997; Leahy Warren, 2011). Le stress inhérent au processus d'adaptation à la parentalité va entraîner quant à lui certains besoins d'assistance instrumentale (Negron et al., 2012).

Ainsi, qu'elle se vive sans grand problème ou qu'elle s'accompagne de difficultés particulières (dépression ou psychose postpartum, par exemple), la période postnatale demeure, tant pour les mères que pour les pères, une expérience émotionnelle intense dans laquelle se côtoient et s'entrechoquent la fierté et la joie d'être parent, mais aussi l'inquiétude, l'insécurité, le stress, la fatigue et la détresse devant les nouvelles exigences de la parentalité. La disponibilité du soutien social telle que perçue par les nouveaux parents, une expérience antérieure ou non de la parentalité ainsi que le temps écoulé depuis la naissance influencent de façon diverse l'état de vulnérabilité des parents (Darvill et al., 2010; Gottlieb & Mendelson, 1995; Hogg & Worth, 2009; Leahy Warren et al., 2011; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006).

Ces résultats rejoignent en partie ceux rapportés par Nyström et Örhling (2004) dans leur recension d'écrits portant sur l'expérience des parents au cours de la première année de vie de l'enfant. Ces derniers rapportent que la première année qui suit la

naissance est une expérience excitante, mais combien déroutante pour les parents, à travers laquelle les mères et les pères traversent des émotions multiples, tant positives que négatives. Au-delà de la description des émotions ressenties par les nouveaux parents, les résultats de la recension des écrits présentés ici démontrent les interrelations qui existent entre les conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité et mettent en lumière l'importance pour tout nouveau parent d'avoir accès à des formes de soutien social diversifiées et adaptées. La vulnérabilité en période périnatale n'apparaissant pas uniquement réservée à des populations dites « à risque ».

4.3 La transition à la paternité : une expérience distincte, mais encore méconnue

Les conditions de vulnérabilité chez les pères n'ont pu être documentées autant que l'ont été celles des mères, compte tenu des écrits disponibles. Sur les 30 études retenues, 25 études s'intéressent spécifiquement aux mères, une s'intéresse aux pères et 4 portent à la fois sur les mères et sur les pères. Parce qu'elles ne portaient pas spécifiquement sur la période périnatale ou qu'elles n'établissaient pas de liens explicites avec le soutien social informel ou semi-formel, des études portant sur la transition à la paternité ont dû être mises de côté (Boyce, Condon, Barton, & Corkindale, 2007; Fletcher & St George, 2011; Widarsson, Kerstis, Sundquist, Engström, & Sarkadi, 2012).

Cette recension des écrits permet tout de même de dégager quelques besoins qui sont spécifiques aux pères (Castle et al., 2008; Doucet et al., 2012; Letourneau et al., 2012; Svensson et al., 2006). Il est question ici d'une écoute attentive en cas de difficultés, d'accès à des lieux et des activités permettant d'évacuer le trop-plein émotionnel, d'assistance pour réaliser certaines tâches domestiques et d'obtention d'information adaptée sur la dépression postpartum. De plus, il y est noté que l'information offerte aux parents ne tient pas suffisamment compte de l'expérience et des besoins spécifiques des pères (Castle et al.; Svensson et al.).

Comme le dénotent Dubeau et al. (2010), les besoins des pères sont encore méconnus, et le réseau social, formel, semi-formel ou informel, peine à s'organiser pour y

répondre. Cette méconnaissance de la vulnérabilité des pères est alimentée par l'existence de paradigmes contradictoires. Dans l'un, le père y est décrit comme « pareil à la mère ». Il est alors perçu comme ayant les mêmes besoins que celle-ci, et donc, nécessitant une même forme de soutien (de Montigny et al., 2009). Il n'y a alors pas lieu d'explorer son expérience spécifique, ni de définir une réponse particulière à ses besoins. L'autre courant définit le père comme étant « différent de la mère » et insiste alors sur les différences qui existent entre les mères et les pères à cet égard (de Montigny, Devault, Este, & Fleurant, 2011), et donc, d'une nécessaire adaptation d'une réponse à ses besoins. Un troisième courant préconise que les pères sont à la fois pareils et différents des mères, tant dans leur expérience, leurs besoins, que la réponse requise pour ceux-ci (Buckelew, Pierrie, & Chabra, 2006; Gagnon & Paquette, 2009; Gervais, de Montigny, & Lacharité, 2012). Ce courant invite à une exploration du vécu de chaque parent, comme individu et comme couple, afin de mieux saisir les différences et similitudes, et de définir une réponse appropriée à chacun. Il reste donc beaucoup à faire pour comprendre le phénomène dans toute sa complexité. Ce faisant, il serait opportun de poursuivre des recherches afin de considérer les composantes de vulnérabilité permettant de définir une réponse de soutien appropriée aux besoins non comblés des pères et des mères.

4.4 La nécessaire harmonisation du soutien

Enfin, cette recension des écrits met en évidence que les conditions de vulnérabilité parentale sont diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Un même parent peut présenter plus d'une composante de vulnérabilité, ce qui exige que le soutien social soit harmonisé de manière à répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale. Plusieurs sources de soutien ont été mentionnées dans les études analysées, que ce soit celui de l'autre parent, de la famille, des amis, des collègues, ou encore, celui de ressources semi-formelles (organismes communautaires et bénévoles), et parfois même formelles (services professionnels). Souvent, les mères semblent trouver l'accompagnement qu'elles désirent auprès de pairs ou de mentors vivant ou ayant vécu une expérience similaire à la leur. Il est possible que cette forme de soutien social comble un vide laissé par la disparition ou la transformation de configurations plus anciennes

d'aide, offertes auparavant par les grands-mères et autres femmes de la parenté étendue (Fortin & Gagnon, 2007). Ainsi, plusieurs études, tout en reconnaissant l'importance du réseau informel rapproché (grands-parents, frères et sœurs), font état de ses difficultés à répondre à l'entière et à la particularité des besoins de soutien des nouveaux parents en période postnatale (Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; de Montigny et al., 2006; Hanley & Long, 2006; Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010).

Au-delà de la source de soutien, des constantes prédominent. Les mères soulignent leurs besoins d'être écoutées et validées dans leur expérience. Elles déplorent les formes de soutien prescriptives et normatives qui ne prennent pas en compte les particularités de leur expérience et qui, parfois, les infantilisent (Hogg & Worth, 2009; Razurel et al., 2011). Les deux parents demandent un espace pour expérimenter leur rôle de nouveaux parents et développer leurs propres stratégies d'adaptation, ainsi qu'un accompagnement respectueux de ce qu'ils ont envie de vivre, sans jugement (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006).

En ce sens, et comme l'ont souligné d'autres auteurs (Small, Taft, & Brown, 2011), il apparaît clairement qu'il est nécessaire de faire cohabiter plusieurs stratégies de soutien, une seule approche ne pouvant répondre à l'ensemble des conditions de vulnérabilité parentale. La recension des écrits présentée ici permet de constater l'intensité des besoins ressentis par les nouveaux parents ainsi que les difficultés des réseaux familiaux et sociaux restreints à y répondre totalement. Elle met en lumière la demande d'aide à l'égard des réseaux semi-formels au sein desquels les parents peuvent espérer un accompagnement souple, de proximité, par des personnes qui partagent une expérience similaire à la leur.

L'une des forces de cette recension des écrits est d'avoir démontré comment le soutien social semi-formel est incontournable pour répondre aux besoins des parents en période postnatale. Il serait toutefois pertinent de poursuivre des recherches visant une meilleure harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel,

relevant notamment des services professionnels de la santé et des services sociaux. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information. À cela s'ajoute l'enjeu de l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels, les parents et leurs proches, ainsi qu'avec les intervenants des milieux communautaires. Qu'on en parle en termes d'intégration des services (Rodrigès & des Rivières-Pigeon, 2007), de collaborations intersectorielles (Milbourne, 2009; Proulx, Bourque, & Savard, 2007) ou parfois même de soins centrés sur la personne (Starfield, 2011), la reconnaissance des multiples conditions de vulnérabilité en période périnatale requiert une concertation visant l'harmonisation des différentes formes de soutien existantes.

Conclusion

Cette recension des écrits est la première à s'intéresser aux conditions de vulnérabilité susceptibles de toucher l'ensemble des mères, des pères et des familles en situation périnatale, quelle que soit leur situation socioéconomique préalable. La perspective théorique adoptée permet de considérer la période périnatale comme une étape de transition importante susceptible de générer un état de vulnérabilité chez tout parent, même en l'absence de facteurs de risque reconnus. La notion de « conditions de vulnérabilité » et celle de « besoins non comblés », qui ont pour effet de générer un état de vulnérabilité selon Rogers (1997) et Lessick et al. (1992), ont servi de cadre de référence à cette analyse.

La sélection des publications pertinentes s'est effectuée en ciblant celles qui s'intéressaient aux conditions de vulnérabilité en période périnatale en les liant à des formes de soutien social postnatal informel (amis, membres de la famille, voisinage) ou semi-formel (organismes communautaires, secteur bénévole). Cette stratégie fut adoptée afin d'assurer la cohérence des résultats en regard des objectifs poursuivis par l'étude dans laquelle s'inscrit cette recension des écrits, soit l'évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales du Québec.

De même, les études qui traitaient de conditions particulières de vulnérabilité induites par la réalité de la grossesse, de l'accouchement ou de l'arrivée d'un nouveau-né (par exemple, la dépression ou la psychose postpartum) ont été incluses, puisque celles-ci font partie de l'expérience de nombreux parents. Enfin, la démarche de recension intégrative privilégiée a permis d'inclure différents types de devis de recherche et ainsi, de bénéficier des apports d'études qualitatives et d'études quantitatives et de mettre leurs résultats en relation lorsque c'était possible.

Le cadre de référence analytique adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997) a permis de regrouper les conditions de vulnérabilité en quatre grandes catégories (biologiques, psychologiques, sociales et cognitives). À chacune de ces conditions sont associées des composantes qui viennent préciser les angles par lesquels survient la vulnérabilité en période périnatale.

Les résultats démontrent que les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques lorsqu'il est question de soutien social informel ou semi-formel. Ils démontrent également que la transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples. Par ailleurs, la transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilité distinctes et peu documentées. Enfin, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Cette recension des écrits démontre la pertinence de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information.

Références

- Abriola, D. V. (1990). Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19(2), 113-134. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1992148603&lang=fr&site=ehost-live>
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33-41. doi: 10.1624/105812408X329584
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02950.x
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 718-725. doi: 10.1080/00048670701517959
- Brotherson, S. E. (2007). From partners to parents: couples and the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 22(2), 7-12. Récupéré de <http://www.ag.ndsu.edu/pubs/yf/famsci/fs604.pdf>
- Buckelew, S. M., Pierrie, H., & Chabra, A. (2006). What fathers need: a countywide assessment of the needs of fathers of young children. *Maternal and Child Health Journal*, 10(3), 285-291. doi: 10.1007/s10995-005-0014-6
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., & Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180-194. doi: 10.1080/02646830701691319
- Clemmens, D. (2003). Adolescent motherhood: a meta-synthesis of qualitative studies. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(2), 93-99. doi: 10.1097/00005721-200303000-00010
- Cronin, C. (2003). First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003080160&lang=fr&site=ehost-live>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-377. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- de Montigny, F., Devault, A., Este, D., & Fleurant, A. (2011). Nursing students' perceptions of their experiences with fathers during their family nursing clinical practicum. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4), 649-657. doi: 10.1590/S0104-07072011000400002
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5. Récupéré de <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/vol6no2.php>
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J.-M., Fleurant, A., Gervais, C., Dragon, J.-F., Este, D., St-Amand, N., Bélanger, J.-M., & Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les

- universités canadiennes. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119. doi : 10.7202/029589ar
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Devenir père: un portrait des premiers moments. *Enfances, familles, générations*, 3, 40-55. doi: 10.7202/012535ar
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, E. (2006). The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texte & Contexte Enfermagem*, 15(4), 601-609. doi : 10.1590/S0104-07072006000400008
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Science*, 35(3), E11-E22. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- Doucet, S., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 41, 236-245. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x
- Dubeau, D., Houle, D., Pontbriand, M., & Gauthier, J.-F. (2010). *Théraktion – Défi Hors piste, une approche novatrice pour rejoindre les hommes*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Education and Counseling*, 87, 405-410. doi: 10.1016/j.pec.2011.09.011
- Fletcher, R., & St George, J. (2011). Heading into fatherhood--nervously: support for fathering from online dads. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1101-1114. doi: 10.1177/1049732311404903
- Fortin, A., & Gagnon, É. (2007). Familles en mutation. Dans H. Dorvil. (Ed.), *Problèmes sociaux Tome III : Théories et méthodologies de la recherche*, (pp. 231-248). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, M.-N., & Paquette, D. (2009). La coparentalité dans le système familial. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget. (Eds), *La paternité au XXIe siècle* (pp. 123-152). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Gervais, C., de Montigny, F., & Lacharité, C. (2012). Intervenir auprès des pères: L'Initiative Amis des Pères au sein des familles. Dans de Montigny, F., Devault, A., Gervais, C. (Eds). *La naissance d'une famille: accompagner les parents et leurs enfants en période périnatale*. Chenelière Éducation.
- Gottlieb, L. N., & Mendelson, M. J. (1995). Mothers' moods and social support when a second child is born. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(1), 3-14. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=MED-7791380&lang=fr&site=ehost-live>
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 458-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117501>

- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22, 147-157. doi: 10.1016/j.midw.2005.08.004
- Hess, R. F., Weinland, J. A., & Beebe, K. (2010). 'I am not alone'- A survey of women with peripartum cardiomyopathy and their participation in an online support group. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(4), 215-221. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181e1e28f
- Hogg, R., & Worth, A. (2009). What support do parents of young children need? A user-focused study. *Community Practitioner*, 82(1), 31-34. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=40208721&lang=fr&site=ehost-live>
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf
- Institut de la statistique du Québec (2012). *Données démographiques*. Récupéré de http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 549-558. doi: 10.1007/s10995-007-0206-3
- Kearns, R. A., Neuwelt, P. M., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health and Social Care in the Community*, 5(5), 296-308. Récupéré de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=df986f66-c613-4c38-8b12-a50f1f9524e2%40sessionmgr111&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbmc9ZnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=flh&AN=MRB-FSD0074675>
- Kurtz Landy, C., Sword, W., & Ciliska, D. (2008). Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 8, 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-8-203
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=MED-15882364&lang=fr&site=ehost-live>
- Leahy Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 388-397. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992) Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 6(3), 1-14. Récupéré de http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability_A_conceptual_model_applied_to.3.aspx

- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 36, 441-449. doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00174.x
- Letourneau, N., Panagiota, D., Tryphonopoulos, P., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Benzies, K., Dennis, C. D., & Joschko, J. (2012) Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 69-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e318241da87
- Logsdon, C., Birkimer, J. C., Ratterman, A., Cahill, K., & Cahill, N. (2002) Social support in pregnant and parenting adolescents: research, critique, and recommendations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 75-83. Récupéré de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=5da0271a-3395-489e-ba61-47da5343b0e1%40sessionmgr114&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbm9ZnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2002132591>
- MacPherson, K., Barnes, J., Nichols, M., & Dixon, S. (2010). Volunteer support for mothers with new babies: perceptions of need and support received. *Children & Society*, 24, 175-187. doi: 10.1111/j.1099-0860.2009.00227.x
- Milbourne, L. (2009). Remodelling the third sector: advancing collaboration or competition in community-based initiatives? *Journal of Social Policy*, 38(2), 277-297. doi: 10.1017/S0047279408002845
- Moran, P., Ghate, D., & van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence*. London: Department for Education and Skills.
- Moran, C. F., Holt, V. L., & Martin, D. P. (1997). What do women want to know after childbirth? *BIRTH*, 24(1), 27-34. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal-Child Nursing Journal*, 17(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x
- O'Connor, P. (2001). Supporting mothers: issues in a community mothers programme. *Community, Work & Family*, 4(1), 63-85. doi: 1080/136688000200032425
- O'Reilly, M. M. (2004). Achieving a new balance: women's transition to second-time parenthood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 33, 455-462. doi: 10.1177/0884217504266911
- Phillips, S., & Pitt, L. (2011). Maternal mental health: making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(3), 31-37. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>

- Proulx, J., Bourque, D., & Savard, S. (2007). The government – third sector interface in Québec. *Voluntas, 18*, 293-307. doi: 10.1007/s11266-007-9045-5
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery, 27*, 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rodriguez, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care, 7*, 1-15. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/pdf/ijic2007-200728.pdf>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Ryan, R. M., Tolani, N., & Brooks-Gun, J. (2009). Relationship trajectories, parenting stress, and unwed mothers' transition to a new baby. *Parenting: Science & Practice, 9*(1-2), 160-177. doi: 10.1080/15295190802656844
- Singer, L. T., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S., & Yamashita, T. S. (1996). *Family Relations, 45*, 343-350. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>
- Small, R., Taft, A., & Brown, S.J. (2011). The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health, 11*(Suppl 5), S4, 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-11-S5-S4
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal, 15*(2), 63-69. Récupéré de <http://www.thepermanentejournal.org/files/Spring2011/PatientCenteredCare.pdf>
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education, 15*(4), 18-27. doi: 10.1624/105812406X151385
- Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research. Methods and implication. *Nursing Research, 54*(1), 56-62. doi: 10.1097/00006199-200501000-00008
- Whittemore, R., & Knafli, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546-553. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal of Perinatal Education, 21*(1), 36-44. doi: 10.1891/1058-1243.21.1.36
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery, 22*, 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001

Annexe A : Regroupement des conditions de vulnérabilité

La période périnatale comporte des conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité lorsqu'ils ne sont pas comblés.

Conditions biologiques (physiologiques)

Locomotrice : le mouvement et l'exercice

Restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation

Régulatrice : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale

Conditions psychologiques

Expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions)

Conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi

Autogestion : l'adaptation

Conditions sociales

Rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière

Affiliative : les relations interpersonnelles et d'appartenance

Récréative : les loisirs

Instrumentale : les soins aux enfants, les obligations financières, les tâches domestiques et familiales

Conditions cognitives

Transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée

Entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire

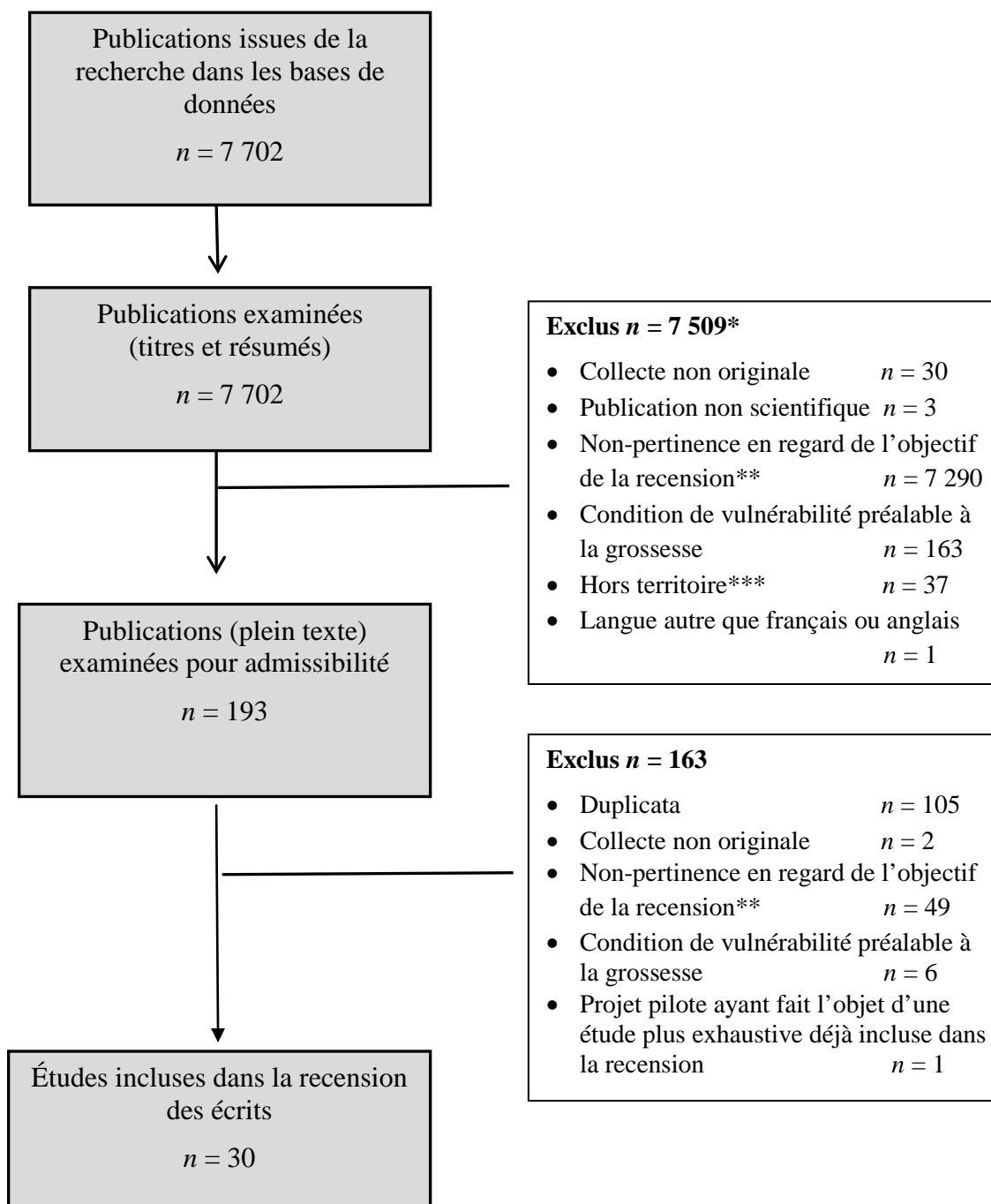
Acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage

Utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision

Annexe B : Plan de concepts de la recherche documentaire

Vulnérabilité	Besoins	Période périnatale	Soutien social	
<i>Vulnerability</i>	<i>Needs</i>	<i>Perinatal (period)</i>	<i>Social support</i>	<i>Community-based social services</i>
<i>Distress</i>	<i>Support needs</i>	<i>Postnatal (period)</i>	<i>Support, psychosocial</i>	<i>Community-based intervention</i>
<i>Emotional</i>	<i>Learning needs</i>	<i>Prenatal (period)</i>	<i>Psychosocial support</i>	<i>Community-based programmes</i>
<i>distress</i>	<i>Information needs</i>	<i>Antenatal (period)</i>	<i>Family support</i>	<i>Community-based preventive</i>
<i>Maternal distress</i>	<i>Needs assessment</i>	<i>Postpartum (period)</i>	<i>Informal support</i>	<i>programmes</i>
<i>Psychological</i>	<i>Family assessment</i>	<i>Peripartum</i>	<i>Volunteer support</i>	<i>Community workers</i>
<i>distress</i>	<i>Family needs</i>	<i>Prenatal care</i>	<i>Non professional support</i>	<i>Community health workers</i>
<i>Psychological</i>	<i>Human needs</i>		<i>Support services</i>	<i>Community volunteers</i>
<i>factors</i>	<i>Basic needs</i>	<i>Mothers</i>	<i>Social networks</i>	<i>Home care</i>
<i>Social isolation</i>	<i>Personal needs</i>	<i>Fathers</i>	<i>Community networks</i>	<i>Home care services</i>
<i>Adjustment</i>	<i>Health services needs</i>	<i>Expectant mothers</i>	<i>Support networks</i>	<i>Home visits</i>
<i>disorders</i>	<i>and demand</i>	<i>Expectant fathers</i>	<i>Community support</i>	<i>Home nursing</i>
		<i>Expectant parents</i>	<i>Community groups</i>	<i>Volunteers</i>
		<i>New parents</i>	<i>Social groups</i>	<i>Voluntary</i>
		<i>First-time mothers</i>	<i>Support groups</i>	<i>Volunteer service</i>
		<i>First-time fathers</i>	<i>Self-help</i>	<i>Voluntary associations</i>
		<i>Parenting</i>	<i>Self-help groups</i>	<i>Voluntary organizations</i>
		<i>Mothering</i>	<i>Community</i>	<i>Voluntary health agencies</i>
		<i>Fathering</i>	<i>Community resources</i>	<i>Volunteer workers</i>
		<i>Parenthood</i>	<i>Community care</i>	<i>Volunteer workers</i>
		<i>Motherhood</i>	<i>Community programs</i>	<i>Volunteer workers in social</i>
		<i>Fatherhood</i>	<i>Community organization</i>	<i>service</i>
		<i>Childbearing</i>	<i>Community services</i>	<i>Paraprofessional</i>
		<i>Childbirth</i>	<i>Community support programs</i>	<i>Paraprofessional workers</i>
		<i>Birth</i>	<i>Community health programs</i>	<i>Informal sector</i>
		<i>Pregnancy</i>	<i>Health care services</i>	<i>Non-profit sector</i>
		<i>Pregnant women</i>	<i>Community health services</i>	<i>Non-profit organizations</i>
			<i>Community information services</i>	

Annexe C : Organigramme de sélection des études



*La somme des publications exclues selon les différents motifs excède le nombre total de publications exclues parce qu'une publication peut avoir été rejetée pour plusieurs raisons.

** Non-pertinence : publications qui ne concernent pas les conditions de vulnérabilité ET le soutien social postnatal informel ou semi-formel.

*** Résultats d'une recherche réalisée hors de l'Amérique du Nord, de l'Europe ou de l'Océanie.

Annexe D : Tableau synthèse de la littérature

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Abriola (1990) États-Unis	Identifier les facteurs qui contribuent au maintien de la participation à un groupe de soutien postpartum tels que perçus par les femmes qui y participent.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Période postnatale comme période de crise (LeMasters, 1957) et de transition (Rubin, 1961, 1975, 1977, 1984)	Étude qualitative descriptive transversale Entretiens individuels semi- structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir participé à au moins une rencontre du groupe de soutien en tant que participantes ou animatrices (n=13). Participantes : 12 mères (10 participantes et deux animatrices du groupe) âgées de 30 à 42 ans et ayant entre 1 et 3 enfants.	Quatre principaux facteurs de maintien ont été identifiés : a) le soutien reçu et le réconfort; b) les savoirs, l'expérience et l'engagement de l'animatrice du groupe; c) l'aide obtenue dans le processus de transition vers la maternité; d) l'opportunité d'être en contact avec d'autres enfants du même âge que le sien.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Barnes et al. (2008) <i>Australie</i>	Explorer les besoins de soutien et d'information ressentis par les nouvelles mères d'un premier enfant et évaluer si elles se sentent bien préparées à assumer leurs nouvelles responsabilités.	Besoins non comblés Conditions biologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel Besoins (outil de mesure développé par les auteurs)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale Questionnaire téléphonique et entretiens collectifs Analyses statistiques descriptives et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) participer au projet d'évaluation d'un nouveau modèle de soin au centre de santé communautaire pour enfants de Brisbane; 2) être la mère d'un premier enfant; 3) ne pas présenter de facteurs de risque (violence familiale, maladie mentale, consommation, enfants de petits poids, prématurés ou malades). Participantés : 151 nouvelles mères rejointes 3 mois après l'accouchement (questionnaire téléphonique) et 8 nouvelles mères rejointes 7 à 9 mois après l'accouchement (entretiens collectifs). L'âge moyen des mères est de 32 ans.	Les participantés ont rapporté avoir recherché de l'information auprès de multiples sources lors de la grossesse. Peu de répondantes se sont senties bien préparées à faire face à l'expérience physique et émotionnelle des premières semaines après l'accouchement et aux différents problèmes qui surviennent dans les premiers mois de la vie d'un enfant. Les résultats suggèrent que les approches courantes d'information périnatale ne répondent pas aux besoins des mères d'un premier enfant, même chez celles disposant de multiples ressources.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Börjesson et al. (2004) Suède	Décrire l'expérience vécue par les mères lors de la grossesse, de l'accouchement et du retour à la maison et développer de nouvelles connaissances quant au soutien qu'elles reçoivent et aux besoins de soutien qu'elles expriment.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel Sentiment de bien-être pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (questionnaire incluant une échelle de type Likert)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale Questionnaire postal autoadministré Analyses statistiques et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un bébé en janvier 1997 dans l'une des 60 cliniques visées (n=196); 2) habiter encore la ville visée un an après la naissance; 3) ne pas avoir eu de naissance multiple. Participant(e)s : 122 mères d'enfants (42 % primipares et 58 % multipares) dont l'âge moyen est de 30 ans.	Les mères ressentent un grand besoin de parler de leur expérience tôt après la naissance et dans les mois qui suivent. La plupart des mères rejointes ont reçu du soutien de leur partenaire. Dans certains cas, des personnes issues du réseau personnel des mères ou du réseau de la santé leur ont apporté un plus grand soutien que leurs propres partenaires. L'étude met en lumière combien il est important pour les nouveaux parents d'être rassurés dans leurs rôles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Castle et al. (2008) <i>Grande- Bretagne</i>	Déterminer si le soutien social prénatal perçu durant la grossesse est lié à la détresse postnatale et au bien-être et si l'attitude quant à l'expression émotionnelle est liée au soutien social perçu et à la détresse postnatale tant chez les mères que chez les pères.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social Attitude par rapport à l'expression émotionnelle (<i>Attitudes towards Emotional Expression</i>); soutien social (<i>DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire</i>); détresse durant la grossesse (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>); bien-être (<i>Well-being Questionnaire</i>); détresse postnatale (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>).	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Questionnaire autoadministré au troisième trimestre de la grossesse et entre la 6 ^e et la 8 ^e semaine après l'accouchement Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir participé à l'une des classes prénatales de deux hôpitaux du Yorkshire; 2) être le parent d'un premier enfant; 3) être âgé de 18 ans ou plus; 4) être marié ou cohabiter avec un conjoint; 5) avoir une connaissance suffisante de l'anglais pour répondre adéquatement aux questionnaires; 6) ne pas avoir eu un bébé prématuré ou hospitalisé plus de 48 heures à l'unité des soins spéciaux. Participants : 86 mères âgées de 30,7 ans en moyenne et 66 pères âgés de 32,9 ans en moyenne.	Les mères et les pères qui estiment bénéficier d'un soutien social élevé en période prénatale rapportent un niveau plus faible de détresse postnatale 6 semaines après l'accouchement. Les parents démontrant des attitudes plus positives à l'égard de l'expression des émotions font état d'un niveau plus élevé de soutien social. Les attitudes à l'égard de l'expression des émotions ne sont pas associées à la détresse postnatale. Le soutien social perçu pourrait être un facteur protecteur tant pour les pères que pour les mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Cronin (2003) <i>Irlande</i>	Identifier les besoins, perceptions et expériences des nouvelles mères d'un premier enfant en période postnatale.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens collectifs et individuels non structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir été contacté par l'un des deux travailleurs sociaux de la communauté; 2) être la jeune mère d'un premier enfant. Participant(e)s : 13 mères d'un premier enfant âgé de moins de 9 mois; 46 % d'entre elles sont âgées de 18 à 20 ans, 31 % sont âgées de 21 à 25 ans et 15 % sont âgées de moins de 18 ans.	La participation des mères à une classe prénatale est variable. La perception d'avoir été insuffisamment préparées à l'expérience de l'accouchement et de la maternité prédomine. La mère de la nouvelle mère est la figure centrale en matière de soutien émotionnel et pratique. Des problématiques de dépression maternelle, de solitude et de difficultés à déléguer les soins à son enfant ont été rapportées par les mères.
Darvill et al. (2010) <i>Grande-Bretagne</i>	Explorer le processus de transition à la maternité à partir de la perspective des mères et identifier leurs besoins de soutien non comblés.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale par théorisation ancrée Entretiens individuels semi-structurés Méthode de comparaison constante	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant récemment; 2) avoir plus de 16 ans; 3) ne pas avoir de problème de santé physique ou mentale; 4) avoir eu un enfant en bonne santé; 5) parler l'anglais couramment. Participant(e)s : 13 femmes âgées de 17 à 39 ans ayant donné naissance à un premier enfant 6 à 15 semaines auparavant.	Trois grands thèmes liés au changement de la perception de soi émergent de l'analyse : 1) le sentiment d'une perte de contrôle sur sa vie dans les semaines suivant la naissance; 2) le besoin de soutien d'un mentor pour guider la transition et normaliser l'expérience vécue; 3) le passage d'un couple à une famille. Les femmes enceintes d'un premier enfant entament leur transition à la maternité tôt en début de grossesse. Elles font face à des périodes difficiles tôt dans la grossesse et après la naissance et mentionnent avoir de multiples besoins de soutien non comblés à cette période, plus particulièrement un besoin de soutien de la part d'autres nouvelles mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
de Montigny et al. (2006) Canada	Déterminer quelles sources de soutien sont les plus appréciées par les nouveaux parents durant la période postnatale, quelles en sont les caractéristiques et examiner la nature des relations existant entre les perceptions quant au soutien social reçu, l'efficacité parentale et l'anxiété parentale.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel Soutien social (<i>Social Support Questionnaire</i>); efficacité parentale (version française du <i>Reece's Parent Expectations Survey</i>).	Perspective écologique du développement humain (Bronfenbrenner et Morris, 1998)	Étude quantitative corrélacionnelle transversale Questionnaire autoadministré 16 semaines après la sortie de l'hôpital Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un premier enfant dans l'un des hôpitaux de la région concernée; 2) parler, comprendre et écrire le français; 3) vivre avec l'autre parent de l'enfant; 4) ne pas avoir eu de problème de santé pendant la période postnatale (mère et enfant). Participants : 160 nouveaux pères et 160 nouvelles mères d'enfants âgés en moyenne de 16 semaines de la région ouest du Québec. L'âge moyen des pères est de 29,9 années et celui des mères est de 27,2.	Le soutien reçu du partenaire est la forme de soutien la plus importante pour les pères et les mères pendant la période postnatale. Les grands-parents maternels jouent également un rôle important. Les professionnels de la santé sont cités comme source importante de soutien. Les proches, amis et collègues de travail ne sont pas considérés comme une source importante de soutien pour les parents. Les analyses multivariées révèlent que le soutien social n'agit pas, pour ces parents, comme un facteur protecteur à l'égard de l'efficacité parentale perçue.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Doucet et al. (2012) <i>Canada et États-Unis</i>	Explorer les besoins et les préférences de femmes atteintes de psychose postpartum et de leurs partenaires en matière de soutien, les façons dont ils perçoivent l'accessibilité aux ressources et les obstacles qu'ils rencontrent.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Il existe différentes formes de soutien social (instrumental, informationnel, émotionnel, affirmationnel) et différentes sources (réseau formel et informel) (Stewart, 2000).	Étude qualitative exploratoire descriptive transversale Entretiens individuels semi-structurés (par téléphone ou en personne) Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) pour les mères, avoir souffert de symptômes psychotiques dans les 4 semaines suivant l'accouchement; 2) avoir obtenu un diagnostic de psychose postpartum par un professionnel; 3) être âgé de 18 ans ou plus au moment du diagnostic; 4) avoir eu ce diagnostic dans les 10 années précédentes; 5) pour les partenaires, avoir eu une relation prolongée avec une mère admissible à l'étude; 6) être âgé de 18 ans au moment du diagnostic de psychose postpartum. Participants : 9 mères ayant vécu un épisode de psychose postpartum dans les 10 dernières années et 7 de leurs partenaires.	Les couples qui expérimentent une psychose postpartum recherchent auprès des professionnels de la santé des informations sur la maladie et son traitement. Tous les participants de l'étude estiment que les groupes de soutien aident à normaliser l'expérience de la psychose et à briser le sentiment d'isolement. Les participants rapportent que le réseau informel de soutien apporte différentes aides pratiques, mais demeure limité dans sa capacité à soutenir le rétablissement par manque de connaissance de la maladie. Les partenaires demeurent réticents à reconnaître leurs propres besoins et à demander de l'aide des professionnels ou de leur réseau informel.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Evans et al. (2012) <i>Canada</i>	Examiner l'importance pour les femmes atteintes de dépression postpartum du soutien reçu à travers les groupes de discussion en ligne et décrire les diverses formes de soutien qui leur sont offertes.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Typologie des formes de soutien social (émotionnel, informationnel et instrumental) (Kalichman, Sikkema, & Somlai, 1996) et modèle de caractérisation du soutien social lors d'une grossesse (Oakley, 1992).	Étude qualitative transversale Analyse de contenu dirigée	Échantillonnage non probabiliste : choix de 11 groupes de discussion jugés pertinents à l'étude; sélection de 512 messages liés à l'expérience postnatale et comportant au moins une phrase complète.	Le soutien social est un enjeu important du processus de rétablissement lors d'une dépression postpartum. Les communautés en ligne permettent aux femmes atteintes de dépression postpartum de créer des liens et de bénéficier de soutien émotionnel, informationnel et instrumental. Les professionnels de la santé doivent développer une meilleure compréhension des bénéfices, des limites et des risques potentiels du soutien apporté par les groupes de soutien en ligne afin de mieux répondre aux besoins des femmes.
Gottlieb et Mendelson (1995) <i>Canada</i>	Examiner la relation entre les humeurs et les dimensions du soutien social durant et après la grossesse. Évaluer l'influence du soutien social avant et après la naissance sur les humeurs de la mère en fonction du niveau de stress et de la période périnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel Humeurs et fatigue (<i>The Profile of Moods Support</i>); soutien social (<i>Norbeck Social Support Questionnaire</i> et questionnaire construit par les auteurs); stress (<i>Stress Checklist</i>).	Le soutien social : a) est multidimensionnel et joue différents rôles dans la modération du stress et des émotions; b) peut agir comme un réducteur de stress ou comme une ressource; c) peut avoir différents effets dépendamment du moment où il est offert.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Questionnaire autoadministré (6 à 10 semaines avant la naissance et 5 à 6 semaines après la naissance) Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être enceinte d'un second enfant. Participant : 50 mères enceintes ayant un premier enfant âgé de 28 à 54 mois; l'âge moyen des mères est de 29 ans.	Les humeurs des mères et la fatigue sont associées au soutien en période prénatale et postnatale. Différents types de soutien réalisent différentes fonctions avant et après la naissance. Le soutien donné aux mères doit correspondre à leurs besoins et sera plus efficace s'il est offert au bon moment.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Haga et al. (2012) <i>Norvège</i>	Explorer comment les mères d'un premier enfant vivent l'expérience de la transition à la maternité afin de mieux comprendre pourquoi certaines mères trouvent cette expérience difficile d'un point de vue émotionnel alors que d'autres la vivent bien.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels semi-structurés Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans la dernière année. Participant : 13 mères d'un premier enfant; l'âge des mères varie de 24 à 44 ans.	Deux façons d'appréhender la maternité émergent des entretiens, l'une est qualifiée de « détendue » et l'autre de « contrôlante ». La façon d'appréhender la maternité a une influence sur la façon dont les mères perçoivent la période postnatale, sur leur besoin de maîtriser la situation et sur la façon de vivre émotionnellement cette période. Le soutien social reçu et la gestion de l'allaitement sont des enjeux importants du sentiment de bien-être ou de dépression en période postnatale.
Hanley et Long (2006) <i>Grande-Bretagne</i>	Examiner l'expérience de dépression postpartum de femmes galloises et questionner la détermination sociale de la dépression postnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Étude de cas fondée sur des entretiens individuels semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir eu un diagnostic de dépression postpartum dans les trois dernières années (n=30); 2) obtenir un score de 12 ou plus sur une échelle de mesure de dépression (EPDS). Participant : 10 mères d'un à 3 enfants ayant eu un diagnostic de dépression postnatale dans les 3 dernières années; l'âge des mères varie de 17 à 33 ans.	Les mères avaient des connaissances limitées des effets de la dépression postpartum avant de devenir enceinte et étaient, au départ, peu enclines à partager leurs sentiments. Les pressions économiques obligent les femmes à retourner travailler, leur laissant ainsi disposer de peu de temps de qualité pour leur bébé et leur famille. Le soutien premier qu'étaient autrefois les grands-mères est désormais absent et les mères doivent se tourner vers les services sociaux et les groupes de soutien volontaires.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Hess et al. (2010) <i>États-Unis</i>	Enquêter auprès des membres d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale afin de connaître les bénéfices associés à cette participation.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Support social informel et semi-formel Caractéristiques et bénéfices des groupes de soutien en ligne (outil adapté d'un mémoire de maîtrise)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale Questionnaire par courriel autoadministré Analyses statistiques et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être membre d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale. Participants : 12 participantes au groupe de soutien en ligne âgées de 19 à 34 ans.	Le groupe de soutien en ligne est une ressource cruciale pour les femmes vivant avec une cardiomyopathie périnatale. Les principaux bénéfices retirés sont les suivants : obtenir et partager de l'information; échanger leurs histoires de vie; se sentir comprises par d'autres femmes et développer de l'espoir face à la maladie.
Hogg et Worth (2009) <i>Grande-Bretagne</i>	Décrire l'expérience des parents de jeunes enfants quant au soutien reçu afin d'orienter le développement des services qui leur sont destinés.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels et collectifs semi-structurés Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être le parent d'un premier enfant; 2) ne pas être suivi par le service de la protection de l'enfance ou avoir un enfant ayant un besoin spécial. Participants : 25 mères et un père (entretiens collectifs) et 9 couples et 9 mères (entretiens individuels) d'enfants âgés d'environ 2 ½ ans.	Les premiers jours de vie de l'enfant semblent être particulièrement problématiques pour les parents. La confiance en soi, l'expérience de soins antérieure à l'égard de jeunes enfants et la présence d'un réseau social sont désignées par les parents comme des conditions essentielles à une transition à la parentalité réussie. L'isolement social est souligné comme l'une des causes principales de difficultés. L'établissement d'un nouveau réseau social apparaît important pour faciliter l'acquisition de nouvelles compétences parentales et accroître le soutien émotionnel.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Kanotra et al. (2007) <i>États-Unis</i>	Identifier et explorer l'éventail de défis auxquels les femmes font face entre 2 et 9 mois après l'accouchement.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Questionnaire autoadministré et questionnaire téléphonique Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste: 366 commentaires portant sur la période postnatale formulés par 324 femmes de 10 états américains qui ont participé à l'étude <i>Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i> (PRAMS). Participantantes : 324 répondantes dont une majorité (53,1 %) est âgée de 25 ans ou plus.	Les principaux thèmes qui émergent selon l'ordre d'importance sont : 1) le besoin de soutien social; 2) les enjeux relatifs à l'allaitement; 3) le manque d'éducation relatif aux soins d'un nouveau-né lors du retour à la maison; 4) le besoin d'aide lors d'une dépression postpartum; 5) le besoin ressenti d'un séjour hospitalier plus long après l'accouchement; 6) le besoin d'une assurance maladie maternelle étendue après l'accouchement.
Kearns et al. (1997) <i>Nouvelle-Zélande</i>	Examiner comment la transition à la maternité peut être problématique pour certaines femmes.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel Dépression maternelle (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>); contacts sociaux et soutien social reçu (7 items de l'échelle « amis » et 4 items de l'échelle « parenté » du <i>Modified Social Adjustment Scale</i>).	Cadre conceptuel combinant des éléments de modèles biomédicaux et psychosociaux cherchant à lier le soutien social, la détresse psychologique et la naissance.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Entretiens individuels et questionnaire autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir fréquenté une classe prénatale dans la région concernée; 2) ne pas avoir eu un enfant né avant terme. Participantantes : 83 femmes, dont 55 % sont primipares et 45 % sont multipares.	Durant la grossesse, un faible soutien social de la part du conjoint est associé à de la détresse vécue en période prénatale. En période postnatale, un manque de soutien social de la part des amis et l'âge de la mère sont également liés à de la détresse. La détresse en période prénatale est aussi associée à de la détresse vécue en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Leahy Warren (2005) <i>Irlande</i>	Explorer la relation entre le soutien social dont bénéficient les jeunes mères et leur confiance en elles concernant les soins à donner à leur enfant et identifier les sources de soutien des jeunes mères en période postnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel Confiance (outil développé par les auteurs); soutien social (questionnaire incluant une échelle de type Likert).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale Questionnaire autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un premier bébé dans l'une des deux maternités du sud de l'Irlande au cours d'une période déterminée. Participant(e)s : 99 mères d'un premier enfant dont 26 % ont entre 27 et 30 ans et 23 % ont entre 18 et 22 ans.	Le soutien de rétroaction et le soutien informationnel sont liés à la confiance des mères dans leur capacité à prendre soin de leur enfant. Les personnes les plus significatives à l'égard du soutien de validation pour les nouvelles mères sont leurs conjoints et leurs mères. Les infirmières et les mères constituent les sources de soutien informationnel des nouvelles mères.
Leahy Warren et al. (2011) <i>Irlande</i>	Examiner la relation entre le soutien social, la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postnatale chez les mères six semaines après l'accouchement.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel Soutien social (questionnaire développé par les auteurs); sentiment d'efficacité maternelle (<i>Perceived Maternal Parental Self-Efficacy</i>); dépression postnatale (<i>Edinburgh postnatal Depression Scale</i>).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale Questionnaire postal autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être la mère d'un premier enfant; 2) être âgée de 18 ans ou plus; 3) avoir eu une grossesse et un accouchement à terme sans complication; 4) ne pas avoir eu une naissance multiple; 5) ne pas avoir eu un bébé hospitalisé; 6) avoir l'anglais comme langue maternelle; 7) être d'origine caucasienne. Participant(e)s : 410 mères dont 33,6 % sont âgées entre 31 et 35 ans et 30,1 % sont âgées entre 27 et 30 ans.	Une relation significative a été trouvée entre les dimensions fonctionnelles du soutien social et la dépression postpartum; entre le soutien social informel et la dépression postpartum; entre la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postpartum et enfin, entre le soutien social informel et l'efficacité maternelle. Les infirmières et les sages-femmes doivent être sensibles à l'importante contribution du soutien social, particulièrement celui provenant de la famille et des amis, à la santé mentale et au bien-être des mères en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Letourneau et al. (2007) <i>Canada</i>	Évaluer les besoins, les ressources, les obstacles et les préférences de mères en situation de dépression postpartum à l'égard du soutien postnatal.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative exploratoire et descriptive transversale Entretiens individuels et entretiens collectifs semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir été affectée par des symptômes de dépression postpartum dans les 2 années précédentes; 2) avoir eu ces symptômes dans les 12 semaines suivant la naissance; 3) avoir eu ces symptômes pendant plus de 2 semaines; 4) avoir eu des symptômes qui affectent sa capacité à prendre soin d'elle-même ou de ses enfants. Participant(e)s : 41 mères (entretiens individuels) et 11 mères (entretiens collectifs); l'âge moyen est de 31 ans.	Plusieurs mères préfèrent bénéficier d'un soutien individuel au moment du diagnostic postnatal. Les groupes de soutien sont préférés par les mères lorsqu'elles commencent à se sentir mieux et se sentent à l'aise d'interagir avec d'autres mères dans un contexte de groupe. Ces préférences en matière de soutien doivent être prises en compte par les organismes publics concertés.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Letourneau et al. (2012) Canada	Décrire l'expérience vécue par les pères dont la conjointe est atteinte de dépression postpartum et identifier leurs besoins et leurs préférences en matière de soutien.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Notion de soutien social proposée par Stewart, Cohen et Wills (1985) qui établit une relation entre les événements stressants qui surviennent, les stratégies d'adaptation adoptées, le bien- être psychologique et le soutien social.	Étude qualitative exploratoire et descriptive transversale Entretiens individuels téléphoniques semi- structurés Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être le conjoint d'une femme ayant expérimenté un épisode de dépression postpartum dans les 10 dernières années; 2) être capable de lire, d'écrire et de parler l'anglais; 3) être âgé de 18 à 59 ans; 4) être en relation continue avec une dyade mère-enfant qui a été affectée par la dépression postpartum; 5) être le père biologique, adoptif ou le beau-père de l'enfant en question. Participants : 40 pères issus de de différentes provinces canadiennes dont l'âge varie entre 23 et 46 ans.	Les pères souhaitent recevoir du soutien social tant du réseau formel (professionnels) que du réseau informel (amis et familles) et estiment que le soutien idéal doit inclure un éventail de sujets, notamment de l'information sur la dépression postpartum et de l'aide concrète sur la façon d'interagir avec leur conjointe. Les pères rapportent que le programme de soutien doit chercher à couvrir l'ensemble des besoins, de la façon la plus accessible et la plus souple possible, compte tenu des fonds disponibles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
MacPherson et al. (2010) <i>Grande- Bretagne</i>	Évaluer si le programme <i>Home-Start</i> répond aux besoins des nouvelles mères, déterminer ce qu'elles apprécient de ce type de soutien semi-formel et identifier les difficultés rencontrées (volet qualitatif d'une étude d'intervention randomisée).	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels semi- structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) fréquenter un centre de soins prénatal; 2) avoir 18 ans ou plus; 3) comprendre et parler l'anglais; 4) vivre en dehors d'une région où le programme <i>Sure Start</i> est offert; 5) obtenir un score de 9 ou plus sur une échelle de défavorisation (faible revenu, famille monoparentale, voisinage défavorisé, sans qualification) (n=527). Participant·es : 55 mères dont 23 ont reçu des visites du programme <i>Home-Start</i> , 13 ont refusé les visites et 19 à qui les visites n'ont pas été proposées.	La plus grande part du soutien reçu par les mères provient de sources informelles telles que la famille ou les amis. Une plus petite part du soutien provient des professionnels. Les mères qui ont participé au programme <i>Home- Start</i> mentionnent en avoir retiré différents bénéfices, dont celui d'avoir reçu de l'aide pratique plutôt que d'avoir eu à en demander aux proches. Les difficultés identifiées au programme par les mères sont liées à son caractère volontaire et à des problèmes administratifs. Les programmes volontaires sont importants pour compléter le soutien informel et formel, mais doivent être l'objet d'une bonne planification.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Moran et al. (1997) États-Unis	Étudier les prédicateurs du désir de recevoir plus d'information à propos de 18 soins personnels et à l'enfant, sept semaines après l'accouchement, chez les femmes primipares et multipares en relation avec les classes prénatales, le séjour écourté à l'hôpital et autres variables.	Besoins non comblés Conditions cognitives de vulnérabilité Soutien social informel Analyse secondaires des données du <i>Statewide Obstetrical Review and Quality System Patient Assessment Survey</i>	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle transversale Questionnaire postal autoadministré ou entrevue téléphonique Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans l'un des trois hôpitaux visés par l'étude; 2) ne pas avoir eu de naissance multiple; 3) ne pas avoir eu un enfant admis au centre intensif de soin néonatal ou transféré à un autre hôpital après la naissance. Participant(e)s : 1 161 femmes (540 primipares et 621 multipares), dont 62 % sont âgées de 25 à 34 ans.	Les trois quarts des femmes auraient souhaité davantage d'information sur au moins un sujet et les plus hauts pourcentages concernent : l'exercice, la diète et la nutrition; s'occuper des autres enfants; reconnaître la maladie chez l'enfant. Les primipares et multipares qui désirent le plus d'information sont âgées de moins de 25 ans et bénéficient d'un soutien social moindre. De plus, les multipares qui font état de besoins d'information non comblés ont un niveau d'éducation plus faible et ont eu un temps de séjour plus court à l'hôpital. L'éducation prénatale reçue n'est pas liée au désir de recevoir plus d'informations en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Negron et al. (2012) <i>États-Unis</i>	Explorer les conditions qui facilitent et qui contraignent le recours à diverses formes de soutien social parmi un groupe diversifié de mères.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens collectifs semi-structurés Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion: 1) avoir participé à une étude d'intervention randomisée sur la dépression postpartum. Participant : 33 mères d'un enfant âgé entre 6 et 12 mois; l'âge moyen des mères est de 31 ans et leur origine ethnique est variée.	Toutes les femmes interrogées ont identifié le soutien instrumental comme une condition essentielle à leur rétablissement physique et émotionnel pendant la période postnatale. Un soutien de la part du partenaire et de la famille est souhaité par les mères et devrait être accordé, selon les mères, sans avoir besoin d'en faire la demande. Des différences existent entre différents groupes ethniques quant au soutien reçu du réseau social environnant. Les attentes des mères quant au soutien social pourraient avoir un impact sur leur capacité à mobiliser ce soutien. Identifier les besoins de soutien et les attentes des mères à cet égard est important afin d'assurer le rétablissement des mères après l'accouchement.
O'Connor (2001) <i>Irlande</i>	Examiner les effets d'un programme communautaire de soutien postnatal à partir des perceptions des mères qui en ont bénéficié et des femmes qui ont contribué à sa réalisation.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales, cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude mixte transversale Entretiens individuels semi-structurés	Échantillonnage aléatoire simple Critères d'inclusion: 1) avoir reçu au minimum trois visites dans le cadre du programme communautaire évalué (mères qui ont bénéficié). Échantillonnage non probabiliste volontaire. Critères d'inclusion: 1) avoir contribué à la réalisation du programme (femmes qui y ont contribué). Participant : 26 mères qui ont bénéficié du programme et 26 femmes qui y ont contribué.	Le programme est un succès en termes d'impacts perçus sur les femmes qui y contribuent et celles qui en bénéficient parce qu'il procure du soutien et permet de renforcer les liens entre la communauté et les acteurs du secteur volontaire. Cependant, le développement d'un volontariat rémunéré qui perpétue la dépendance économique des femmes entraîne certains questionnements quant à la dévaluation du travail des femmes.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
O'Reilly (2004) <i>États-Unis</i>	Décrire l'expérience d'être mère pour la seconde fois à partir du point de vue des mères.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative phénoménologique transversale Entretiens individuels semi- structurés Méthode phénoménologique de Colaizzi (1978)	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être marié; 2) avoir un second enfant âgé entre 6 et 24 mois du même conjoint que le premier; 3) parler l'anglais. Participant : 10 mères d'un second enfant; l'âge des mères varie de 26 à 44 ans.	Les mères considèrent généralement de façon positive l'arrivée d'un second enfant malgré les efforts nécessaires pour en arriver à répondre aux besoins des deux enfants. Sept thèmes communs émergent des entretiens : a) balancer les éléments positifs et négatifs des premières semaines; b) savoir à quoi s'attendre; c) établir une nouvelle routine; d) maintenir la relation maritale; e) prendre une pause; f) rechercher du soutien; g) nourrir les relations entre les membres de la famille.
Phillips et Pitt (2011) <i>Nouvelle- Zélande</i>	Explorer ce qui fait une différence dans le processus de rétablissement de mères vivant une détresse postpartum à partir de leur propre point de vue.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Questionnaire autoadministré et entretiens individuels semi- structurés Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel Critères d'inclusion : 1) avoir répondu à un questionnaire adressé aux femmes ayant utilisé les services d'un centre maternel de santé mentale depuis ses débuts en 2001 à l'exclusion de celles ayant utilisé les services dans les 12 mois précédents (n=25); 2) avoir été sélectionnée au hasard parmi celles ayant répondu au questionnaire. Participant : 6 mères	Les femmes qui ont participé à l'étude disent avoir retiré des bénéfices du soutien individuel et collectif qui leur a été accordé tout au long de leur médication, mais l'élément qui a été crucial dans leur rétablissement a été le soutien reçu des membres de leur famille et de leurs amis. Alors que domine le discours fondé sur les évidences scientifiques, ces femmes nous apprennent que c'est un soutien sans jugement (inconditionnel) qui les a aidées à se rétablir. Lorsque les femmes n'ont pas accès à un tel type de soutien de la part de leur famille, de leurs amis ou de professionnels, le processus de rétablissement est entravé.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Razurel et al. (2011) Suisse	Étudier les événements perçus comme potentiellement stressants par les mères primipares pendant la période postnatale, le soutien social dont elles bénéficient et les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour faire face aux difficultés rencontrées.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un premier enfant à l'unité maternelle de l'hôpital universitaire de Genève entre octobre 2006 et mars 2007 après au moins 37 semaines de gestation; 2) avoir eu une grossesse normale sans pathologie ou hospitalisation; 3) parler français (n=68). Participant(e)s : 60 femmes d'un premier enfant âgé de six semaines; l'âge moyen des mères est de 31 ans.	Les interactions avec les professionnels des soins constituent une source importante de stress pour les mères au début de la période postnatale. Lors du retour à la maison, le conjoint est considéré comme la source première de soutien social, mais le premier besoin exprimé est celui de soutien matériel. L'allaitement est perçu négativement par les mères et il est possible que ce soit dû à l'écart entre les problèmes rencontrés et l'idéal espéré. Les informations transmises par le personnel médical en période prénatale ne sont pas mises en pratique par les mères en période postnatale. Les mères expriment le besoin d'être accompagnées et conseillées lorsque les problèmes surviennent et regrettent l'absence de soutien postpartum à long terme.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Singer et al. (1996) États-Unis	Étudier la détresse psychologique maternelle, les perceptions quant au soutien social reçu et le stress associé à la parentalité après la naissance d'un enfant de très petit poids.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel Soutien social et conjugal reçu par la mère (<i>Social Isolation</i> et échelle <i>Relationship with Spouse</i> du questionnaire <i>Parenting Stress Index</i>); détresse psychologique (mesure globale dérivée de l'échelle <i>General Severity Index</i> du questionnaire <i>Brief Symptom Inventory</i>).	Cadre conceptuel inspiré de Cohen et Will (1985) qui relie la situation de risque reliée à la naissance d'un bébé de petit poids, le soutien social, le sentiment de compétence et la détresse postpartum.	Étude quantitative corrélationnelle transversale Questionnaires autoadministrés Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant de petit poids souffrant de dysphasie bronchopulmonaire du prématuré; ou avoir donné naissance à un enfant prématuré de très petit poids ne souffrant pas de dysphasie bronchopulmonaire; ou avoir donné naissance à un enfant à terme; 2) ne pas avoir consommé de drogue durant la grossesse; 3) ne pas souffrir d'un handicap mental ou d'un problème de santé mentale. Participant(e)s : 193 mères réparties en 3 groupes : 63 mères d'un enfant de petit poids ayant développé la dysphasie bronchopulmonaire; 32 mères d'un enfant de petit poids n'ayant pas développé la dysphasie bronchopulmonaire; 98 mères d'un enfant en santé et à terme.	Comparativement aux mères d'enfants nés à terme, les mères d'enfants de très petit poids ont une incidence plus élevée de détresse psychologique durant la période néonatale, mais ne diffèrent pas quant à leurs perceptions relatives à leur capacité à remplir leur rôle parental, leurs compétences parentales ou leur soutien social. Un soutien social plus faible prédit un niveau plus élevé de stress, mais seulement pour les mères d'un enfant de très petit poids. Les mères ayant un sentiment de compétence parentale faible, mais qui bénéficient d'un bon soutien par leur conjoint, rapportent des niveaux de stress plus faibles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Svensson et al. (2006) <i>Australie</i>	Explorer les préoccupations et les intérêts de futurs parents et de nouveaux parents et leur transformation au cours de la première année de vie de l'enfant. Vérifier quels sont les processus d'apprentissage qui conviennent le mieux aux parents afin d'ajuster les programmes prénataux en ce sens.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative longitudinale Entretiens de couples, entretiens collectifs, observations participantes et questionnaires Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) futurs parents ou nouveaux parents d'un premier bébé. Participants : 205 femmes et leurs partenaires dont l'âge varie de 26 à 34 ans.	Les préoccupations et intérêts des futurs parents et des nouveaux parents d'un premier bébé peuvent être regroupés sous 5 grands thèmes : 1) la perception d'un accomplissement ou d'un échec; 2) la prise de risque; 3) vivre dans des « montagnes russes » émotionnelles ; 4) le besoin de savoir ce qui est normal; 5) le besoin d'aide pour « bien performer » en tant que parents.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Wilkins (2006) Grande- Bretagne	Comprendre l'expérience des nouvelles mères dans les premières semaines suivant l'accouchement afin d'identifier les formes de soutien qu'elles valorisent au cours de cette période d'adaptation à la maternité.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale par théorisation ancrée Entretiens individuels semi- structurés Méthode de comparaison constante	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance par voie vaginale à un premier bébé; 2) être retournée à la maison avec un bébé en santé; 3) parler l'anglais; 4) être âgée de 18 ans ou plus. Participant.es : 8 nouvelles mères âgées de 20 à 39 ans d'un enfant d'environ 6 semaines.	Cinq catégories (« d'expert à novice »; « la perte de contact »; « percevoir l'expertise »; « restaurer un équilibre »; « la vie reprend son cours ») révèlent la trajectoire parcourue par les femmes lorsqu'elles délaissent une vie contrôlée et confortable dans lesquelles elles sont expertes, pour le monde inconnu de la maternité. Éventuellement, la pratique concrète de la maternité, le soutien reçu et les connaissances partagées avec d'autres mères vont faciliter le développement des compétences maternelles. Au cours de cette transition, la préoccupation centrale des mères est de développer la confiance et les habiletés leur permettant d'offrir des soins optimaux à leur nouveau-né. « Bien faire » émerge alors comme catégorie centrale.

