

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Expérience des femmes à l'égard des pratiques en santé mentale et bien être dans les services de
santé périnataux

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (3168)

PAR

ARIANE RATTÉ

SOUS LA DIRECTION DE

GENEVIÈVE PICHÉ, Ph.D.

JUIN 2025

Résumé

Introduction : La période périnatale est une étape d'importants changements et défis physiques, psychologiques et sociaux pour les femmes pouvant créer des difficultés de santé mentale. Diverses actions peuvent être mises en place par les professionnels qui œuvrent dans les services de santé périnataux auprès des femmes pour soutenir leur santé mentale, entre autres, en approche de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles de santé mentale.

Méthodologie : La présente étude vise à décrire la perception des femmes sur le soutien reçu et souhaité dans les services de santé périnataux sous une approche de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été effectuées auprès de 9 femmes ayant accouché dans la dernière année. Une analyse thématique des verbatims d'entrevues a été réalisée.

Résultats : Les participantes ont rapporté la perception positive de la réponse aux besoins de santé physique. Certaines limites sont rapportées en lien avec les cibles d'interventions, l'organisation des services ainsi que face à la liberté de faire des choix. Elles rapportent peu d'efforts ou de pratiques de prévention de la santé mentale de la part des professionnels consultés et soulignent plusieurs obstacles dans les actions de prévention. Enfin, elles ont souligné le souhait d'avoir davantage de soutien psychosocial qui considère les besoins spécifiques des femmes.

Discussion : Cette étude met en lumière le vécu des participantes concernant les pratiques entourant la santé mentale dans les services de santé périnataux, révélant ainsi un écart entre le soutien actuellement offert et celui souhaité. Elle souligne le besoin pressant de mobiliser davantage de ressources pour soutenir efficacement la santé mentale et le bien-être des femmes durant la période périnatale. Plusieurs recommandations issues des témoignages des participantes

sont présentées, offrant des pistes concrètes pour améliorer les services et mieux répondre aux besoins exprimés.

Abstract

Introduction: The perinatal period is a time of significant physical, psychological, and social changes and challenges for women, which can lead to mental health difficulties. Various actions can be implemented by professionals working in perinatal health services to support mental health, particularly through approaches focused on mental health promotion and the prevention of mental health disorders.

Methodology: This study aims to describe women's perceptions of the support received and desired within perinatal health services, using a mental health promotion and prevention approach. Semi-structured individual interviews were conducted with nine women who had given birth within the past year. A thematic analysis of the interview transcripts was performed.

Results: Participants reported a positive perception of how their physical health needs were addressed. However, they identified certain limitations related to intervention targets, service organization, and the freedom to make choices. They noted a lack of preventive mental health efforts or practices from the professionals they consulted and highlighted several obstacles to prevention initiatives. Finally, they expressed a desire for greater psychosocial support that considers the specific needs of women.

Discussion: This study sheds light on the participants' experiences regarding practices related to mental health within perinatal health services, revealing a significant gap between the support provided and the support desired. It highlights the need to mobilize more resources to effectively support mental health and perinatal well-being. Several recommendations are presented, offering concrete avenues to improve services and better meet the expressed needs of women.

Remerciements

Plusieurs personnes sont dans mon cœur au moment où j'écris ces lignes. Premièrement, un énorme merci à Geneviève Piché, ma directrice de mémoire, pour son soutien, ses encouragements et son suivi auprès de moi tout au long de ce processus. Également, je tiens à noter ma reconnaissance envers elle, envers son ouverture lorsqu'on s'est rencontré au départ, que j'étais encore une étudiante de baccalauréat avec une idée en tête, un projet vague, une motivation à partir un projet de recherche à partir d'un intérêt pour la périnatalité et la santé mentale. Merci, Geneviève, d'avoir cru en moi, d'avoir nourri mon projet, et ma passion pour la périnatalité.

Deuxièmement, un merci tout spécial à mes anciennes collègues de Nourri-Source Laurentides. Mon passage auprès de vous a changé mon parcours professionnel, mais aussi m'a inspiré ce projet. Merci d'avoir partagé votre passion avec moi, merci pour tous ces beaux projets au cours des dernières années.

Également, merci aux femmes inspirantes qui ont participé au projet. Merci d'avoir démontré autant d'intérêt pour le sujet, d'avoir partagé votre vécu avec moi. Je suis choyée d'avoir pu vous écouter. Merci de m'avoir fait confiance pour raconter votre histoire. Ce fut un véritable honneur.

Enfin, merci à mon conjoint Jérémie Comtois et à ma famille pour vos encouragements et votre soutien à travers les étapes de ce projet. Merci à mes enfants, qui sont ma source de motivation et d'énergie quotidienne !

Table des matières

Introduction.....	9
Chapitre 1. Cadre théorique	12
1.2. Approches de promotion et de prévention.....	16
1.2.1. Continuum de promotion et prévention	16
1.2.2. Ligne directrice en contexte périnatal.....	19
1.2.3 Promotion de la santé en contexte périnatal.....	19
1.2.4. Prévention des troubles de santé mentale en contexte périnatal.	22
Chapitre 2. Recension des écrits	26
2.1. Stratégie de recherche documentaire.....	27
2.2. Résultats de la recension.....	28
2.2.1. État des pratiques de promotion et prévention dans les services périnataux.....	29
2.2.2. Perception des professionnels de la santé concernant les pratiques déployées.....	29
2.2.3. Obstacles perçus à la promotion et prévention de la santé mentale dans les services périnataux selon la perception des professionnels de la santé	31
2.2.4. Perception des femmes concernant les pratiques déployées	33
2.2.5. Perception des femmes concernant les obstacles	34
2.3.3. Conclusion de la recension des écrits	36
2.3.4. Objectifs de recherche.....	37
Chapitre 3. Méthodologie.....	39
3.1. Posture et devis de recherche.....	40
3.2. Considérations éthiques.....	41
3.3. Recrutement et description des participants	41

3.4.	Procédures et collecte de données	43
3.5.	Analyse des données	44
3.6.	Déclaration de réflexivité	45
Chapitre 4. Résultats		47
4.1.	Promotion de la santé.....	48
4.1.1.	Perception positive de la réponse aux besoins de santé physique	48
4.1.2.	Interventions qui ciblent la santé physique, la santé du bébé et l'allaitement : « Il y a quoi pour moi? (Participante 3) ».....	49
4.1.3.	Organisation des services « C'est expéditif (Participante 6) ».....	51
4.1.4.	Liberté de choisir : « C'était tellement pro allaitement que j'étais pas à l'aise de dire non (participante 2) ».....	51
4.2.	Prévention des troubles de santé mentale	53
4.2.1.	Dépistage : « Comment ça va, genre santé mentale, je ne pense pas (participante 1) »	53
4.2.2.	Critère de vulnérabilité et vulnérabilité réelle : « Peut-être qu'ils sentaient qu'on n'était pas une famille vulnérable (Participante 2) ».....	54
4.2.3.	Perception de la disponibilité du soutien : « Tu veux pas déranger (Participante 1) ».....	55
4.2.4.	Occasion manquée pour prévenir les difficultés et promouvoir la santé : « Il avait tendance à minimiser (Participante 4) ».....	56
4.2.5.	Faible soutien, peu de référence : « Elle ne m'a pas proposé de ressources en santé mentale ou demandé comment ça va (Participante 5) ».....	56
4.2.6.	Orientation vers les services de santé mentale adulte : « Je n'étais pas prise en charge (Participante 6) »	57
4.3.	Perception du soutien souhaité.....	59
4.3.1.	Environnement souhaité : « Ça manque beaucoup d'intervenants sociaux (Participante 2) »... 59	

4.3.2.	Repenser nos façons de faire : « Voir avec la mère, le besoin d'aide (Participante 6) »..	60
4.3.3.	Approche souhaitée : « Investir dans la promotion et la prévention au lieu de l'intervention (Participante 8) ».	60
4.3.4.	Répondre aux besoins spécifiques à la mère « Ne pas rester juste sur la ligne directrice (Participante 2) ».	61
Chapitre 5. Discussion		63
5.1.	Promotion de la santé	64
5.2.	Prévention des troubles de santé mentale	66
5.3.	Soutien souhaité	70
5.4.	Recommandation pour la pratique.....	74
5.4.1.	Place de la psychoéducation.....	76
5.5.	Forces et limites de l'étude.....	78
Conclusion		81
Références.....		82
Annexe 1		91
Formulaire de consentement		91
Annexe 2		98
Annexe 3		100
Annexe 4		103

Introduction

Au Québec, on dénombre environ 80 700 naissances en 2022 (INSPQ, 2023). Derrière chacune de ces naissances se trouve une femme, mère pour la première fois ou mère d'un nouvel enfant. La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an (Observatoire des tous petits, 2021). Cette période, incluant donc le moment de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum, est une étape de vie où les femmes vivent d'importants changements physiques, émotionnels et sociaux (Tully et al., 2017). De manière générale, la naissance du premier enfant amène généralement chez la mère un sentiment élevé de satisfaction au sujet de la vie et une augmentation du bien-être (Bassi et al., 2017), et ainsi une santé mentale davantage épanouie. En revanche, en cas de complications imprévues lors de l'accouchement, le sentiment de satisfaction au sujet de la vie et aux soins de santé peut être altéré (Britton, 2012), pouvant limiter l'épanouissement. La période périnatale peut engendrer, pour certaines femmes, des difficultés à prendre soin d'elles-mêmes allant jusqu'à leurs besoins de base tels que dormir, se nourrir et se laver, afin de répondre aux besoins de leurs enfants (Fahey & Shenassa, 2013). Ces difficultés peuvent influencer leur santé à court et à long terme, leur capacité parentale et le bien-être de l'enfant (Walker et al., 2018). Durant cette étape de vie, les mères sont également plus à risque d'avoir une moins bonne santé mentale et de développer des difficultés de santé mentale (Fahey et Shenassa, 2013), telles que l'anxiété et la dépression.

Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon de 652 femmes canadiennes au cours de leur troisième trimestre de grossesse, Da Costa et al. (2018) rapportent que 20.1% des participantes ont consulté différents professionnels pour des symptômes de difficultés émotionnelles. Jusqu'à 20% des nouvelles mères souffriraient de troubles de santé mentale

(Womersley et Alderson, 2024). Par ailleurs, certaines femmes peuvent présenter des difficultés et souffrir de symptômes associés aux troubles de santé mentale sans atteindre un seuil clinique significatif, mais tout de même nécessiter du soutien. Selon une enquête sur la santé mentale des femmes au Canada, 23% des femmes rapportent présenter des symptômes pouvant s'apparenter à la dépression ou l'anxiété postpartum et 33% des femmes se disent inquiètes au sujet de leurs émotions et leur santé mentale (Statistique Canada, 2019).

Ainsi, dans le but d'accompagner les femmes durant cette période, au Québec, les services de santé périnataux débutent dès 12 semaines de grossesse. Ils incluent des suivis de grossesse, des rencontres prénatales de groupes, un suivi postnatal ainsi qu'un suivi de l'enfant à long terme (INSPQ, 2018). Selon une étude menée auprès de 561 femmes canadiennes, les participantes ont été accompagnées durant leur grossesse et leur accouchement par divers professionnels de la santé : obstétriciens (56,9%), médecins de famille (26,6%), infirmières praticiennes (9.1%), sage-femme (3.2%), autre (2,2%) ou une infirmière (2%) (Dol, et al., 2022). Par ailleurs, afin d'assurer un suivi et de transmettre les enseignements nécessaires, des suivis postnataux sont prévus après l'accouchement, soit un appel téléphonique dans les 24 heures et une rencontre à domicile 24 à 72 heures suivant le départ du lieu de naissance (Roberge et Motard-Bélanger, 2024).

Néanmoins, dans l'étude de Da Costa et al. (2018), seulement 2,1% et 9,7% des mères auraient respectivement parlé de leurs difficultés avec leur obstétricien ou leur médecin de famille, la plupart ayant plutôt discuté de ces enjeux avec un autre type de professionnel. En outre, 17,6% des participantes déclarent avoir eu, au cours de la dernière année, des besoins de soutien non répondu pour leur santé mentale (Da Costa et al., 2018).

Compte tenu de l'intensité de soins offerts par les services de santé périnataux, diverses actions peuvent être mises en place par les professionnels des services de santé périnataux pour soutenir la santé mentale des femmes. Ces actions de soutien passent notamment par des approches de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles de santé mentale, dont il sera question au Chapitre 1.

Ce mémoire porte sur les actions de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale dans les services de santé périnataux. Il s'intéresse plus particulièrement à la perception qu'ont les femmes du soutien reçu à travers ces approches, ainsi qu'au soutien qu'elles auraient souhaité recevoir. L'étude vise à offrir un espace d'expression aux femmes, afin de reconnaître leurs besoins au sein des services.

En recueillant ces perceptions, cette étude vise non seulement d'évaluer la perception du soutien périnatal, mais aussi de réfléchir à des manières d'agir concrètement pour améliorer l'expérience des femmes, favoriser l'équité des services et renforcer l'efficacité du système de santé. Les retours subjectifs des participantes ont ainsi la possibilité de devenir des leviers tangibles d'amélioration.

Le premier chapitre du mémoire abordera le cadre théorique. Ensuite, le deuxième chapitre présentera une recension des écrits sur les approches de promotion de la santé, de prévention des troubles de santé mentale et les pratiques en vigueur dans les services de santé périnataux. Le troisième chapitre décrira la méthodologie retenue pour répondre aux questions de recherche et le quatrième chapitre présentera les résultats de l'étude. Enfin, le cinquième chapitre proposera une discussion des résultats ainsi que des recommandations pour la pratique.

Chapitre 1. Cadre théorique

Tel qu'indiqué précédemment, il semble exister un écart entre les besoins en santé mentale des femmes en période périnatale et les interventions offertes dans les services périnataux. L'analyse de cet écart nécessite un cadre conceptuel qui dépasse une vision centrée uniquement sur la présence ou l'absence de symptômes. Le modèle des deux continuums de Keyes, ainsi que les approches de promotion de la santé et de prévention des troubles, permettent précisément d'aborder la santé mentale périnatale de manière intégrative. Ces perspectives rendent possible d'examiner à la fois la vulnérabilité aux troubles et le potentiel d'épanouissement, ce qui offre un éclairage nuancé pour comprendre les expériences des femmes et pour évaluer la pertinence des services actuels. Ainsi, la section suivante définira les concepts clés de ces approches, notamment la santé mentale et la santé mentale positive. Elle présentera également les principales stratégies de promotion et de prévention applicables au contexte périnatal et en plus de présenter les recommandations pratiques pour intégrer ces approches qui devrait être présentes dans les parcours de soins.

En mobilisant ces concepts, l'étude cherche à mieux cerner dans quelle mesure les services périnataux répondent non seulement aux besoins liés à la prévention des difficultés psychologiques, mais également à la promotion d'un bien-être plus global. Le recours à ce cadre théorique permettra donc de relier directement la question de recherche — portant sur la pertinence et l'efficacité perçue des services par les femmes — avec les approches mises en avant par la politique publique actuelle.

1.1. Modèle des deux continuums de Keyes

Le concept de santé mentale est défini, selon Keyes (2013), par deux axes : celui des troubles de santé mentale et celui de la santé mentale positive. D'abord, le premier axe est un continuum qui situe la santé mentale d'un individu, allant de bonne à mauvaise, en fonction de la présence

de symptômes associés aux troubles mentaux. Ensuite, le deuxième axe de la santé mentale correspond à la santé mentale positive. Ce concept s'observe sur un continuum allant d'un état marqué par un repli sur soi, associé à une santé mentale positive moindre, jusqu'à l'épanouissement, caractérisé par une bonne santé mentale positive. La santé mentale positive réfère au bien-être ressenti par la personne ainsi qu'à son fonctionnement dans les différentes sphères de sa vie (Julien et Bordeleau, 2021). Cette définition inclut le courant de pensée hédonique ainsi que le courant de pensée eudémonique, comme présenté par Keyes (2013) pour définir la santé mentale positive.

D'une part, le courant hédonique définit le bien-être et la santé mentale positive comme un état de satisfaction et de bien-être subjectif, permettant de jongler avec les affects positifs et négatifs de la vie. D'autre part, le courant eudémonique s'intéresse aux capacités requises pour atteindre un fonctionnement personnel et social optimal (Keyes, 2013). Ainsi, la santé mentale positive, telle que représentée par le courant hédonique et eudémonique, inclut le concept de bien-être, qui est parfois utilisé pour représenter la santé mentale positive dans certains écrits.

Donc, le bien-être se caractérise par trois dimensions soit :

le bien-être émotionnel (relatif au sentiment de bonheur et de satisfaction envers la vie), le bien-être psychologique (relatif au fonctionnement cognitif et en termes de réalisation de soi), et le bien-être social (relatif au fonctionnement en termes de relations interpersonnelles significatives et au rapport à la communauté et à la société) (Lebrun-Paré et al., 2023, p.8).

Bien qu'ils soient distincts, les axes des troubles de santé mentale et de la santé mentale positive s'influencent mutuellement (Lebrun-Paré et al., 2023). Varin et al. (2020) ont observé,

dans une cohorte de 6558 femmes canadiennes, que les femmes en période périnatale ne présentant pas symptômes de dépression postpartum ou d'anxiété avaient plus de chances de rapporter une satisfaction élevée face à la vie, une bonne santé mentale auto rapportée et un fort sentiment d'appartenance à leur communauté, qui sont des éléments associés à une bonne santé mentale positive. Par ailleurs, celles qui sont épanouies, caractérisées par une bonne santé mentale positive, rapportent une meilleure santé mentale que celles qui sont davantage repliées sur elles-mêmes, caractérisées par une santé mentale positive moindre (Varin et al., 2020). En effet, l'état de repli sur soi se manifeste par un fonctionnement social et personnel diminué, en plus d'un état subjectif de satisfaction à la vie et de bien-être limité qui, à son tour, influence également l'axe des troubles de santé mentale.

De plus, il convient de différencier l'absence de symptômes associés aux troubles mentaux de la présence d'une santé mentale positive saine. En effet, Monteiro et al. (2021) se sont intéressés aux facteurs favorisant la santé mentale positive ainsi qu'aux facteurs associés à l'absence de symptômes dépressifs chez les femmes en contexte périnatal. Dans une cohorte de 661 femmes, ces auteurs (Monteiro et al., 2021) ont constaté que le jeune âge de l'enfant et la proximité de la date d'accouchement, ainsi que la résilience et la confiance maternelle augmentaient les chances pour la femme d'être épanouie et de présenter une bonne santé mentale positive. À l'inverse, les facteurs associés à l'absence de symptômes dépressifs incluent un statut socioéconomique plus élevé, une perception du tempérament de l'enfant plus facile et une flexibilité psychologique (Monteiro et al., 2021).

On peut ainsi observer que les facteurs permettant de réduire la présence de symptômes dépressifs ne contribuent pas nécessairement à favoriser la santé mentale positive. Bien que l'étude présente certaines limites, notamment en n'éclaircissant pas la manière dont ces facteurs

s'influencent mutuellement, il demeure intéressant de constater les nuances entre les concepts de santé mentale positive et de troubles mentaux, ainsi que les éventuelles différences dans les cibles d'interventions associées à ces deux approches.

Enfin, plusieurs travaux se sont penchés sur les troubles mentaux, alors que la santé mentale positive est moins étudiée (Julien et Bordeleau, 2021). Selon Keyes (2013), un biais est présent au sein de la recherche et des actions publiques, lié à l'allocation des ressources qui ciblent principalement les troubles de santé mentale. De ce fait, l'exploitation du concept de santé mentale positive et le déploiement complet des interventions possibles dans ce domaine est limité. En effet, la santé mentale positive joue un rôle important dans l'état de santé mentale d'une personne et de la population. Ainsi, ce modèle contribue à situer la santé mentale des femmes périnatales sur deux plans complémentaires : la réduction des symptômes et le développement d'un épanouissement global.

1.2. Approches de promotion et de prévention

Il existe diverses approches pour aborder un enjeu de santé. Au cours de prochains paragraphes, la promotion et prévention des troubles de santé seront présentées.

1.2.1. Continuum de promotion et prévention

Selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), la promotion de la santé est un processus qui permet à la population d'exercer un meilleur contrôle de leur santé, en tentant d'agir de manière systémique sur les déterminants sociaux de la santé. Cette approche met en relief l'importance de l'éducation sur la santé et la promotion des saines habitudes de vie, ainsi que l'accès à des services de santé de qualité. Par ailleurs, l'éducation sur la santé et les saines habitudes de vie peut se traduire, entre autres, par des actions visant à enseigner des comportements favorables à

la santé, par des campagnes de sensibilisation sur les difficultés courantes et par l'accès à des informations valides sur la santé.

La promotion de la santé vise à améliorer l'état de santé à travers une approche environnementale et non uniquement en ciblant la maladie ou sur l'absence de symptômes (Brisson, 2014). En effet, le bien-être, les capacités d'adaptation et le fonctionnement de la personne à son plein potentiel font partie intégrante de la définition de la santé sous cette approche (Fahey et Shenassa, 2013). Ainsi, la promotion de la santé vise à favoriser les aspects positifs de la santé, tel que la santé mentale positive présenté précédemment par le modèle de Keyes (2013).

Également, plus précisément en lien avec la santé mentale, la promotion de la santé mentale positive permet non seulement de favoriser le bien-être personnel, mais contribue également à créer des environnements favorables à la santé, ce qui en retour, favorise la santé dans l'ensemble de la société (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024). Un environnement favorable à la santé se définit comme un milieu « physique, économique, politique et socioculturel qui présentent des caractéristiques propices à la santé physique, mentale et psychosociale et qui rendent les choix favorables à la santé plus facile et plus accessibles » (Paquette et al., 2018, p.19).

En complément de l'approche de promotion de la santé, la prévention des troubles de santé mentale repose sur des actions de sensibilisation, la détection des critères de vulnérabilité et le dépistage. Son objectif est non seulement de prévenir des difficultés, mais également de cibler les personnes les plus à risque de développer certaines problématiques et afin d'éviter la dégradation de leur état (Brisson, 2014). Ainsi, certaines actions de prévention peuvent être de nature universelle, tandis que d'autres plus ciblées pour des populations plus à risque ou

présentant des facteurs de vulnérabilité, tel que défini par l'universalisme proportionné (Poissant, 2014).

Ce principe repose sur l'idée que les interventions doivent être accessibles à tous, mais que leur intensité et leur forme doivent varier selon les besoins spécifiques des individus ou des groupes. L'universalisme proportionné permet ainsi de réduire les inégalités sociales de santé sans stigmatiser les populations vulnérables (Poissant, 2014). Par exemple, dans le contexte périnatal, toutes les femmes peuvent bénéficier d'un suivi de grossesse standard, mais celles vivant en situation de précarité, d'isolement ou ayant des antécédents de santé mentale peuvent recevoir un accompagnement renforcé, tel que des visites à domicile, un soutien psychosocial ou des services communautaires adaptés (Roberge et Motard-Bélanger, 2024).

Ce modèle d'intervention est soutenu par les travaux de Marmot (2010), qui souligne que pour améliorer la santé de la population dans son ensemble, il faut agir sur l'ensemble du gradient social, qui signifie que la santé s'améliore progressivement à mesure que le statut socioéconomique augmente. Ainsi, ce modèle sous-tend également, tel que l'approche de promotion de la santé, d'intervenir de manière systémique sur les déterminants sociaux de la santé. Il est également repris dans les orientations de santé publique du Québec, notamment par l'INSPQ (2020), qui recommande l'adoption de ce principe dans les services périnataux afin de mieux répondre aux besoins diversifiés des familles et de favoriser l'équité.

Ainsi, ce continuum de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale et leurs concepts sous-jacents présentés ci-haut, rejoint directement la perspective de Keyes (2013) qui sous-tend que la promotion et la prévention s'articulent comme deux leviers complémentaires : l'un encourageant la progression sur l'axe de la santé mentale positive, l'autre

limitant la progression sur l'axe des troubles mentaux. Ensemble, ils permettent d'analyser la pertinence des stratégies de soins périnataux sous un angle intégratif.

1.2.2. Ligne directrice en contexte périnatal

Dans cette perspective, le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024) adopte une approche globale de la santé en définissant la santé mentale de façon à intégrer les aspects de la santé mentale positive et en soulignant l'importance des environnements favorables ainsi que le rôle des professionnels de la santé dans le soutien auprès des parents. Il recommande d'offrir des services visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles de santé mentale. Dans les prochaines sous-sections, des exemples de pistes d'actions qui découlent de cette vision globale de la santé au sein des services de santé périnataux seront mis en évidence.

1.2.3 Promotion de la santé en contexte périnatal

Au Québec, selon le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), les professionnels de la santé devraient « diffuser des outils pour favoriser le bien-être des parents et la promotion d'une santé mentale positive en période périnatale et faire connaître aux parents les ressources d'aide et de soutien en matière de santé mentale » (p.19). Les approches de promotion et de prévention y sont promues en recommandant « d'investir les sommes nécessaires dans la poursuite des interventions de prévention et de promotion » (Roberge et Motard-Bélanger, 2024, p.58). Afin de documenter ces pratiques, des outils de surveillance pour évaluer l'implantation au sein du milieu de santé devraient être mis en place (Lebrun-Paré et al., 2023).

Recommandant également des actions de promotion de la santé en contexte périnatal, le modèle de la promotion de la santé périnatale (Fahey et Shenassa, 2013) permet de mieux comprendre les besoins des femmes en contexte périnatal, et propose des recommandations pour promouvoir leur santé. Il identifie sept éléments clés à promouvoir auprès des femmes afin de favoriser une santé périnatale optimale : la récupération physique, la capacité à répondre à ses besoins, la réalisation dans son rôle de mère, la mobilisation du soutien social, l'auto-efficacité, les attentes réalistes et les capacités adaptatives. Diverses actions, décrites dans les prochains paragraphes, peuvent être mises en place par les professionnels de la santé pour soutenir ces éléments clés.

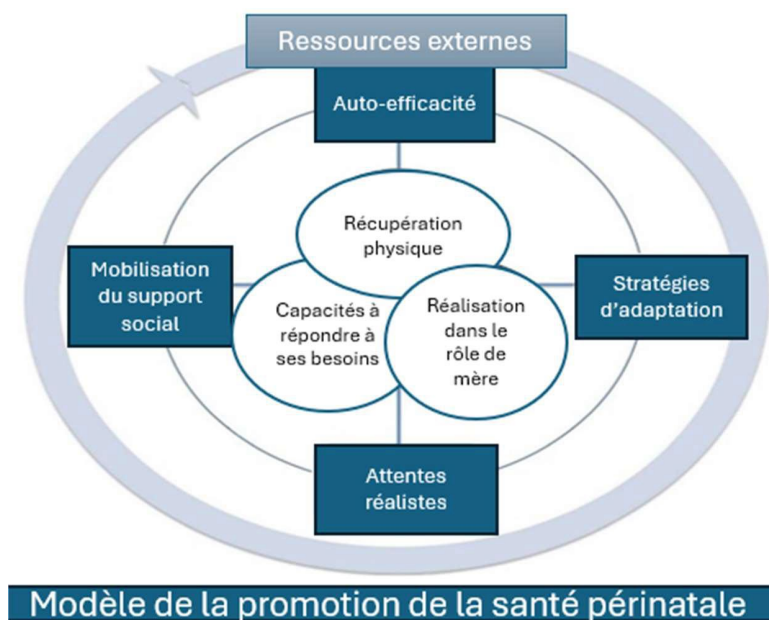
Afin de favoriser la santé physique, dans le cadre d'une approche de promotion de la santé, il convient de privilégier des interventions visant à renforcer la connaissance des services disponibles en santé périnatale, permettant ainsi aux femmes de mobiliser le soutien lorsque nécessaire (Fahey et Shenassa, 2013). Les services de santé périnataux devraient inclure l'éducation entre autres à propos de l'allaitement, des vaccins, de la santé mentale et des saines habitudes de vie. (Sacks et al., 2022). Par ailleurs, les professionnels de la santé devraient souligner à la mère l'importance de prendre soin d'elle et de répondre à ses besoins, afin d'être en mesure de répondre aux besoins de la famille (Fahey et Shenassa, 2013).

De plus, il est recommandé que les professionnels de la santé accompagnent les femmes dans la mobilisation de leur réseau en nommant les bienfaits du soutien social en contexte périnatal (Fahey et Shenassa, 2013). Également, normaliser les difficultés susceptibles d'affecter la capacité de la mère à prendre soin de son enfant est une recommandation pour soutenir le sentiment d'auto-efficacité (Fahey et Shenassa, 2013).

Il est indiqué que les professionnels de la santé offrent des informations honnêtes et réalistes, afin de limiter l'écart entre les attentes des femmes et la réalité (Fahey et Shenassa, 2013) en plus d'informer les parents des différents défis possibles et les soutenir dans le développement de leurs habiletés parentales (Roberge et Motard-Bélanger, 2024).

Enfin, les professionnels de la santé peuvent soutenir l'adaptation des femmes en les aidant à distinguer les stratégies d'adaptation positives de celles négatives et en leur enseignant des approches concrètes. Par exemple, ils pourraient recommander à une mère de déposer son enfant en sécurité afin de prendre quelques respirations et de s'apaiser, lorsqu'elle ressent une fatigue quant aux pleurs du bébé (Fahey et Shenassa, 2013).

Figure 1 – Modèle de promotion de la santé périnatale (Fahey et Shenassa, 2013)



1.2.4. Prévention des troubles de santé mentale en contexte périnatal

Bien que la prise en charge de la santé physique de la femme enceinte et du bébé soit primordiale, la santé psychologique devrait être adressée au même titre (Réseaux des Centres de ressources périnatales du Québec, 2024). Intégrer des soins de santé mentale maternelle dans les suivis prénataux et postnataux est une recommandation issue de la littérature afin d'offrir un service qui représente les meilleures pratiques (Lebrun-Paré et al., 2023). Actuellement, au sein des services, la prévention des troubles de santé mentale est une approche préconisée pour soutenir la santé mentale périnatale.

La santé mentale périnatale est évaluée et soutenue de manière variable à travers le monde. Toutefois, les difficultés de santé mentale périnatale demeurent insuffisamment reconnues et traitées (Wilson et al., 2024). À titre d'exemple, aux États-Unis, il est recommandé que les obstétriciens évaluent la santé mentale et prescrivent des traitements pharmacologiques pour les troubles de santé mentale périnatale. Cependant, ce type d'interventions limite l'accès aux femmes à d'autres formes de thérapies, tel que la psychothérapie (Wilson et al., 2024).

Bien que certains milieux se soient dotés d'un outil de dépistage, dans les recommandations du *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), aucun outil standardisé pour l'évaluation de la santé mentale périnatale n'est ciblé. Pourtant, le dépistage des troubles de santé mentale constitue une pratique recommandée pour soutenir la santé mentale en contexte périnatal. En effet, la participation à un programme de dépistage des troubles de santé mentale périnatale favorise l'identification des femmes à risque et augmente les références vers les services spécialisés en santé mentale

(Blackmore et al., 2021). L'identification des femmes à risque peut être mise en place dès les premiers suivis de grossesse, notamment en questionnant la mère sur son historique de santé mentale et sur la présence d'antécédent de troubles de santé mentale dans sa famille (Womersley et Alderson, 2024).

De plus, cibler les critères de vulnérabilité est un élément essentiel à l'identification des femmes à risques. Il est recommandé, dans les services de santé périnataux, d'offrir un soutien universel, tout en accordant une attention particulière aux parents en situation de vulnérabilité (Roberge et Motard-Bélanger, 2024). Le concept de vulnérabilité définit un groupe de personnes dont les conditions personnelles, sociales et environnementales sont défavorables, nécessitant ainsi d'être ciblé par des interventions pour les soutenir et prévenir d'éventuelles problématiques (St-Pierre et al., 2023). Parmi les facteurs de vulnérabilités durant la période périnatale figurent, par exemple, un statut économique précaire, des antécédents de troubles de santé mentale, des difficultés dans la relation de couple et un faible soutien social (Roberge et Motard-Bélanger, 2024). Ainsi, la détection de ces facteurs, tels que les antécédents de troubles de santé mentale, permet de proposer du soutien ciblé aux parents vulnérables, notamment en offrant de l'information sur les différents troubles de santé mentale en contexte périnatal.

Enfin, la référence vers des services de santé mentale spécialisés devrait être une priorité pour les professionnels de la santé des services de santé périnataux. Au-delà de la détection des critères de vulnérabilité, les femmes présentant des symptômes associés aux troubles de santé mentale doivent pouvoir être référées vers des services spécialisés pour aborder leurs difficultés.

L'approche de prévention des troubles de santé mentale en contexte périnatal présente davantage d'efficacité que l'intervention à la suite de l'apparition de symptômes (Womersley et Alderson, 2024). En effet, une meilleure compréhension et une préparation adéquate face à la

réalité postpartum contribuent à diminuer les risques de dépression postpartum (Shimpuku et al., 2022). Par ailleurs, intervenir en amont dès la grossesse, soit en offrant de l'information, en sensibilisant les familles sur les troubles de santé mentale, permet de reconnaître les signes précurseurs et prévient l'apparition de la dépression et de l'anxiété postnatales (Centre des ressources périnatales du Québec, 2024).

En conclusion, les transformations majeures vécues par les femmes durant la période périnatale, ainsi que les répercussions observées sur leur santé mentale et leur bien-être, justifient pleinement la nécessité de revoir les approches et les actions mises en œuvre pour les accompagner adéquatement dans cette étape cruciale de leur vie. Il est important de s'interroger sur la pertinence et l'efficacité des pratiques actuelles afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes en contexte périnatal. C'est dans cette optique que la présente étude s'est penchée sur les approches de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale au sein des services périnataux. Ces approches, loin d'être arbitraires, constituent des cadres intégrateurs qui permettent de mieux appréhender la santé mentale périnatale. En articulant le modèle des deux continuums de Keyes avec les stratégies de promotion et de prévention mises de l'avant dans le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), il devient possible d'envisager la santé mentale sous un angle à la fois préventif et sous une approche de promotion. Cette complémentarité théorique éclaire la compréhension des besoins des femmes et met en lumière les dimensions souvent négligées par des modèles centrés uniquement sur la présence de symptômes. Ainsi, ce cadre permet de situer les expériences des femmes, en fonction des actions qui devraient être présentes au sein des services.

Le chapitre suivant, dédié à la recension des écrits, permettra de documenter et d'étayer la compréhension actuelle du soutien en santé mentale périnatale : il présentera de manière synthétique les perceptions des professionnelles et des femmes sur les services offerts, décrira les pratiques en place, selon les approches à l'étude et mettra en lumière les lacunes, divergences et bonnes pratiques identifiées dans la littérature. Afin d'orienter la recension des écrits, la question générale de recension suivante est formulée : Quelles sont les pratiques de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale pour aborder la santé mentale et le bien-être dans les services de santé périnataux?

Chapitre 2. Recension des écrits

Ce chapitre présente l'état des connaissances sur les pratiques utilisées par les professionnels pour aborder la santé mentale dans les services de santé périnataux, selon la perception des professionnels et des femmes.

Dans un premier temps, la stratégie de recherche documentaire et le résultat du repérage seront abordés. Ensuite, les résultats des études sélectionnées seront exposés, suivis d'une synthèse des principaux résultats ainsi que leurs limites. Enfin, les objectifs qui seront poursuivis dans le cadre du présent mémoire seront présentés.

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Dans le cadre de ce travail de recension, la question de recherche documentaire initiale était : Quelles sont les pratiques de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale pour aborder la santé mentale et le bien-être dans les services de santé périnataux? Les banques de données qui ont été consultées en janvier 2023 sont : Scopus, Psycarticles, Medline et CINAHL.

Une première recherche a été effectuée avec les mots clés suivant :

Mot clé 1	Mot clé 2	Mot clé 3
Evaluation	Santé mentale	Périnatalité
Guideline	Santé mental positive	Postpartum
Practice	Positive mental health	Matern*ité
Service*	Well-being	
	Mental health	
	Promotion de la santé	

	Prévention des troubles de santé mentale	
--	---	--

Les critères d'inclusion étaient d'avoir pour sujet les pratiques pour aborder la santé mentale au sein des services de santé périnataux, autant selon la perception des femmes et des professionnels. De plus, les études devaient être revues par les pairs et être rédigées en français ou anglais. Initialement, les études devaient avoir été publiées au cours des 10 dernières années. Malgré ce dernier critère, l'étude de Yelland et al., (2007) a été retenue en raison de la similitude de ses objectifs et de ceux de la présente étude. Les études étaient exclues lorsque le sujet portait sur l'évaluation d'un programme déployé ou sur l'évaluation de la santé mentale des femmes en contexte périnatale.

Après une lecture du titre et du résumé des résultats de recherche, 10 articles ont été sélectionnés pour la recension des écrits. Une mise à jour de la littérature a été effectuée en janvier 2025, et 8 articles ont été retenus.

2.2. Résultats de la recension

À la suite de l'application de ces critères, un total de 18 articles ont été sélectionnés pour la recension des écrits (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; Da Costa et al., 2018 ; DeCoste et al., 2024 ; DeRoche et al., 2023 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Hicks et al., 2022 ; Higgins et al., 2017 ; Jack et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Soucy et al., 2023 ; Viveiros et Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024 ; Yelland et al., 2007). Ces études explorent les pratiques déployées pour soutenir la santé mentale et le bien-être dans les services de santé périnataux tout

en identifiant les barrières liées à l'intégration la santé mentale dans les pratiques dans ce contexte de soins (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; Da Costa et al., 2018 ; DeCoste et al., 2024 ; DeRoche et al., 2023 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Hicks et al., 2022 ; Higgins et al., 2017 ; Jack et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Soucy et al., 2023 ; Viveiros et Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024 ; Yelland et al., 2007). Plusieurs barrières sont rapportées autant par les professionnels que par les femmes. Seulement deux études mettent également en lumière les actions de promotion de la santé (Soucy et al., 2023 ; Yelland et al., 2007).

2.2.1. État des pratiques de promotion et prévention dans les services périnataux

Les prochains paragraphes mettent en lumière les pratiques de promotion et de prévention dans les services de santé périnataux, selon la perception des professionnels de la santé et des femmes. De plus, des obstacles dans les pratiques sont présentés, également selon les professionnels de la santé et les femmes.

2.2.2. Perception des professionnels de la santé concernant les pratiques déployées

Parmi les 18 articles identifiés dans la recension des écrits, seuls cinq d'entre eux ont exploré les pratiques de promotion ou de prévention de la santé mentale en contexte de services périnataux (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; DeRoche et al., 2023 ; Hicks et al., 2022 ; Soucy et al., 2023 ; Yelland et al., 2007). D'abord, deux études ont mis en évidence les pratiques de promotion de la santé mentale, utilisées par les professionnels de la santé (Soucy et al., 2023 ; Yelland et al., 2007). Dans l'étude de Yelland et collaborateurs (2007), la promotion de la santé au sein des services de santé périnataux semblait principalement porter sur la santé physique de la mère et du bébé ainsi que les changements physiologiques post accouchement (Yelland et al., 2007). Selon une autre étude, examinant la perception de 11 professionnels de la

santé concernant les pratiques de promotion de la santé prénatale, les thèmes abordés auprès des femmes incluent non seulement la santé physique et l'accouchement, les comportements favorables à la santé et les risques liés à la grossesse, mais également la santé émotionnelle (Soucy et al., 2023). Les participants de cette étude soulignent qu'afin d'aborder la santé sous une vision globale, il est essentiel de soutenir la santé émotionnelle en répondant aux questions des femmes, en écoutant leurs inquiétudes dans une approche pour qu'elles se sentent validées et rassurées quant à leur vécu ainsi qu'aux informations qu'elles reçoivent (Soucy et al., 2023).

Par ailleurs, trois autres études ont exploré les pratiques de prévention de la santé mentale dans les services périnataux (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; DeRoche et al., 2023 ; Hicks et al., 2022). Une étude menée auprès de 435 professionnels canadiens travaillant auprès des femmes en contexte périnatal révèle que 66% d'entre eux rapportent utiliser un outil standardisé (Hicks et al., 2022). Cependant, ces auteurs (Hicks et al., 2022) précisent que, lorsqu'ils interrogent les professionnels sur leurs outils de dépistage, 47% décrivent un dépistage informel, consistant par exemple à simplement demander à la mère comment elle se sent. Également, les participants interrogés dans l'étude de DeRoche et al. (2023) reconnaissent qu'ils n'utilisent pas d'outils de dépistage ou d'évaluation pour la santé mentale.

Enfin, un rapport d'enquête canadien présentant les résultats d'une étude réalisée auprès de 435 professionnels de la santé rapporte que 95,8 % d'entre eux perçoivent que les services en santé mentale périnatale sont insuffisants au Canada (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021). Ces derniers rapportent que la plupart des troubles de santé mentale en contexte périnatal de gravité faible ou modéré ne sont pas suffisamment pris en charge, et que le fonctionnement du système, qui se concentre essentiellement sur les urgences, implique que les

individus atteignent un état de détérioration avancé avant d'obtenir de l'aide. Les professionnels interrogés rapportent que la mise en place d'une politique davantage axée sur la prévention permettrait d'éviter ce type de situation, tout en limitant les coûts associés aux soins des troubles de santé mentale (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021).

Ainsi, la littérature scientifique est relativement limitée en termes de connaissances sur les pratiques réelles de promotion ou de prévention de la santé mentale dans les services périnataux. Parmi les seules informations colligées, il résulte que les services en santé mentale périnatale sont insuffisants, limités à des discussions ponctuelles sur la santé émotionnelle ainsi qu'à la faible utilisation d'outils pour dépister la présence de troubles de santé mentale. Toutefois, plusieurs informations pertinentes sont soulevées quant à la perception des pratiques pour aborder la santé mentale au sein des services de santé périnataux. La prochaine section abordera les obstacles qui limitent la possibilité de discuter de la santé mentale auprès des femmes et d'assurer leur référence vers des services en santé mentale périnatale, lorsque nécessaire.

2.2.3. Obstacles perçus à la promotion et prévention de la santé mentale dans les services périnataux selon la perception des professionnels de la santé

Huit études ont exploré les obstacles perçus par les professionnels de la santé dans les services périnataux en ce qui concerne leurs pratiques pour soutenir la santé mentale des mères (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; DeCoste et al., 2024 ; DeRoche et al., 2023 ; Hicks et al., 2022 ; Higgins et al., 2017 ; Soucy et al., 2023 ; Wilson et al., 2024 ; Yelland et al., 2007). Ces recherches mettent en évidence des obstacles organisationnels et sociaux qui influencent ces pratiques.

Les professionnels interrogés rapportent plusieurs défis organisationnels, tels que le manque de coordination dans les pratiques liées à la santé mentale et l'absence de politiques claires et systématiques. Ces lacunes entraînent des variations dans les pratiques et dans le niveau d'implication des professionnels pour aborder les enjeux de santé mentale auprès de leur clientèle en contexte périnatal (Yelland et al., 2007 ; Higgins et al., 2017). En effet, Yelland et al. (2007) souligne que l'organisation parfois chaotique de l'unité des naissances, combinées à une charge de travail déjà élevée, limite la capacité des professionnels à effectuer les tâches liées au dépistage, à l'enseignement et à fournir la documentation nécessaire aux femmes.

Les professionnels dénoncent également le manque de continuité et de suivi dans les services, même pour les femmes ayant un historique de troubles de santé mentale (DeRoche et al., 2023). Selon l'étude de DeCoste et al. (2024) ayant pour objet la perception des pratiques liées à la santé mentale auprès des femmes dans un échantillon de 10 consultantes en lactation, un manque de temps pour parler de santé mentale et un manque de formations, surtout en début de carrière, sont nommés.

Par ailleurs, la plupart des professionnels nomment ne pas être outillé pour utiliser des outils d'évaluation et de dépistage (DeRoche et al., 2023 ; Hicks et al., 2022). En effet, 87% des professionnels soulignent qu'ils n'ont pas le mandat de dépister pour les troubles de santé mentale (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021).

De plus, certaines études ont mis en évidence des obstacles sociaux limitant la mise en place de pratiques de promotion de la santé mentale en contexte périnatal, ainsi que l'accessibilité des services en santé mentale. Notamment, la stigmatisation associée aux troubles mentaux durant la période périnatale semble constituer une barrière importante pour aborder la santé mentale au sein des services. Les professionnels rapportent la perception que ces

sentiments de stigmatisation soient particulièrement présents chez les mères de populations vulnérables, telles que les mères issues de population vulnérable, comme les mères adolescentes, les femmes autochtones, immigrantes ou provenant de communautés ethnoculturelles (Hicks et al., 2022). De plus, la pauvreté, les expériences de trauma, les dépendances et les troubles de santé mentale augmentent la honte et la stigmatisation, tout en constituant des obstacles supplémentaires à l'accès aux services (Soucy et al., 2023). Enfin, certains professionnels de la santé mentionnent ressentir un malaise à aborder les questions de santé mentale, ce qui limite leur engagement à discuter de ces enjeux auprès des mères dans leur clientèle (Wilson et al., 2024).

2.2.4. Perception des femmes concernant les pratiques déployées

Plusieurs études se sont penchées sur la perception des mères quant à leur expérience des pratiques visant à soutenir la santé mentale dans les services de santé périnataux (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Da Costa et al., 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Viveiros & Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024). Toutefois, ces travaux n'abordent pas spécifiquement les pratiques de promotion de la santé. Ils s'intéressent principalement aux approches de prévention des troubles de santé mentale, telles que les pratiques d'évaluation, de dépistage ou d'intervention précoce.

Ces études explorent également les perceptions des mères quant aux façons dont la santé mentale périnatale est abordée dans les services, en mettant en lumière les obstacles perçus à l'accès ou à la qualité du soutien. Il est à noter que quatre des dix études recensées ont adopté un devis quantitatif.

En somme, bien que ces recherches contribuent à documenter certains aspects du soutien en santé mentale périnatale, elles ne permettent pas de cibler précisément la perception des femmes à l'égard des approches de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale dans une perspective intégrée. Les prochains paragraphes mettent tout de même en lumière leur apport au sujet de recherche.

2.2.5. Perception des femmes concernant les obstacles

Tout comme les études portant sur la perception des professionnels l'ont déjà illustré (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021 ; DeCoste et al., 2024 ; DeRoche et al., 2023 ; Soucy et al., 2023 ; Hicks et al., 2022 ; Higgins et al., 2017 ; Wilson et al., 2024 ; Yelland et al., 2007), des obstacles organisationnels et sociaux dans les pratiques pour aborder la santé mentale périnatale sont également soulignés par les femmes.

Parmi les obstacles organisationnels, les femmes mentionnent un manque de continuité et de suivi dans les services ainsi qu'une perception de roulement fréquent du personnel (Nagle & Farrelly, 2018). Ces contraintes rendent difficile pour les femmes de partager leurs inquiétudes au sein des services (Bayrampour et al., 2017). Certaines femmes ayant tenté d'aborder leur santé mentale rapportent même ne pas s'être senties écoutées ou prises au sérieux (Byatt et al., 2013). En outre, les femmes perçoivent parfois une réticence chez les professionnels de la santé à discuter de santé mentale (Byatt et al., 2013).

Dans une étude réalisée par Mule et al. (2022) auprès de 161 femmes, les participantes rapportent leur désir de discuter de santé mentale, mais se disent freinées par le manque de temps durant les suivis, ce qui limite la possibilité de partager leur vécu. L'organisation des services de santé périnataux, souvent centrée sur le bien-être du bébé et la santé physique, tend à limiter

l'espace dédié aux discussions sur les difficultés psychosociales rencontrées par les mères (Byatt et al., 2013 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Viveiros et Darling, 2018).

Ensuite, plusieurs obstacles sociaux qui agissent en barrière pour soutenir la santé mentale au sein des services de santé périnataux sont également relevés par les femmes. Parmi ces obstacles figure la honte associée aux troubles mentaux durant la période périnatale (Byatt et al., 2013 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Mule et al., 2022), la stigmatisation (Byatt et al., 2013 ; Jack et al., 2022 ; Viveiros et Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024), ainsi que la méconnaissance des services et du rôle des professionnels. Ces obstacles entraîneraient chez les mères une peur du jugement, de possibles conséquences comme la perte de la garde de leur enfant, ou d'être vues comme vulnérables en demandant de l'aide (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013).

Enfin, des obstacles personnels sont également rapportés par les femmes pour soutenir la santé mentale dans les services de santé périnataux. En raison de l'intensité émotionnelle et des transformations vécues durant cette période, certaines femmes expliquent qu'il peut être difficile de reconnaître ce qui est normal ou inquiétant dans leur état (Bayrampour et al., 2017) en plus de rapporter une faible reconnaissance de leurs propres besoins (Viveiros et Darling, 2018). En effet, 53,2% des femmes rapportent ne pas savoir quelles émotions sont normales en période périnatale (Kingston et al., 2015).

De plus, elles auraient tendance à accorder la priorité aux besoins de leur famille plutôt qu'à leur propre santé mentale (Wilson et al., 2024). Pour les femmes vivant avec des symptômes de troubles de santé mentale plus spécifiquement, la fatigue liée aux tâches associées aux soins du bébé peut constituer un frein à leur demande d'aide (Viveiros et Darling, 2018).

Dans une cohorte de 461 femmes canadiennes, Kingston et al. (2015) ont identifié des barrières au dépistage des difficultés de santé mentale au sein des services de santé périnataux : 75,6% des femmes ont rapporté que leur entourage leur avait conseillé de ne pas s'inquiéter quant à leurs symptômes, 70,7% des femmes perçoivent qu'elles peuvent gérer elles-mêmes de leurs émotions et 67,7% préfèrent discuter de leurs émotions avec leurs proches.

2.3.3. Conclusion de la recension des écrits

Malgré l'importance reconnue de la promotion de la santé et de la prévention des troubles mentaux en périnatalité (Roberge et Motard, 2024), peu d'études ont documenté les pratiques concrètes mises en œuvre dans les services de santé pour soutenir la santé mentale des femmes selon ces approches. Les rares études recensées adressant la promotion de la santé (Soucy et al., 2023 ; Yelland et al., 2007) portent principalement sur les perceptions des professionnel·les, et non sur celles des principales concernées : les femmes elles-mêmes. Pourtant, questionner la perception des femmes sur les services de santé périnataux est essentiel pour comprendre la réalité vécue derrière les dispositifs institutionnels. Cela permet de dépasser les indicateurs quantitatifs et les intentions des politiques pour accéder à ce que les femmes ressentent, comprennent et vivent réellement dans leur parcours de soins.

De plus, les études recensées portant sur la perception des femmes (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Da Costa et al., 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Viveiros & Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024) s'attardent principalement aux barrières et facilitateurs liés à l'accès ou à l'utilisation des services. Elles permettent de mieux comprendre la perception des mères quant à certaines actions de prévention, telles que le dépistage des troubles de santé mentale, mais elles ne permettent pas d'explorer en profondeur comment les services ont intégré simultanément la

prévention des symptômes et la promotion des ressources internes, de l'adaptation et du bien-être.

En second lieu, bien que les approches de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux soient largement reconnues comme probantes pour soutenir la santé mentale périnatale (Roberge & Motard-Bélanger, 2024), peu d'études se sont spécifiquement penchées sur leur mise en œuvre dans les services périnataux ou sur leur réception par les femmes concernées. La littérature scientifique tend à privilégier le dépistage et le traitement des symptômes, reléguant souvent les approches préventives à un rôle secondaire. Cette lacune limite la compréhension des leviers d'action en amont des troubles et freine le développement de services sensibles aux déterminants sociaux, émotionnels et environnementaux du bien-être maternel. Il est donc essentiel d'investiguer ces approches dans une perspective critique et contextualisée, afin de mieux saisir leur potentiel et de répondre aux besoins complexes des femmes en période périnatale.

Enfin, les recherches menées au Québec sont encore limitées, particulièrement en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux en contexte périnatal. Cette étude vise donc à ajouter des connaissances sur la perception des femmes sur le soutien reçu dans les services de santé périnataux en lien avec la promotion et la prévention des troubles de santé mentale en plus d'explorer leurs attentes et besoins quant au soutien souhaité dans ce contexte. Ainsi, ces résultats permettront de mieux cerner les effets perçus des interventions actuelles et de proposer des pistes concrètes d'amélioration des services.

2.3.4. Objectifs de recherche

Compte tenu de ce qui précède, les objectifs de la présente étude sont de :

- 1- Décrire la perception des mères sur le soutien reçu selon une approche de promotion de la

santé;

- 2- Décrire la perception des mères sur le soutien reçu selon une approche de prévention des troubles de santé mentale;
- 3- Décrire la perception des mères sur le soutien souhaité pour aborder la santé mentale au sein des services de santé périnataux.

Chapitre 3. Méthodologie

Le prochain chapitre portera sur la méthodologie retenue pour répondre aux objectifs de recherche.

3.1. Posture et devis de recherche

Cette recherche s'inscrit dans un courant constructiviste en conséquence de la nature subjective des concepts étudiés. En effet, selon la posture constructiviste choisie, les problématiques et réalités liées à la maternité ne peuvent être appréhendées de manière universelle ou intemporelle, puisqu'elles varient selon les contextes sociaux, culturels et historiques dans lesquels elles s'inscrivent. La posture épistémologique constructiviste sous-tend ainsi de reconnaître que la réalité vécue par les femmes en période périnatale ne peut être saisie qu'à travers leur propre discours, lequel constitue une source précieuse d'interprétation (Gaudet et Robert, 2018).

Dans cette perspective, le choix d'un devis qualitatif descriptif s'impose comme une démarche cohérente et pertinente pour répondre aux questions de recherche. Ce type de devis, tel que défini par Fortin et Gagnon (2022), permet de documenter et de comprendre les expériences antérieures des participantes en lien avec un événement ou un contexte spécifique. Dans le cadre de cette étude, il s'agit de leur passage dans les services de santé périnataux, une expérience profondément personnelle et influencée par de multiples facteurs. Ce choix méthodologique permet donc de rendre compte avec sensibilité et rigueur de la complexité du vécu des femmes, tout en respectant la logique constructiviste qui sous-tend l'ensemble de la démarche.

3.2. Considérations éthiques

La présente étude a bénéficié d'une bourse de soutien étudiante octroyée par le Centre de Recherche Universitaire sur les Jeunes et les Familles (CRUJEF) et a obtenu un certificat éthique du comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

De plus, les participantes ont signé un formulaire de consentement (annexe 1) détaillant la nature de la recherche, l'implication de la participante, les risques et avantages, le droit au retrait à tout moment ainsi que la gestion des données. Le formulaire de consentement a été revu au départ des entrevues avec l'interviewer pour s'assurer de la bonne compréhension de chacune des participantes.

À la suite des entrevues, les verbatims ont été transcrits et dénominalisés pour maintenir la confidentialité. Les enregistrements des entrevues et les verbatims seront conservés pendant 5 ans dans les serveurs sécurisés de l'UQO.

3.3. Recrutement et description des participants

La population ciblée par cette étude regroupe les femmes ayant accouché dans les services de santé périnataux. Cette population a été ciblée afin d'offrir une voix aux femmes, usagères des services de santé périnataux, afin d'intégrer leurs expériences, leurs perceptions et leurs besoins. Leur perception constitue une source précieuse d'information pour comprendre les forces et les limites des services de santé mentale offerts, et pour orienter des pratiques plus sensibles, équitables et efficaces. Enfin, les politiques et les programmes peuvent être bien conçus sur papier, mais leur mise en œuvre peut générer des obstacles, des incompréhensions ou des effets inattendus. La perception des femmes révèle ces décalages. C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude, il a été choisi de s'y intéresser.

Afin de sélectionner un échantillon de femmes, le choix d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance (Fortin et Gagnon, 2022) s'est avéré pertinente dans le cadre de cette recherche, dont l'objectif n'était pas de produire des résultats généralisables, mais plutôt de recueillir des témoignages riches et significatifs. Cette méthode a permis d'identifier rapidement des participantes disposées à partager leur expérience, ce qui est essentiel dans une démarche qualitative centrée sur le vécu subjectif. En favorisant l'accès à des récits authentiques, ce choix méthodologique contribue à approfondir la compréhension des enjeux liés au soutien en santé mentale dans les services périnataux.

Les participantes ont été recrutées via les réseaux sociaux à l'aide d'une affiche de recrutement (annexe 2) et d'un formulaire à remplir pour manifester leur intérêt à participer. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir eu un enfant au cours de la dernière année, avoir accouché dans les services de santé périnataux au Québec et être âgées de 18 ans et plus. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. La saturation des données était visée pour obtenir un échantillon complet.

Lors de la phase de recrutement, 17 participantes ont démontré un intérêt à participer au projet. Celles-ci ont été contactées par la méthode de leur choix indiquée dans le formulaire d'intérêt. Lors de ce contact, quelques informations sociodémographiques ont été colligées, soit leur groupe d'âge, leur région, leur niveau d'études, leur situation familiale (situation de couple et nombre d'enfant). Au cours de l'hiver 2024, 9 participantes ont pris part à la recherche. La saturation des données a été atteinte dans un échantillon composé de femmes ayant des caractéristiques sociodémographiques homogènes : âgées de 25 et 35 ans ($n=9$), ayant des études supérieures ($n=8$), en couple avec le père de leur enfant ($n=9$), habitant dans la région de Lanaudière ($n=1$) ou Laurentides ($n=8$) et ayant 1 ($n=8$) à 2 enfants ($n=1$). L'homogénéité de

l'échantillon et la nature claire de la question de recherche ont permis d'obtenir la saturation des données avec un petit groupe de participantes. Fortin et Gagnon (2020) soulignent qu'un sujet d'étude claire dont l'expérience se décrit aisément lors des entrevues obtient la saturation des données avec un plus petit échantillon. Lors de la transcription des entrevues, des redondances et des thèmes récurrents ont rapidement été identifiés, démontrant qu'il n'était pas nécessaire de poursuivre avec d'autres entrevues.

3.4. Procédures et collecte de données

Au préalable de l'entrevue, les participantes ont été contactées par courriel afin de prendre un rendez-vous. Elles devaient également avoir transmis le formulaire de consentement signé.

Des entrevues semi-dirigées d'une durée de 60 à 75 minutes, réalisées et enregistrées en visioconférence, ont été sélectionnées comme méthode de collecte de données pour offrir aux participantes un espace d'expression propice à la description approfondie de leur expérience. Ce format a permis de recueillir des récits nuancés tout en assurant une certaine souplesse dans l'exploration des thèmes abordés. Afin de garantir une cohérence dans le style d'animation et de limiter les biais liés à la variabilité des interactions, les neuf entrevues ont été menées par une seule et même personne (Ariane Ratté).

Conformément à la posture épistémologique adoptée, les entrevues semi-dirigées ont été retenues pour leur capacité à coconstruire le discours entre le chercheur et les participantes, à partir d'une question initiale et de thèmes de relance (Gaudet et Robert, 2018). Cette approche qualitative favorise l'émergence d'une parole authentique, située et contextualisée, indispensable pour appréhender la complexité du vécu en contexte périnatal.

Dans le cadre de cette étude, cela implique que les interventions expérientielles rapportées par les femmes ont été interprétées en cohérence avec le cadre théorique mobilisé. Ce dernier permet non seulement d'analyser la perception du soutien reçu en matière de prévention des symptômes de santé mentale, mais aussi mais aussi d'explorer la promotion des ressources internes, de l'adaptation et du bien-être. Ainsi, le cadre théorique choisi ne se limite pas à orienter l'analyse des données : il structure également la démarche méthodologique dans son ensemble.

Ainsi, l'entretien débutait par une question ouverte invitant les participantes à partager leur expérience :

« Vous avez vécu des suivis de grossesse, un accouchement, des suivis postpartum dans les services de santé au Québec. J'aimerais que vous me parliez de votre expérience par rapport à la considération de votre bien-être et de votre santé mentale, du premier suivi jusqu'au dernier. »

Un guide d'entretien exploratoire, composé de thèmes de relance généraux (Annexe 3), a été préalablement élaboré afin de soutenir le dialogue tout en laissant place à la spontanéité des propos. Cette stratégie méthodologique, telle que recommandée par Sauvayre (2021), visait à encourager une ouverture maximale face aux thématiques soulevées par les participantes, en respectant leur rythme et leur perspective.

3.5. Analyse des données

Une analyse thématique des verbatims des entrevues a été réalisée avec l'aide du logiciel N'Vivo. Le choix d'une analyse thématique s'avère particulièrement adapté pour explorer la perception des femmes quant à leur vécu au sein des services de santé périnataux. Cette méthode permet d'identifier, d'organiser et d'interpréter les thèmes récurrents dans les données

qualitatives, tout en respectant la complexité et la subjectivité des expériences individuelles.

Le cadre théorique retenu rendra possible une analyse fine des discours des participantes. Il offrira des catégories conceptuelles claires (bien-être émotionnel, psychologique et social ; stratégies de prévention et de promotion) permettant de coder et d'interpréter les données recueillies. Ce recours favorisera également une comparaison directe entre les expériences rapportées par les femmes et les principes recommandés dans le Plan d'action en périnatalité et petite enfance, ce qui renforcera la validité des conclusions.

Toutes les entrevues ont été transcrites par la même personne (Ariane Ratté) pour entamer un processus d'immersion dans les données (Fortin et Gagnon, 2022). Après plusieurs lectures des verbatims, des unités d'analyse ont été regroupées sous un premier codage, représentant des concepts généraux entourant la recherche, tels que l'approche de promotion de la santé, la prévention des troubles de santé mentale, ainsi que les actions qui en découlent. Un deuxième travail d'analyse dans chacun des codes a permis de construire un arbre de code davantage précis, mettant en évidence l'histoire partagée par les participantes selon les concepts sous-jacents à la recherche (annexe 4).

L'approche d'analyse adoptée est hybride, combinant les approches inductives et théoriques (Fortin et Gagnon, 2022). En effet, un cadre théorique a été utilisé pour répondre aux objectifs de la recherche et permettre de classer le verbatim selon les approches de promotion et de prévention. Cependant, les thèmes sous-jacents aux grandes approches ont émergé de manière davantage inductive, car ils sont le résultat de ce que les femmes ont partagé.

3.6. Déclaration de réflexivité

Il est important de reconnaître mon lien avec le sujet de recherche et les effets possibles dans l'interprétation des résultats. En effet, étant moi-même mère de trois enfants et ayant

accompagné des mères en période postnatale au cours de cinq dernières années, les entrevues réalisées pour le projet ont souvent fait écho à mon propre vécu, ainsi qu'à celui des femmes que j'ai accompagnées au fil des années. Bien que j'ai discuté avec 9 femmes dans le cadre de cette étude, j'ai l'intuition que les résultats portent voix à davantage de femmes. Une certaine subjectivité revendicatrice pourrait influencer l'interprétation des résultats, en raison de ce vécu partagé avec tant de femmes et en ayant en pensée toutes celles que j'ai accompagnées lors de cette période si particulière et sensible qu'est la périnatalité.

Chapitre 4. Résultats

Le chapitre suivant met en lumière les résultats obtenus lors d'entrevues réalisées auprès de neuf participantes. Afin de répondre aux objectifs de la recherche, qui visait à décrire la perception des participantes quant au soutien reçu en approche de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale, ainsi que le soutien souhaité, les résultats sont organisés en trois sections : la promotion de la santé, la prévention des troubles de santé mentale et le soutien souhaité.

4.1. Promotion de la santé

Plusieurs thèmes émergent des entrevues réalisées avec les participantes, mettant en lumière leur perception du soutien reçu pour promouvoir leur santé. Parmi ceux-ci, des aspects positifs des services reçus en promotion de la santé sont soulignés, notamment une perception positive de la réponse aux besoins de santé physique. Également, certaines limites en lien avec les cibles d'interventions, l'organisation des services ainsi que la liberté de faire des choix sont nommées par les participantes.

4.1.1. Perception positive de la réponse aux besoins de santé physique.

Les participantes rapportent avoir eu plusieurs interactions positives avec des professionnels de la santé visant à promouvoir leur santé physique. Elles ont mentionné avoir été écoutées, soutenues et outillées en lien avec la santé physique par la majorité des professionnels rencontrés. « Je trouve que toutes les infirmières, tous les docteurs dans mon accouchement, dans mon prénatal, dans mon post natal, c'est tellement rempli de bonnes intentions... Le personnel est exceptionnel (participante 3) ».

Les femmes ont également rapporté avoir apprécié lorsque certains professionnels sont sortis de leur rôle plus protocolaire, durant les enseignements offerts. « On est tombé sur une infirmière qui elle avait donné le biberon à ses enfants. Elle m'a donné des conseils pi des trucs... J'ai vraiment eu de la chance de tomber sur elle (Participante 2) ».

De plus, les participantes perçoivent que la disponibilité des professionnels à répondre à leurs besoins physiques et aux soins du bébé joue un rôle important dans leur adaptation postnatale. « C'est rassurant sur plein de points l'aspect physique... de se faire valider, ça a vraiment été la majeure partie de de mon stress. (Participante 8) ».

Elles ajoutent que la santé physique, ainsi que celle du bébé, influence directement leur santé mentale en contexte périnatale. « Être rassurée de mes inquiétudes physiques, ça l'a vraiment aidé ma santé mentale (Participante 3) ».

Certaines ont rapporté que les professionnels de la santé jouent donc un rôle important pour « valider le rôle de mère (Participante 2) ».

4.1.2. Interventions qui ciblent la santé physique, la santé du bébé et l'allaitement : « Il y a quoi pour moi? (Participante 3) »

Au-delà de la santé physique, les participantes ont rapporté avoir l'impression que les objectifs généraux ciblés dans les services de santé périnataux étaient principalement « mécaniques (Participante 8) », centrés sur les besoins médicaux, le bébé, l'allaitement et la santé physique de la mère. « Ma santé mentale à moi non (Participante 1) ».

En d'autres termes, elles perçoivent que la santé mentale et les aspects psychosociaux ne sont pas réellement pris en compte. « On cible le corps médical, mais on cible pas l'humain derrière, c'est-à-dire le futur parent (Participante 2) ».

En ce qui concerne l'organisation des services, les femmes ont perçu une gestion protocolaire, laissant peu de place pour aborder leurs besoins et de santé mentale. « C'est tellement protocolaire, qu'on se laisse embarquer là-dedans un peu, puis il n'y a pas de place pour toi ce que tu vis, c'est comme des cases (Participante 3) ».

Ainsi, elles ont rapporté qu'il était difficile de discuter de leur santé mentale, de fausse couche, ou de l'arrêt de l'allaitement durant les rencontres de suivi. « C'est encore un peu tabou (Participante 5) ».

Par ailleurs, les participantes ont exprimé la perception d'un manque d'enseignement concernant la santé mentale et le bien-être. « Focus beaucoup sur quoi faire quand ça va moins bien, mais on ne parle pas de ce qu'on peut faire pour aller mieux et comment prendre soin de soi (Participante 9) ».

Elles ont mentionné la perception d'un manque d'informations accessibles sur divers aspects, tels que la santé mentale périnatale, le 4^e trimestre et la réalité de la période postpartum, les pleurs de bébé, l'alimentation par produits commerciaux pour nourrisson et l'utilisation des biberons, ainsi que les fausses couches.

À titre de document de références, elles ont indiqué avoir reçu des professionnels le guide *Mieux naître avec son enfant* (INSPQ). Cependant, elles partagent l'avoir perçu comme « pas attirant, il manque de mise en place d'outils significatifs (participante 1) ». En outre, elles ont ajouté que les informations disponibles sur des sites internet tels que *Naître et Grandir* ou celui du CHU de Sainte-Justine, ainsi que le guide *Mieux Naître avec son enfant*, sont importantes, mais qu'elles ciblent principalement le bébé et la santé physique de la mère. « Ça m'aidait pour les affaires de bébé, mais il y a quoi pour moi ? (Participante 6) ».

4.1.3. Organisation des services « C'est expéditif (Participante 6) ».

Les femmes perçoivent les rendez-vous comme étant trop rapides, « c'est 15 minutes, puis là-dedans tu dois mesurer ton col, prendre ta pression, ton poids, etc., c'est 2 minutes par actions (Participante 1) ». Elles rapportent la perception que l'organisation des services ne semble pas toujours permettre aux professionnels de prendre le temps nécessaire pour répondre aux besoins des familles.

Le système, comment c'est fait, ça met de la pression ... t'es rendu un numéro, une case à cocher, mais ce n'est pas de leur faute, je prends le temps de dire que je ne blâme pas les gens ... quand tu as 25 rendez-vous de 5 minutes, tu ne peux pas prendre le temps (Participante 7).

Concernant les enseignements et à l'éducation à la santé, les participantes ont perçu la méthode d'enseignement comme étant trop rapide et souvent réalisée à des moments peu opportuns. « On est laissé à nous même avec une panoplie d'informations, puis on n'a pas le temps de la digérer, d'avoir des questions, tout a trop vite (Participante 3) ».

Par conséquent, elles rapportent avoir eu peu d'explications lors des enseignements ou de la remise de documentation. « C'est donné en disant : *et voici les documents que je dois vous remettre* (Participante 2) ».

4.1.4. Liberté de choisir : « C'était tellement pro allaitement que j'étais pas à l'aise de dire non (participante 2) ».

Le consentement est généralement rapporté comme étant présent, mais les femmes mentionnent avoir ressenti une certaine pression liée aux protocoles de promotion, notamment en

ce qui concerne l'allaitement. « Je peux pas me fier à ce que mon instinct me dit, parce que l'institution me dit que c'est ce qui a de meilleur (le lait maternel), l'or blanc (Participante 2) ».

Par ailleurs, les informations sur l'allaitement sont perçues comme étant peu authentiques quant à la réalité et ses implications pour les mères. « Il n'y a pas de jugement libre et éclairé, c'est rare qu'on voie les aspects plus négatifs de l'allaitement, c'est beaucoup les aspects positifs. (Participante 2) ».

Ainsi, la possibilité de choisir la méthode d'alimentation du bébé est rapportée comme ayant été influencée par les pratiques de promotion de l'allaitement.

On dirait que je me suis senti un peu imposée de faire ça ... on dirait que je me suis je me sentais coupable, de dire que j'ai ça en moi, c'est naturel, c'est la meilleure affaire que je peux donner à ma fille, puis je le fais pas, tu sais? (Participante 9).

La promotion de l'allaitement est également perçue comme ayant eu des effets négatifs pour celles qui souhaitent allaiter, mais dont l'allaitement a mal débuté. À titre d'exemple, l'une des participantes mentionne : « Je suis au CLSC et il y a une grosse pancarte qui parle d'amis des bébés avec l'allaitement, et moi je me dis, moi aussi je suis ami des bébés. C'est juste tellement culpabilisant (Participante 3) ».

Enfin, les participantes n'ayant pas été en mesure d'allaiter mentionnent les impacts perçus des pratiques de promotion de l'allaitement sur leur bien-être et leur santé mentale. « Tout ce qui est romancé, tout ce qui est prôné, quand toi l'allaitement ne marche pas, ça l'a un impact sur ta santé mentale (Participante 3). »

Certaines participantes ont rapporté avoir vécu des interventions peu respectueuses de leur corps.

Ils ouvraient toutes les lumières que tu dormes ou pas, ils m'obligeaient à réveiller ma fille pour allaiter... ils m'ont pogné le sein l'ont pressé, elle le rentrait dans la bouche du bébé en forçant, j'ai même eu un bleu (participante 5).

Par ailleurs, les enseignements sur la prise de poids et l'activité physique ont été perçus négativement par les participantes. « Ce n'était pas pour mal faire, mais il y avait beaucoup de commentaire qui était zéro pi une barre pour mon estime et mon sentiment de compétence (Participante 2) ».

4.2. Prévention des troubles de santé mentale

Plusieurs thèmes émergent des entrevues réalisées avec les participantes, concernant leur perception du soutien reçu pour prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale, tant pendant leur grossesse qu'après la naissance de leur bébé. Dans l'ensemble, les participantes rapportent peu d'efforts ou de pratiques de prévention de la santé mentale de la part des professionnels consultés et soulignent plusieurs obstacles entravant les actions de prévention.

4.2.1. Dépistage : « Comment ça va, genre santé mentale, je ne pense pas (participante 1) ».

Les participantes soulèvent l'impression que lorsqu'on leur demandait comment elles allaient, les questions portaient davantage sur les aspects physiques. « Le support était là, mais pas nécessairement pour la santé mentale. (Participante 9) ».

Ainsi, elles perçoivent que :

Les professionnels ne vont pas initier la prévention de la santé mentale, c'est une boîte de Pandore. Si besoin est, oui (ils vont répondre), mais s'il n'y a pas de besoin, je ne pense pas qu'ils vont pousser pour avoir la réalité (Participante 1).

4.2.2. Critère de vulnérabilité et vulnérabilité réelle : « Peut-être qu'ils sentaient qu'on n'était pas une famille vulnérable (Participant 2) »

Les participantes expriment une impression que les familles présentant des critères de vulnérabilités socioéconomiques sont davantage ciblées et obtiennent plus de soutien. Ainsi, elles ont rapporté ne pas avoir de critère de vulnérabilité, et donc ne pas avoir été ciblées pour davantage de soutien.

C'est tu parce que j'étais pas ciblée comme personne à risque, je sais pas. Mais selon moi, on est tous des personnes à risque, mon chum aurait pu me laisser après deux mois, mais j'aurais pas su c'est quoi les services (Participant 2).

Cependant, elles ont partagé avoir vécu des situations difficiles, qui selon elles, ont eues des impacts perçus sur leur état de santé et leur bien-être. À titre d'exemple, trois participantes rapportent avoir vécu une ou des fausses couches, quatre des césariennes non planifiées, quatre des difficultés en lien avec l'allaitement, deux des symptômes dépressifs anxieux. Certaines mentionnent avoir cumulé plusieurs de ces difficultés simultanément ou à des moments différents de leur période périnatale.

Un premier témoignage illustre l'émotion d'une participante ayant rencontré des difficultés d'allaitement et une césarienne :

De ne pas être capable de fournir pour ton enfant, j'aurais pris 25 césariennes, mais ça l'a, ton enfant qui pleure et qu'il n'y a rien qui sort. Il n'y a pas de mots pour dire, je me sentais inutile, une mère incapable, pire *feeling ever*. Je pleurais en lui donnant la formule et ma larme coulait sur elle. Je lui disais : je m'excuse, maman veut prendre soin de toi, mais elle n'y arrive pas (Participant 7).

Un deuxième témoignage décrit l'expérience d'une participante avec un bébé souffrant de reflux gastriques et des périodes de pleurs intenses rapporte :

Je me sentais vraiment poche comme mère... je me disais qu'est-ce que je fais pour que mon enfant pleure autant. On dirait qu'il n'est pas heureux. C'est dur de se mettre objectif... Dans la première année, je suis en mode survie, je suis pas un humain je suis pas une femme, je survie (Participante 2).

Les entrevues ont révélé des moments profondément vulnérables vécus par chaque participante. Bien qu'elles n'aient pas rapporté de vulnérabilité socioéconomique telle que définie dans une approche ciblée en prévention des troubles de santé mentale, plusieurs situations rapportées nous laisse entrevoir une vulnérabilité réelle vécue par les participantes.

Par exemple, cette femme ayant eu une césarienne non planifiée et des symptômes anxieux raconte: « J'étais juste en mode survie. Au quotidien ça allait bien, mais j'étais rempli d'angoisse. Tout était anxiogène pour moi, et la douleur physique faisait que j'arrivais pas à me concentrer (Participante 3) ».

Enfin, les participantes ont souligné l'impact perçu de leurs défis vécus sur leur bien-être. Une participante ayant vécu une fausse couche témoigne :

C'est un deuil, c'est pas juste le bébé, c'est tous les projets qui vont avec ... Ça été le pire moment, de savoir que ton bébé n'est pas viable, mais qu'il ne sort pas de toi naturellement. Tu te sens comme un cercueil (Participante 8).

4.2.3. Perception de la disponibilité du soutien : « Tu veux pas déranger (Participante 1) »

Malgré les difficultés rapportées, les participantes ont exprimé la perception que leurs besoins n'étaient pas suffisamment importants pour en parler ou pour aller chercher de l'aide.

Elles mentionnent percevoir que « il y a des gens qui ont plus besoin que moi (Participante 3) » et trouvaient « que ma détresse n'était peut-être pas suffisante pour une demande d'aide (Participante 2) ».

Cette perception semble être alimentée par une peur de déranger et par l'impression qu'il manque de personnel pour répondre aux demandes des usagers. À titre d'exemples, une participante a mentionné : « qu'on se fait un peu Brain washer que tu consultes juste quand on a vraiment besoin parce qu'on n'a pas de ressources (Participante 3) ».

4.2.4. Occasion manquée pour prévenir les difficultés et promouvoir la santé : « Il avait tendance à minimiser (Participante 4) »

Par ailleurs, certaines ont partagé des situations qui auraient pu être perçues par les professionnels comme des demandes d'aide, mais elles rapportent avoir reçu peu de soutien. « J'ai pleuré devant le médecin, lui ai dit je me sens pas compétente. Elle m'a dit *c'est normal c'est la chute d'hormones* (Participante 2) ».

Ainsi, les difficultés partagées aux professionnels sont souvent perçues comme banalisées. « Mais j'ai pleuré, j'ai pleuré là parce qu'à ce moment-là, je pleurais à chaque fois que j'en parlais. J'ai dit que c'était pas facile, mais elle m'a dit que c'était normal (Participante 6) ».

4.2.5. Faible soutien, peu de référence : « Elle ne m'a pas proposé de ressources en santé mentale ou demandé comment ça va (Participante 5) ».

Certaines participantes ont rapporté un manque de soutien des professionnels pour obtenir de l'aide pour leur détresse psychologique. « D'un point de vue psychosocial, j'ai pas ressenti une grande écoute, j'ai pas reçu l'aide que j'aurais pu bénéficier (Participante 2) ».

Dans ce contexte, la participante suivante a tenté par elle-même d'aller chercher du soutien, mais sans succès :

Dès les premières semaines de grossesse, je me suis mise à vivre beaucoup d'anxiété. J'avais peur de faire une fausse couche ... je me disais que mon bébé était mort. J'ai appelé en pleurant la secrétaire du médecin. Je savais pas à qui demander de l'aide parce que je pense, je faisais comme une crise de panique. ... J'avais juste réussi à parler avec la secrétaire qui avait été gentille, mais tu sais, on ne m'a pas offert de suivi particulier. Puis pendant mon rendez-vous avec mon médecin, elle avait été comme sensible à mes douleurs physiques, mais tu sais [pour mes] douleurs émotionnelles, elle m'a proposé d'aller voir un psychologue. Mais à ce moment-là, les psychologues avaient de grands délais d'attente. Je cherchais un psychologue qui était spécialisé en santé mentale maternelle. J'avais fait des recherches, puis toutes les psychologues que j'écrivais, personne n'avait de la place. Alors, j'ai comme abandonné les recherches. Je n'ai pas eu de suivi durant la grossesse malgré qu'honnêtement je pense que les symptômes dépressifs ont commencé durant la grossesse et n'ont pas nécessairement été pris en charge ou considérées (Participante 6).

4.2.6. Orientation vers les services de santé mentale adulte : « Je n'étais pas prise en charge (Participante 6) ».

Parmi les participantes rencontrées, une seule a rapporté avoir été référée vers les services de santé mentale adulte. Toutefois, les services offerts sont rapportés comme étant peu aidants, estimant qu'ils ne prenaient pas en compte son rôle de mère :

... j'avais des symptômes d'anxiété vraiment intenses. Je me sentais en hyper vigilance. Non stop. J'étais pas capable de dormir, j'avais de la difficulté dès que mon bébé faisait un bruit. Je paniquais dès qu'il pleurait, au début, je pleurais en même temps. Puis il faut dire que c'était un BABI (bébé à besoins intenses), on a eu beaucoup de difficultés avec lui. Puis, pour moi, c'est un peu comme un cauchemar cette année-là. Je me suis isolée, je sortais plus parce que c'était horrible. ... Vers ses 2 mois quand mon conjoint est retourné au travail, je me rappelle, j'ai appelé au 811 en pleurant, en disant que je suis plus capable. J'ai été rapidement dirigé vers une travailleuse sociale... Mais ça m'a pas du tout aidé sinon ça m'a encore plus nuï parce que ... j'avais juste besoin de normaliser puis j'avais comme espoir qu'elle aurait pu me donner des solutions maintenant... Je me suis mise à vraiment pas bien aller. J'ai commencé à avoir un peu des idées suicidaires.... Je suis allé voir mon médecin de famille, qui m'avait dit que j'étais en dépression postpartum. Elle a fait une référence en psychiatrie... Le psychiatre me dit que ce qu'elle voit, c'est un trouble d'anxiété généralisé qui est exacerbé, qui est vraiment pas traité, puis ça l'a causé des symptômes dépressifs. J'ai commencé un suivi en santé mentale adulte en psychothérapie. C'est pas un suivi qui a été aidant dans un sens où c'était un homme qui, je pense qu'il n'avait pas d'enfant.... En décembre, le psychiatre m'a inscrit à l'hôpital de jour, c'est 3 fois par semaine. J'allais toutes les semaines, j'allais voir ma psychiatre, j'allais faire des ateliers à l'hôpital de jour. Encore une fois c'était pas le bon service que j'avais besoin parce que c'était comme dans un groupe. On parlait de l'anxiété en général, c'est pas l'anxiété en général, je veux, dans le rôle d'une mère.

(Participante 6).

Ce témoignage illustre les tentatives de soutien et de référence, mais vers des services qui ne correspondaient pas aux défis spécifiques que vivait cette femme dans sa transition vers la maternité.

4.3. Perception du soutien souhaité

Enfin, après avoir partagé leur vécu, les femmes ont rapporté ce qu'elles auraient souhaité dans l'environnement organisationnel et social, dans les approches et dans le soutien offert lors de leurs suivis.

4.3.1. Environnement souhaité : « Ça manque beaucoup d'intervenants sociaux (Participante 2) ».

Les participantes estiment que, dans un contexte médical, les professionnels de la santé en font déjà beaucoup, et que la santé physique et mentale ne devrait pas reposer entièrement sur leurs épaules. « Le volet médical c'est très large, autant le volet psychosocial c'est très très large, à chacun son métier (Participante 1) ».

Selon elles, le volet psychosocial ne relève pas du champ d'expertise des médecins de grossesse ou gynécologues. « Elle va regarder qu'est-ce qui se passe en bas, mais tu sais, elle est pas outillée nécessairement pour la santé mentale (Participante 8) ».

Ainsi, les participantes auraient souhaité avoir accès à un intervenant social spécialisé en périnatalité, même quelqu'un de disponible sur l'unité des naissances qui prend en charge l'aspect psychosocial. « Je l'aurai pris le soutien, j'aurais fait appel à quelqu'un même pour 2-3 rencontres (Participante 2) ».

Elles perçoivent qu'avoir « quelqu'un en psychosocial qui pourrait détecter, déterminer, orienter déjà ça enlèverait une charge, ça permettrait d'avoir des services en santé mentale (Participante 1) ».

4.3.2. Repenser nos façons de faire : « Voir avec la mère, le besoin d'aide (Participante 6) ».

Dans le contexte actuel de soin, certaines ont exprimé l'impression que les suivis médicaux ne sont pas le moment idéal pour aborder les émotions et la santé mentale. « Elle vient m'injecter la vitamine K, vérifier ma cicatrice, non je pense pas que ce soit le bon moment de lui dire que je suis fâchée (Participante 1) ».

Elle suggère qu'un temps organisé pour parler de santé mentale pourrait les aider exprimer plus librement leurs difficultés. « Me faire dire que pour les 5 prochaines minutes on parle de moi, peut-être je m'ouvrirais plus ? (Participante 3) ».

De plus, certaines perçoivent que la promotion de la santé actuelle n'est pas forcément le meilleur moyen de soutenir les familles. « Rendu au moment où t'as envie de secouer ton enfant tu penses pas nécessairement au pamphlet (Participante 1) ».

4.3.3. Approche souhaitée : « Investir dans la promotion et la prévention au lieu de l'intervention (Participante 8) ».

Les participantes ont nommé le souhait d'avoir davantage d'informations sur les ressources disponibles, ainsi qu'un meilleur accès à des informations sur leur santé mentale et leur bien-être. Elles ont également mentionné qu'elles auraient souhaité recevoir des ressources plus actuelles, telles que l'application *Naître et Grandir*.

D'ailleurs, elles ont souligné l'importance d'une meilleure préparation en prénatal. « Comment se préparer, ça devrait être mis de l'avant dès la première journée (Participante 1) ».

Elles perçoivent qu'une approche universelle de promotion et de prévention serait bénéfique et que ça « éviterait beaucoup, après, d'intervenir en urgence (Participante 7) ». « Ils devraient plus focuser sur l'avant, la prévention, on intervient beaucoup après quand c'est trop tard (Participante 8) ».

De plus, en lien avec l'approche de promotion de la santé, les participantes ont rapporté qu'elles auraient souhaité que les professionnels prennent le temps d'aborder la santé mentale, « d'expliquer c'est quoi la santé mentale, prendre le temps de poser la question comment ça va réellement, pas juste ton corps (Participante 1) ». De ce fait, elles souhaiteraient que les difficultés possibles en période périnatale soient davantage normalisées et discutées de manière authentique qui représente la réalité. « J'aurais aimé qu'ils soient capables de nommer les difficultés, arrêtons d'avoir peur. (Participante 1) ».

4.3.4. Répondre aux besoins spécifiques à la mère « Ne pas rester juste sur la ligne directrice (Participante 2) ».

Les participantes ont exprimé le souhait de bénéficier de services mieux adaptés à leurs besoins. Certaines auraient préféré un suivi individuel, tandis que d'autres auraient aimé un espace pour échanger avec des femmes vivant des expériences similaires.

L'une des participantes, ayant été dirigée vers des services de santé mentale adulte, souligne un manque dans la prise en charge spécifique de la santé mentale maternelle. « On m'a offert des services en santé mentale adulte, mais ce n'est pas spécialisé en santé mentale maternelle. C'est ça que je trouve la faille du système, il y a rien pour les mamans (Participante 6) ».

Par ailleurs, les femmes ayant traversé des situations d'adversité (fausse couche, deuil, anxiété, dépression) rapportent qu'elles auraient souhaité être plus informées et accompagnées.

J'ai vraiment j'ai trouvé qu'il y avait un manque là pour les fausses couches, là je suis pas la seule... si quelqu'un m'avait offert : *tu pourrais aller rencontrer telle personne*, peut-être que je l'aurais pris le suivi à ce moment-là (Participante 8).

Chapitre 5. Discussion

Le présent mémoire avait pour but d'explorer la perception des mères concernant le soutien reçu et souhaité dans les services de santé périnataux, en s'appuyant sur une approche de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale. La section suivante sera consacrée à un retour sur les éléments abordés par les participantes, concernant leur perception du soutien offert selon les approches à l'étude, ainsi que le soutien souhaité.

5.1. Promotion de la santé

Tout d'abord, un des objectifs de cette recherche était de décrire la perception des femmes concernant le soutien reçu en lien avec la promotion de la santé au sein des services de santé périnataux. Les participantes ont partagé des éléments liés aux objectifs perçus et l'organisation des services. Elles ont également partagé leur perception concernant certaines pratiques de promotion de la santé mise de l'avant actuellement dans les services.

Bien que les participantes aient une perception positive concernant la réponse aux besoins physiques, elles estiment que la santé mentale et le soutien psychosocial ne figurent pas parmi les objectifs des services de santé périnataux. Elles ont rapporté avoir eu peu de soutien et peu d'enseignement pour prendre soin d'elles, ainsi qu'un accès limité à des informations sur leur propre santé, rapportant ainsi un écart entre leurs besoins et les services offerts. Selon elles, les services se concentrent principalement sur la santé physique, la santé du bébé et l'allaitement, tel que représenté par plusieurs études recensées (Byatt et al., 2013 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Viveiros et Darling, 2018). Pourtant, les besoins des femmes en contexte périnatal peuvent être liés non seulement à la préparation de la réalité de l'allaitement, mais aussi à une meilleure connaissance des risques de complications de santé physique et mentale de la période postpartum (Spelke et Werner, 2018; Nagle et Farrelly, 2018).

Quant à l'organisation des services, les participantes ont souligné la rapidité des rendez-

vous et le manque de temps pour aborder leurs besoins psychosociaux. Ces observations rejoignent les conclusions de certaines études recensées (Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018), qui font état de la perception des femmes concernant le temps insuffisant dédié à soutenir la santé mentale au sein des services périnataux. En effet, Kingston et al. (2015) rapportent également, selon la perception des mères participantes à leur étude, que l'environnement de soins périnataux n'est pas organisé de manière à aborder la santé mentale.

De manière plus spécifique, les participantes ont partagé leurs perceptions des pratiques de promotion de la santé, en particulier celles liées à l'allaitement. Elles ont notamment exprimé une certaine pression à allaiter, ce qui leur a laissé l'impression que leur liberté de choisir une autre méthode d'alimentation était limitée. Cette perception pourrait refléter un manque d'adaptation des interventions aux besoins réels des femmes, une communication jugée inadéquate ou encore une pression ressentie dans les discours entourant l'allaitement. En effet, il semble que cette pression liée à l'allaitement s'inscrit dans un contexte où les besoins des familles en matière d'allaitement ne correspondent pas toujours au soutien reçu dans les services (Lacerte et al., 2017). Or, lorsque la promotion de l'allaitement est mise de l'avant sans une préparation adéquate des familles et que le soutien disponible est limité, cela peut avoir un impact sur le taux d'allaitement, en plus d'engendrer une perception d'échec chez les familles qui cessent l'allaitement (Semenic, 2012). En effet, vivre des difficultés liées à l'allaitement dans un contexte où sa promotion est omniprésente et où le soutien demeure limité est rapporté comme ayant un impact négatif sur le bien-être et la santé mentale des femmes (Scarborough et Cooper, 2022).

5.2. Prévention des troubles de santé mentale

Ensuite, un deuxième objectif de cette recherche était d'explorer la perception des femmes sur la manière dont le soutien reçu dans les services de santé périnataux intégrait des pratiques de prévention des troubles de santé mentale.

Pour débiter, les participantes ont perçu que les professionnels les ont questionnées principalement sur leur état physique, sans aborder de manière approfondie leur état psychologique. Les résultats de la présente étude révèlent ainsi la perception d'un manque d'initiative de dépistage mise en place dans le contexte des soins de santé périnataux. Cette perception rejoint les données de la littérature, qui soulignent que de nombreux professionnels considèrent que les actes de dépistage et d'évaluation de la santé mentale ne relèvent pas de leur mandat (Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, 2021; DeRoche et al., 2023), ce qui pourrait témoigner d'un engagement limité envers ses pratiques.

Cependant, le dépistage des troubles de santé mentale est une pratique recommandée en raison de ses effets positifs, notamment pour identifier les femmes à risque et les orienter vers les services spécialisés (Blackmore et al., 2021). Des lignes de pratiques plus précises quant au dépistage dans le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), tel que cibler un outil de dépistage des troubles de santé mentale, soutiendraient les pratiques de dépistage au sein des services de santé périnataux. Toutefois, cette pratique demeure à ce jour non systématisée. Les données disponibles dans la littérature mettent en lumière les obstacles perçus par les femmes à l'égard du dépistage, notamment : le manque de temps pour aborder les enjeux liés à la santé mentale (Byatt et al., 2013 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Viveiros & Darling, 2018), le sentiment de ne pas être écoutées ou prises au sérieux (Byatt et al., 2013), ainsi que la crainte du jugement et de la

stigmatisation associés aux troubles psychiques (Byatt et al., 2013 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Mule et al., 2022 ; Viveiros & Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024). Ces constats mettent en évidence la nécessité de réévaluer les pratiques actuelles afin de renforcer le soutien à la santé mentale en période périnatale. Cette nécessité est d'autant plus marquée par les résultats de la présente étude qui révèle qu'en examinant l'expérience du dépistage dans le contexte actuel de soins, les femmes indiquent ne pas avoir bénéficié d'une telle démarche.

En outre, les participantes ont jugé avoir eu peu de soutien dû à leur statut socioéconomique favorable. Celles-ci n'ayant rapporté aucun critère de vulnérabilité socioéconomique, elles ont perçu qu'il est possible que d'autres femmes soient davantage ciblées pour du soutien. Elles ont néanmoins souligné avoir vécu une ou plusieurs situations d'adversités, telles qu'une fausse couche, une césarienne d'urgence ou encore des difficultés de santé mentale ou d'allaitement. Ces expériences reflètent des critères de vulnérabilité en contexte périnatal, tel que ceux définis par le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024). Toutefois, elles ont mentionné que malgré ces expériences, elles n'ont pas bénéficié davantage de soutien adapté à leur situation. Ce constat met une fois de plus en évidence l'écart persistant entre les besoins exprimés par les femmes et les services actuellement offerts, tel que documenté dans la littérature portant sur leur perception des services en santé mentale périnatale (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Da Costa et al., 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Viveiros & Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024).

Ainsi, malgré les difficultés rapportées, les participantes ont tout de même nommé que leurs besoins ne semblaient pas suffisamment importants pour demander de l'aide. Elles ont également souligné une crainte de déranger les professionnels. Il serait possible ces résultats

soient expliqués par un faible niveau de connaissances sur la santé mentale périnatale et les services disponibles ayant exercé une influence négative sur leur capacité à mobiliser du soutien, soulignant à nouveau l'importance de la promotion de la santé mentale périnatale. L'étude de Bayrampour (2017) souligne une hypothèse similaire. En effet, lorsque questionnées sur leur perception du dépistage de la dépression postpartum, les 15 participantes de l'étude de Bayrampour (2017) ont exprimé la perception qu'un manque de connaissances en matière de santé mentale périnatale pouvait nuire à leur capacité à distinguer ce qui relève d'un vécu psychologique normal ou problématique. Cette incertitude les amenait parfois à minimiser leurs difficultés ou à hésiter à solliciter du soutien, faute de repères clairs. Les résultats de la présente étude semblent également soutenir cette hypothèse.

Ainsi, les résultats suggèrent que, malgré la mise en place de certaines pratiques de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale, il semble nécessaire de réviser nos façons de faire pour mieux cibler les besoins de femmes. Par exemple, au-delà de la présence ou de l'absence de facteurs de vulnérabilité socioéconomique, certains auteurs (Fahey et Shenassa, 2013 ; Nagle et Farrelly, 2018) soulignent qu'en contexte périnatal, les femmes ont besoin d'informations précises sur leur propre état de santé, sur les nombreux changements vécus en période périnatale, ainsi que d'informations claires sur le rôle des différents services afin d'être en mesure de mobiliser le soutien nécessaire.

Au-delà des enjeux rapportés pour mobiliser le soutien nécessaire, plusieurs tentatives de recherche de soutien ont tout de même été nommées par les participantes. Cependant, elles ont perçu que la réponse des professionnels consultés était limitée. Une insatisfaction liée au soutien reçu se reflète également dans la littérature. Par exemple, 24% des femmes auraient souhaité un soutien psychologique dans la première année suivant la naissance (Roberge et Motard, 2024) et

17% des femmes rapportent avoir eu des besoins psychosociaux non répondus (Da Costa et al., 2018). Les résultats témoignent d'occasions manquées pour soutenir, dépister et évaluer de manière plus approfondie ont été soulignées par les participantes, notamment en raison d'une tendance des professionnels à banaliser les difficultés vécues, les qualifiant de « normale ». Ces résultats viennent renforcer une littérature déjà bien établie portant sur la perception qu'ont les femmes de l'accessibilité au soutien en santé mentale en contexte périnatal. Bien que les guides de pratiques cliniques et les plans d'action recommandent des interventions visant à soutenir la santé mentale, plusieurs études recensées (Bayrampour et al., 2017 ; Byatt et al., 2013 ; Da Costa et al., 2018 ; Dol et al., 2022 ; Hannon et al., 2022 ; Kingston et al., 2015 ; Mule et al., 2022 ; Nagle & Farrelly, 2018 ; Viveiros & Darling, 2018 ; Wilson et al., 2024) font état de barrières persistantes dans l'accès aux services, ainsi que d'un niveau d'insatisfaction à l'égard des dispositifs existants, pointant l'importance de s'intéresser aux pratiques de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale.

Reflétant le faible soutien psychosocial perçu par les participantes, celles qui ont exprimé leurs difficultés auprès des professionnels ont également signalé un manque d'accompagnement pour trouver des ressources d'aide. Des résultats similaires sont partagés par Byatt et al. (2013) dans leur étude qui aborde plus spécifiquement les services et le soutien pour la dépression post natale. À la lumière des informations rapportées par les participantes, le manque de référence vers les services spécialisés pourrait s'expliquer, entre autres, par une utilisation limitée des outils de dépistage, et par ce qui semble être un faible investissement de la part des professionnels pour soutenir la santé mentale. En effet, ces derniers jouent un rôle clé dans l'orientation des femmes qui démontrent des signes s'apparentant aux troubles de santé mentale périnataux, tel que la dépression post-partum (Blackmore et al., 2021).

Par ailleurs, la participante ayant été orientée vers les services de santé mentale adulte rapporte un manque de continuité entre les services de santé périnataux et les services de santé mentale adulte, tel que rapporté également par les participants dans les études de DeRoche et al. (2023) et Nagle & Farrelly (2018). Ainsi, la participante a rapporté peu de lien entre les services de santé mentale et son vécu lié à la maternité. Malgré les connaissances qui soulignent l'importance de soutenir la parentalité des personnes vivant avec un trouble de santé mentale, plusieurs études ont mis en évidence que les divers services de santé mentale adulte ne soutiennent pas les patients dans leur parentalité (Piché et al., 2023).

5.3. Soutien souhaité

Enfin, le dernier objectif de cette étude était d'explorer le soutien souhaité pour aborder la santé mentale au sein des services de santé périnataux. À travers la description du soutien souhaité, les participantes ont souligné plusieurs pistes d'actions possibles. Ce dernier objectif permet de dégager des pistes d'action concrètes, jugées pertinentes par les participantes dans le contexte québécois. Ces données, issues directement de leur expérience et de leur perception, sont non documentées dans la littérature scientifique actuelle. Elles constituent ainsi une contribution originale, susceptible d'enrichir les pratiques en santé périnatale et d'alimenter les réflexions sur l'adaptation des services aux réalités locales. Ces résultats soulignent l'importance de porter une attention accrue aux approches de promotion et de prévention en santé mentale périnatale, en tant que leviers essentiels pour anticiper les besoins, renforcer les capacités d'agir des femmes et favoriser un accès équitable à des services adaptés. En s'appuyant sur les savoirs expérientiels des femmes, ces approches permettent non seulement de prévenir l'apparition de troubles, mais aussi de créer des environnements de soins plus sensibles, inclusifs et proactifs.

Pour débiter, les participantes ont souligné l'importance d'une prise en charge adaptée à

leurs besoins physiques en contexte périnatal. Cependant, elles ont également insisté sur la nécessité de soutenir la santé mentale et le bien-être au sein des services de santé périnataux. Elles ont exprimé que les professionnels de la santé avaient déjà un mandat très large, et ont suggéré que l'implication d'intervenants sociaux pourrait contribuer à faciliter l'accès à des actions de promotion de la santé ciblée pour les femmes, tout en améliorant l'accessibilité de soins spécifique pour répondre aux enjeux de santé mentale.

Différents programmes pour soutenir la santé mentale périnatale existent à travers le monde, portés par les professionnels de la santé, mais aussi par les professionnels des services sociaux (travailleurs sociaux, psychologue, etc.) (Scroggins et al., 2024). Ces pratiques, intégrant la collaboration de diverses disciplines, sont mises en œuvre dans certaines régions du monde. À titre d'exemple, aux États-Unis, les professionnels de la santé peuvent consulter les intervenants sociaux afin d'améliorer leurs compétences et leurs pratiques pour soutenir la santé mentale périnatale (Wilson, 2024).

Également, le programme *Towards Flourishing Mental Health Promotion Strategy* (Chartier et al., 2015) est un programme visant la promotion du bien-être psychologique des femmes et enfants à travers les visites à domicile destinées aux populations plus à risque. Ce programme propose l'ajout d'un professionnel en santé mentale pour accompagner les professionnels de la santé effectuant des visites à domicile, afin de mieux répondre aux besoins des familles. Les résultats de l'étude montrent que l'intégration de professionnel en santé mentale facilite le dialogue sur la santé mentale, renforce la confiance des professionnels de la santé dans leurs connaissances pour aborder ce sujet et illustre qu'un tel programme peut être mis en place au sein des services existants, tout en offrant un soutien significatif aux mères (Chartier et al., 2015).

Conscientes que l'ajout d'intervenants sociaux dans les suivis de santé périnataux était un souhait difficile à mettre en place dans le contexte actuel, elles ont abordé leur vision des améliorations possibles et accessibles. Vu le manque d'espace rapporté pour discuter de santé mentale, elles ont proposé une révision de l'organisation des services afin d'accorder une place à la santé mentale et au bien-être. Elles ont proposé de créer un temps spécifique pour aborder leurs inquiétudes.

Concernant les pratiques de promotion de la santé, notamment les enseignements de comportements favorables, elles estiment qu'une révision serait pertinente, tant en ce qui concerne les méthodes de transmission que des sujets abordés. À titre d'exemple, certaines participantes ont perçu que la diffusion d'informations lors du séjour à l'hôpital était trop rapide et effectuée à des moments inopportuns. Sans nommer de recommandations précises à ce sujet, elles ont souligné l'importance de revoir ces pratiques. En effet, le séjour hospitalier étant de courte durée, le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024) recommande également que « l'organisation des soins infirmiers, pendant et après le séjour hospitalier, doit être revue afin de permettre les surveillances requises tout en procédant aux dépistages, aux soins et aux conseils requis aux moments opportuns » (Roberge et Motard, 2024, p.26). Cet exemple illustre que, malgré les mesures mises en place pour promouvoir la santé, les participantes ont exprimé le besoin de réfléchir sur les meilleures façons de transmettre les informations et d'aborder la santé mentale.

Bien qu'elles aient perçu que les pratiques actuelles de promotion de la santé nécessitaient des améliorations, les participantes ont partagé le souhait que les approches de promotion et de prévention soient davantage mises de l'avant dans les services. Elles ont particulièrement souhaité la mise en place d'actions de promotion visant la santé mentale périnatale,

accompagnées d'une préparation prénatale accrue. Au Québec, des initiatives visant la promotion et la prévention de la santé mentale périnatale se multiplient. À titre d'exemple, deux initiatives seront présentées, soit le projet *Toi, Moi et bébé* (Côté et al., 2024) et le projet *Grande Ourse* (Samson, 2022). Premièrement, le projet *Toi, Moi et bébé* (Côté et al., 2024) est une adaptation du programme *Mothers and Babies* (Munoz et al., 2007). Les chercheurs (Côté et al., 2024) ont conçu une plateforme en ligne comprenant 10 modules, offerts gratuitement, destinés à aider les femmes à gérer le stress et les émotions associées à la période périnatale. Ainsi, les femmes ont accès à une variété de vidéos et d'informations sur la santé mentale périnatale, en plus de techniques concrètes pour prendre soin d'elles-mêmes. Les informations qui s'y trouvent ciblent la promotion de la santé mentale positive et du bien-être, mais des stratégies de gestion des difficultés liées à la santé mentale sont également présentes, tel que serait proposé dans une approche davantage préventive. Ce programme fait actuellement l'objet d'une étude dont les résultats sont à paraître.

Deuxièmement, le projet *Grande Ourse* (Samson, 2022), est une initiative en approche de promotion de la santé qui vise les aspects positifs de la santé tels que la promotion de la santé mentale périnatale positive et du bien-être psychologique. Il propose une trousse de documentation offerte gratuitement en ligne pour les femmes et les professionnels de la santé, incluant des informations sur la santé mentale positive et le bien-être périnatal. Toutefois, il semble que ces initiatives ne soient pas encore systématiques, à ce jour, malgré les connaissances sur l'importance de la promotion et de la prévention en contexte périnatal. Il est possible que ces initiatives ainsi que d'autres actions de promotion et de prévention se mettent en place, au cours de prochaines années, considérant qu'il s'agit d'une recommandation issue du *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Roberge et Motard-Bélanger, 2024).

Au-delà des recommandations et des lignes directrices de pratique, les participantes ont

partagé la perception de l'importance que les professionnels s'adaptent aux besoins spécifiques des femmes. Elles auraient souhaité davantage de soutien pour la santé mentale et les situations d'adversités vécues. Compte tenu du faible investissement rapporté par les participantes concernant la promotion et le soutien de leur santé mentale, il apparaît évident qu'elles souhaitent que cet aspect soit davantage pris en compte dans les services.

5.4. Recommandation pour la pratique

À la lumière des informations recueillies, plusieurs recommandations peuvent être formulées concernant les pratiques de promotion et de prévention au sein des services de santé périnataux. Malgré une connaissance approfondie des effets négatifs des difficultés de santé mentale sur la santé des femmes et des enfants, peu d'interventions semblent viser spécifiquement cet enjeu, tant dans les décisions gouvernementales (Wilson et al., 2024) que dans les programmes existants ailleurs dans le monde (Scroggins et al., 2024). La mise en place de guides de pratiques plus spécifiques à la santé mentale ou de programmes spécialisés, en contexte québécois, permettrait de l'aborder plus spécifiquement.

Tout d'abord, en matière de promotion de la santé, il serait essentiel de mieux cibler les besoins des femmes dans l'organisation des services et de renforcer les actions de promotion de la santé mentale périnatale. Pour y parvenir, le soutien à la formation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale constitue une piste d'amélioration pertinente (Scroggins et al., 2024). En effet, davantage de formations spécialisées en promotion de la santé mentale permettrait de soutenir la pratique des intervenants. Plus précisément en lien avec les pratiques de promotion de l'allaitement, afin de répondre plus efficacement aux besoins des familles, il serait pertinent d'évaluer leur satisfaction quant au soutien reçu et d'adopter une approche qui va au-delà de la simple promotion des bienfaits de l'allaitement. Une telle démarche permettrait de

réduire l'écart entre les attentes des familles et l'accompagnement offert (Lacerte et al., 2017), tout en limitant les effets perçus négatifs de ces pratiques sur leur bien-être.

De plus, selon le modèle de la promotion de la santé périnatale (Fahey et Shenassa, 2013), les femmes ont des besoins d'informations authentiques, reflétant la réalité, afin de développer des attentes réalistes. Elles nécessitent également un soutien pour mettre en place des stratégies d'adaptation positives ainsi que pour soutenir leur sentiment d'auto-efficacité (Fahey et Shenassa, 2013). En outre, elles doivent connaître des ressources disponibles et acquérir les compétences nécessaires pour mobiliser leur réseau de soutien formel et informel (Fahey et Shenassa, 2013). Enfin, il est crucial de les accompagner pour leur permettre de comprendre l'importance de prendre soin d'elles-mêmes, pour être en mesure de répondre aux besoins de la famille (Fahey et Shenassa, 2013).

Par ailleurs, en ce qui concerne les pratiques de prévention des troubles de santé mentale, les résultats suggèrent la mise en place d'une utilisation systématique d'outils de dépistage lors des suivis prénataux et postnataux. Le dépistage et l'évaluation de la santé mentale devrait faire partie des pratiques courantes auprès de chaque famille (Samson, 2023). À titre d'exemple, l'échelle de dépression d'Édimbourg est un outil validé dans plusieurs langues, dont le français, et pourrait être intégré services de santé périnataux. Par ailleurs, une étude menée auprès d'une population française souligne que certains items du questionnaire permettent également de dépister l'anxiété postpartum (Loyal et al., 2020). Toutefois, l'utilisation des outils de dépistage doit être effectuée avec précaution, car certains facteurs, tels que l'accouchement ou la santé physique du bébé pouvant influencer la santé mentale, ne sont pas systématiquement pris en compte (Loyal et al., 2020). De plus, il est essentiel que les femmes soient accompagnées lors de

l'administration de cet outil afin qu'elle puisse discuter des éléments qui les préoccupent (Bayrampour et al., 2017).

Pour conclure, il serait pertinent d'examiner des moyens concrets permettant d'évaluer les pratiques de promotion et de prévention au sein des services de santé périnataux. En effet, le développement d'outils de surveillance visant à mesurer les capacités du milieu de santé en matière de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale contribuerait à une meilleure documentation de ces pratiques (Lebrun-Paré et al., 2023).

À titre d'exemple, l'implantation systématique, dans les services de santé périnataux, d'un programme dédié à la promotion de la santé mentale et à la prévention de troubles de santé mentale permettrait la création d'outils concrets de mesures sur les pratiques réelles. Dépendant du devis d'implantation de programme, il serait également possible d'y intégrer une mesure de satisfaction des principaux acteurs concernés.

5.4.1. Place de la psychoéducation

En plus des recommandations pour la pratique, il est intéressant de réfléchir à l'apport particulier des psychoéducateurs en contexte périnatal. En effet, ces derniers pourraient être des ressources précieuses, tant pour soutenir les femmes que pour accompagner les professionnels de la santé dans la mise en œuvre de pratiques ciblées en santé mentale.

Premièrement, dans le cadre de leur mandat axé sur les capacités adaptatives, les psychoéducateurs pourraient être une ressource importante au contexte périnatal. En effet, il est essentiel que les femmes mobilisent leurs capacités d'adaptation pour faire face aux défis engendrés par l'arrivée d'un bébé. Les psychoéducateurs sont des professionnels aptes à accompagner les femmes confrontées à des difficultés d'adaptation en contexte périnatal. Ils

pourraient jouer également un rôle clé dans le dépistage, l'évaluation des difficultés de santé mentale, ainsi que dans la mise en place des interventions ciblées. En effet, selon l'OPPQ (2018), la planification d'une action psychoéducatrice comprend : « recueillir les données nécessaires pour cerner les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne » (p. 5), soit le dépistage et l'évaluation, ainsi que « mettre en place une intervention en psychoéducation et en assurer le suivi » (p. 6), ce qui permet de soutenir efficacement les personnes concernées.

De plus, les psychoéducateurs disposent d'un bagage de connaissances important sur le développement de la personne ainsi que les différentes approches en psychologie du développement. Bien que le concept de développement soit souvent associé à la petite enfance, il s'étend à toutes les étapes de la vie. À l'âge adulte, le développement est une période d'expérimentation marquée par la possibilité de faire une variété de choix (Papalia et al., 2023). La périnatalité, qui s'étend de la décision d'avoir un enfant jusqu'à ce que l'enfant atteigne 1 an (Observatoire des tous petits, 2021), constitue une étape de vie développementale durant l'âge adulte. En effet, ce rôle social attendu représente une transition majeure, générant une variété de changements, source de bonheur et de défis (Papalia et al., 2023). L'approche unique des psychoéducateurs, basée sur les principes du développement du processus d'adaptation, est un atout précieux pour soutenir les changements vécus en périnatalité.

Par ailleurs, les psychoéducateurs pourraient également assumer un mandat de rôle-conseil auprès des professionnels des services de santé périnataux quant aux pratiques probantes pour soutenir et favoriser la santé mentale périnatale. Le rôle-conseil consiste en un ensemble d'actions visant à accompagner un intervenant, un groupe d'intervenant ou une organisation dans la mise en place d'interventions pour répondre aux besoins de leur clientèle (OPPQ, 2022). Ainsi, bien que le psychoéducateur soutienne directement le professionnel de la santé, la cible principale est le

client qui bénéficiera des interventions prévues. En contexte périnatal, le psychoéducateur pourrait guider les professionnels de la santé qui œuvrent au sein des services de santé périnataux quant aux approches pour soutenir la santé mentale et le bien-être des femmes et proposer des interventions universelles adaptées à ce contexte de soins.

En conclusion, les psychoéducateurs pourraient contribuer à répondre aux enjeux identifiés dans la présente recherche en jouant un rôle clé dans l'amélioration des pratiques de promotion et de prévention des troubles de santé mentale au sein des services de santé périnataux.

5.5. Forces et limites de l'étude

Bien que les résultats de cette étude corroborent ceux recensés dans la littérature, plusieurs éléments rapportés peuvent enrichir les champs de recherche et de la pratique. En effet, cette étude met en lumière la perception globale des femmes quant au soutien en santé mentale reçu durant leurs suivis périnataux. Les résultats descriptifs révèlent que, malgré la perception positive du soutien en santé physique, davantage de ressources devraient être mobilisées pour soutenir la santé mentale et le bien-être périnatal.

Les objectifs de cette recherche ont permis de mettre en évidence plusieurs limites et enjeux présents dans les services de santé périnataux, tout en faisant émerger certaines pistes de solution selon la perception des femmes. Le troisième objectif, portant sur la perception du soutien souhaité, a offert aux participantes l'occasion de faire entendre leur voix quant aux améliorations possibles pour mieux intégrer la santé mentale dans les services de santé périnataux.

Ainsi, cette étude donne accès à une perspective précieuse et nuancée sur les besoins exprimés par les femmes, contribuant à orienter les pratiques vers une approche plus sensible et adaptée à leur réalité. Elle contribue en offrant des données qualitatives qui permettent de

percevoir un écart entre les services offerts et les besoins exprimés par les femmes. Ainsi, plusieurs éléments soulevés par les participantes pourraient, par la suite, faire l'objet d'études spécifiques afin d'approfondir la réflexion, ou servir de base à des recommandations pour la pratique professionnelle.

De plus, cette étude a plusieurs forces, notamment grâce à l'utilisation d'un devis qualitatif et d'entrevues semi dirigées. En effet, en raison de la nature subjective du sujet d'étude, ce type de devis a permis d'explorer la réalité subjective des participantes, telle que défini par Fortin et Gagnon (2022). Ce cadre méthodologique a facilité l'approfondissement de thématiques qui n'auraient peut-être pas été soulevées par le chercheur. En effet, de manière spontanée, les participantes ont partagé des éléments similaires sans qu'ils ne soient abordés dans les thèmes de relance préparé, par exemple, les éléments rapportés concernant les pratiques de promotion de l'allaitement.

De plus, il est essentiel de connaître l'opinion et la perception des femmes qui traversent la période périnatale afin de développer des interventions adaptées qui favorisent la santé périnatale (Scorggins et al., 2024). Le présent mémoire permet de comprendre la perception des femmes dans le contexte de soin de santé périnataux québécois, ce qui pourrait permettre d'entamer davantage de recherche sur la mise en place de programme pour soutenir la santé mentale périnatale des femmes québécoises.

Ce projet présente également quelques limites, notamment, en ce qui concerne le recrutement des participantes. Le recrutement, effectué via les réseaux sociaux, a suscité un engouement rapide, entraînant la fermeture du formulaire d'inscription rapidement dès que l'échantillon initial fût complet. Cependant, en limitant les publications seulement dans des pages universitaires, les participantes recrutées présentaient des caractéristiques très homogènes,

reflétant majoritairement un groupe de femmes issu d'un milieu socioéconomique favorable. Aucune femme présentant des critères de vulnérabilité socioéconomique n'a participé à l'étude. Il serait pertinent de reproduire une étude en incluant des participantes issues de milieux plus diversifiés. Il est possible qu'elles aient reçu davantage de services et de soutien, mais leur vécu reste à documenter. La présente étude ne permet pas de situer le portrait de la situation chez une clientèle vulnérable issu d'un milieu socioéconomique plus défavorisé.

Pour des recherches futures, il pourrait être bénéfique d'explorer l'opinion des professionnels de la santé des services de santé périnataux au Québec sur les approches pour soutenir la santé mentale périnatale dans leur mandat actuel. En combinant ces perspectives avec une recension des différents programmes existant pour soutenir la santé mentale en contexte périnatal et leurs effets perçus, des recommandations pour la pratique professionnelle pourraient être ciblées dans une vision d'amélioration continue dans les services.

Conclusion

Le présent mémoire avait pour but de décrire la perception du soutien reçu et souhaité en approche de promotion de la santé et de prévention des troubles de santé mentale dans les services de santé périnataux. Les résultats mettent en lumière d'intéressantes pratiques mises en place quant à la réponse aux besoins physiques. Cependant, les participantes ont nommé des limites dans les pratiques de promotion et de prévention.

Pour remédier aux limites identifiées, les participantes ont suggérer de réviser l'organisation et les objectifs des services, tout en intégrant des intervenants sociaux. À la lumière des résultats, plusieurs pistes d'actions pour soutenir les pratiques ont été présentées. Cette étude met en relief des résultats soulignant l'importance de se questionner sur les pratiques mises en place pour soutenir la santé mentale des femmes en contexte périnatal. Davantage d'études sur le sujet, tel qu'une évaluation approfondie des besoins auprès des principaux acteurs concernés, permettrait la mise en place de pratiques sensibles aux réalités du milieu ainsi qu'aux besoins prioritaires à aborder.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008) *Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé*.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1568563>
- Agence de la santé publique du Canada. (2022) *Promotion de la santé mentale positive*.
Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante-mentale-positive.html>.
- Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183-195. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>
- Bayrampour, H., McNeil, D. A., Benzies, K., Salmon, C., Gelb, K., & Tough, S. (2017). A qualitative inquiry on pregnant women's preferences for mental health screening. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1512-4>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Gray, K. M., Willey, S., Highet, N., & Gibson-Helm, M. (2022). Introducing and integrating perinatal mental health screening : Development of an equity-informed evidence-based approach. *Health Expectations*, 25(5), 2287-2298.
<https://doi.org/10.1111/hex.13526>
- Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques*. (2e éd.). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Britton, J. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2) :37-44. DOI: 10.3109/0167482X.2012.658464

Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings : How do they compare to the views of perinatal health care professionals? *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 598-604. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011>

Canadian Perinatal Mental Health Collaborative. (2021). *Time for action: Why Canada needs a national perinatal mental health strategy now more than ever*. <https://cpmhc.ca/report>

Chartier, M.J., Attawar, D., Volk, S.J., Cooper, M., Quddus, F. et McCarthy J. (2015). Postpartum Mental Health Promotion : Perspectives from Mothers and Home Visitors. *Public Health Nursing*, 32, 6, 671-679. Doi: 10.1111/phn.12205

Da Costa, D., Zelkowitz, P., Nguyen, TV. *et al.* Mental health help-seeking patterns and perceived barriers for care among nulliparous pregnant women. *Arch Womens Ment Health* 21, 757–764 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0864-8>

DeCoste, K. L., Benoit, B. L., Dewart, G. K., & Johnson, S. T. (2024). Registered nurse lactation consultants' experiences supporting maternal mental health : A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 138, 104145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104145>

DeRoche, C., Hooykaas, A., Ou, C., Charlebois, J., & King, K. (2023). Examining the gaps in perinatal mental health care : A qualitative study of the perceptions of perinatal service providers in Canada. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1027409. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1027409>

Dol, J., Hughes, B., Tomblin Murphy, G., Aston, M., McMillan, D., & Campbell-Yeo, M. (2022).

Canadian Women's Experience of Postnatal Care : A Mixed Method Study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 54(4), 497-507.

<https://doi.org/10.1177/08445621211052141>

Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the

Postpartum Period : The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of*

Midwifery & Women's Health, 58(6), 613-621. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>

Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondement et étapes du processus de recherche Méthode*

quantitative et qualitative (4^{ième} éd). Chenelière Éducation.

Gaudet, S., & Robert, D. (2018). Choisir des outils pour réaliser un terrain de recherche. In

L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique

(pp. 81–122). University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv19x4dr.10>

Gouvernement du Québec. (2025). Service de Soutien Ma Grossesse.

[https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/soutien-
pendant-grossesse-naissance/grossesse/service-ma-
grossesse?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAzvC9BhADEiwAEhtlN27GESnyIHw0-
LEhPh35vaLusDj-Bw53lAkMhk2keWEXysTipsP2NhoCykYQAvD_BwE](https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/soutien-pendant-grossesse-naissance/grossesse/service-ma-grossesse?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAzvC9BhADEiwAEhtlN27GESnyIHw0-LEhPh35vaLusDj-Bw53lAkMhk2keWEXysTipsP2NhoCykYQAvD_BwE)

Gouvernement du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé.*

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>

Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D.

(2022). Positive postpartum well-being : What works for women. *Health Expectations*,

25(6), 2971-2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>

- Hicks, L. M., Ou, C., Charlebois, J., Tarasoff, L., Pawluski, J., Roos, L. E., Hooykaas, A., Fairbrother, N., Carter, M., & Tomfohr-Madsen, L. (2022). Assessment of Canadian perinatal mental health services from the provider perspective : Where can we improve? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 929496. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.929496>
- Higgins, A., Carroll, M., Gill, A., Downes, C., Monahan, M. (2017) Perinatal Mental Health Care: Best Practice Principles for Midwives, Public Health Nurses and Practice Nurses. Dublin: Health Service Executive.
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2018). *L'intégration d'activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec. Avis.*
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2020). *Offrir des services dans une perspective d'universalisme proportionné.* [Offrir des services dans une perspective d'universalisme proportionné | Institut national de santé publique du Québec](#)
- Institut de la statistique du Québec., 2023, Naissance et taux de natalité, Québec, 1900-2022., <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-et-taux-de-natalite-quebec>
- Jack, S. M., Duku, E., Whitty, H., Van Lieshout, R. J., Niccols, A., Georgiades, K., & Lipman, E. L. (2022). Young mothers' use of and experiences with mental health care services in Ontario, Canada : A qualitative descriptive study. *BMC Women's Health*, 22(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01804-z>
- Julien, D. et Bordeleau, M. *La santé mentale positive : Étude du concept et de sa mesure.* (2021). Institut de la statistique du Québec.

- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health : Early and Often Throughout the Lifespan. Dans C. L. M. Keyes (Éd.), *Mental Well-Being* (p. 3-28). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_1
- Kingston, D., Austin, M.-P., Heaman, M., McDonald, S., Lasiuk, G., Sword, W., Giallo, R., Hegadoren, K., Vermeyden, L., Van Zanten, S. V., Kingston, J., Jarema, K., & Biringier, A. (2015). Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 186, 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.029>
- Lacerte, J., Levasseur, M., McSween, A., & Provencher, V. (2017). Promotion de l'allaitement : Vers de nouvelles recommandations pour optimiser le bien-être des familles. *Canadian Journal of Public Health*, 108(2), e214-e216. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5732>
- Lebrun-Paré, F., Mantoura, P., Roberge, M.-C. (2023). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec*. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3365-cadre-conceptuel-surveillance-sante-mentale-troubles-mentaux.pdf>
- Loyal, D., Sutter, A.-L., & Rasclé, N. (2020). Screening Beyond Postpartum Depression: Occluded Anxiety Component in the EPDS (EPDS-3A) in French Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 24(3), 369–377. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02885-8>
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*.
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2021). Is positive mental health and the absence of mental illness the same? Factors associated with flourishing and the

- absence of depressive symptoms in postpartum women. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 629-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.23081>
- Mule, V., Reilly, N. M., Schmied, V., Kingston, D., & Austin, M.-P. V. (2022). Why do some pregnant women not fully disclose at comprehensive psychosocial assessment with their midwife? *Women and Birth*, 35(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.001>
- Muñoz RF, Le HN, Ippen CG, Diaz MA, Urizar GG, Soto J, et al. Prevention of postpartum depression in low-income women: development of the mamás y bebés/mothers and babies course. *Cogn Behav Pract.* 2007;14(1):70–83
- Nagle, U., & Farrelly, M. (2018). Women’s views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Observatoire des tout-petits. (2021). L’accès aux services périnataux. https://tout-petits.org/fichiers/portraitpp2021/Portrait2021-FR_Theme1.pdf
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2022). *L’exercice du rôle-conseil en psychoéducation*. Normes d’exercice. https://ordrepse.d.qc.ca/wp-content/uploads/2022/10/Ro%CC%82le-conseil_VERSION-VF-20220926.pdf
- Papalia, D. E., Papalia, D. E., Martorell, G., Bève, A., Laquerre, N., & Scavone, G. (2023). *Psychologie du développement humain* (10e édition). Chenelière éducation.
- Paquette, D., Bégin, C. et Marsolais, L. (2018) *Guide de fonctionnement - Comité sur les environnements favorables à la santé (CEFS)*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique. <https://www.ciasss->

lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publique/Themes/Environnements%20favorables/Guide_fonctionnement_CEFS_2018-04.pdf

Poissant, J. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants – État des connaissances*. Institut national de santé publique. Récupéré de <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2327234>

Réseaux des Centres de ressources périnatales du Québec. (2024). *La périnatalité au Québec, Livre blanc du milieu communautaire*. <https://www.rcrpq.com/wp-content/uploads/2024/02/Livre-blanc-perinatalite-Quebec.pdf>

Roberge, S., Motard-Bélanger, A., (2024). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>

Sacks E, Finlayson K, Brizuela V, Crossland N, Ziegler D, Sauve' C, et al. (2022) Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS ONE* 17(8): e0270264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270264>

Sauvayre, R. (2021) . Chapitre 3. Le guide d'entretien. Initiation à l'entretien en sciences sociales - 2e éd. Méthodes, applications pratiques et QCM. (p. 29 -60). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-page-29?lang=fr>.

Scarborough, J., & Cooper, L. (2022). The bidirectional relationship between breastfeeding and mental health. *British Journal of Midwifery*, 30(10), 554–562. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.10.554>

- Scroggins, J. K., Harkins, S. E., Brown, S., St. Clair, V., LeBron, G. K., & Barcelona, V. (2024). A systematic review of community-based interventions to address perinatal mental health. *Seminars in Perinatology*, 48(6), 151945. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151945>
- Semenic, S., Groleau, D., Rodríguez, C., Gray-Donald, K., Bell, L., et Haiek, L. (2012). *L'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec. Rapport de recherche*. http://www.thechildren.com/sites/default/files/3-rapport_scientifique_2009-am-132497.pdf.
- Shimpuku, Y., Iida, M., Hirose, N., Tada, K., Tsuji, T., Kubota, A., Senba, Y., Nagamori, K., & Horiuchi, S. (2022). Prenatal education program decreases postpartum depression and increases maternal confidence : A longitudinal quasi-experimental study in urban Japan. *Women and Birth*, 35(5), e456-e463. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.11.004>
- Soucy, L.N., Terrell, R.M., Chedid, R.A. et Phillips. K.P. (2023) Best practice in prenatal health promotion : Perceptions, expériences, and recommendations of Ottawa, Canada, prenatal key informant. *Womens' Health*. 19. 1-12. <https://doi.org/10.1177/17455057231158>
- Spelke, B. & Werner, E. (2018). The fourth trimester of pregnancy: Committing to maternal health and Well-being postpartum. *Rhode Island Medical Journal*. 30-33.
- Statistique Canada. (2019). *Santé mentale maternelle au Canada 2018-2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.pdf?st=PlpGPoz->
- St-Pierre, J., Gauthier, A. et Pollet., E. (2023). *L'usage du concept de vulnérabilité en santé publique Outil d'aide à la réflexion éthique*. Institut National de Santé Publique du

Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf

- Tully, K. P., Stuebe, A. M., & Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester : A critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.032>
- Varin, M., Palladino, E., Orpana, H. M., Wong, S. L., Gheorghe, M., Lary, T., & Baker, M. M. (2020). Prevalence of Positive Mental Health and Associated Factors Among Postpartum Women in Canada : Findings from a National Cross-Sectional Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 24(6), 759-767. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02920-8>
- Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2018). Barriers and facilitators of accessing perinatal mental health services : The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. *Midwifery*, 65, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.018>
- Walker, L. O., Sterling, B. S., Becker, H., Hendrickson, S., & Xie, B. (2018). Development and evaluation of a mother-centered toolkit for postpartum behavioral and psychosocial health. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 591-599. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9928-5>
- Wilson, C. A., Bublitz, M., Chandra, P., Hanley, S., Honikman, S., Kittel-Schneider, S., Rückl, S. C. Z., Leahy-Warren, P., & Byatt, N. (2024). A global perspective : Access to mental health care for perinatal populations. *Seminars in Perinatology*, 48(6), 151942. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151942>
- Womersley, K., & Alderson, H. (2024). Perinatal mental health. *Medicine*, 52(10), 632-636. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.07.009>

Yelland, J., McLachlan, H., Forster, D., Rayner, J., & Lumley, J. (2007). How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia. *Midwifery*, 23(3), 287-297.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.06.003>

Annexe 1

Formulaire de consentement

1- Titre du projet de recherche :

Santé mentale et bien-être dans les services de santé périnataux : L'expérience des femmes.

2- Nom des personnes-ressources :

Étudiante chercheuse : Ariane Ratté, département de psychologie et psychoéducation

Directrice de recherche : Geneviève Piché, département de psychologie et psychoéducation

3- Introduction

Votre participation est sollicitée pour le projet de recherche en titre. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de

considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

4- Nature et objectif du projet

Ce projet s'intéresse à la santé mentale et le bien-être durant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum. La santé mentale réfère au bien-être mental qui permet de faire face aux sources de stress, de réaliser notre potentiel et de participer dans notre communauté. Donc, la santé mentale ne réfère pas seulement à la présence ou l'absence de maladie mentale. Il s'agit de l'état de santé d'une personne qui est influencé par l'environnement dans lequel elle évolue, sa biologie, ses habitudes de vie et le système des soins.

Plus précisément, ce projet s'intéresse au soutien reçu en matière de santé mentale et de bien-être dans les services de santé périnataux. Les services périnataux, dans le cadre de cette recherche, réfèrent à tout contact avec le réseau de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes) durant la grossesse, l'accouchement et les suivis postpartum.

L'objectif de cette recherche est de décrire la perception des mères sur le soutien reçu et souhaité en matière de santé mentale et de bien-être dans les services de santé périnataux.

Votre participation permettra de mieux comprendre les besoins des femmes en matière de santé mentale et de bien-être dans les services de santé périnataux.

Ce projet n'est financé par aucun organisme subventionnaire.

5- Déroulement de l'implication :

Votre implication dans le projet consiste à participer à une entrevue individuelle via la plateforme Teams d'une durée approximative de 1h-1h30. Les entrevues seront enregistrées

afin de permettre la transcription du contenu. Il sera possible de fermer votre caméra durant l'entrevue si vous en ressentez le besoin.

Les questions abordées seront à propos de votre perception des pratiques et de la manière dont la santé mentale est abordée dans les services de santé périnataux. Pour y participer, vous devez avoir été en contact avec les services de santé périnataux dans les deux dernières années. Le temps écoulé entre l'entrevue et votre accouchement ne doit pas dépasser deux ans.

6- Risques et inconvénients

Par votre participation, un risque de nature psychologique est possible durant l'entrevue. Il est possible que vous viviez certaines émotions, telles que de la frustration, du stress, de la gêne durant l'entrevue. Il est aussi possible que de discuter de votre passage dans les services de santé périnataux fasse ressortir des sensibilités psychologiques associées à votre vécu lié à la grossesse, l'accouchement ou la période postpartum. Si vous vivez un tel inconfort, vous êtes invité à en parler à l'étudiante chercheuse. **Vous serez accompagné dans ce que vous vivez et selon vos besoins.**

De plus, voici une liste de ressources à laquelle vous pouvez vous référer au besoin.

Ressources disponibles

Info-Social ou Info-Santé : 8-1-1

SOS violence conjugale : 1-800-363-9010 www.sosviolenceconjugale.ca

Ligne Parents : 1-800-361-5085 www.ligneparents.com

SOS Grossesse : 1-877-662-9666 www.sosgrossesse.com

Écoute Entraide : 1-844-294-2130 www.ecoute-entraide.org

7- Avantages

Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances. Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet, mais celle-ci vous donnera l'opportunité de vous exprimer par rapport à votre vécu dans les services de santé périnataux. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

8- Participation volontaire et retrait de participation

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Si durant l'entrevue ou après vous souhaitez retirer les informations transmises, vous pouvez en faire la demande à l'étudiante chercheuse.

9- Confidentialité et conservation des données:

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. À des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Dans l'éventuelle situation que vous me partagiez des propos qui menace votre vie ou celle d'autrui, le bris de confidentialité sera évalué en fonction du risque pour la sécurité des personnes concernées. ***Si le risque de vos propos est évalué comme étant élevé, l'entrevue sera arrêtée pour vous diriger vers une ressource d'aide urgente.***

Durant la période de collecte de données, les entrevues seront enregistrées dans un fichier protégé hébergé sur les serveurs de l'UQO. Seule l'étudiante chercheuse aura accès aux

enregistrements. Il sera possible de fermer votre caméra durant l'entrevue si vous en ressentez le besoin.

Par la suite, tout contenu sera anonymisé durant le processus de transcription. À la suite de la transcription, les enregistrements seront détruits en utilisant un logiciel de destruction des fichiers. À partir de ce moment, les données dénominalisées ne seront plus accessibles aux participants étant donné que ces données ne pourront plus être associées à un participant. Les données dénominalisées seront conservées durant 5 ans puis détruites à l'aide d'un logiciel de destruction des fichiers.

Les données recueillies et les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification.

10- Utilisation des données:

Les résultats de cette recherche seront présentés dans un mémoire de maîtrise, des présentations du projet, ainsi qu'un article scientifique. Les résultats seront présentés de façon globale et en aucun cas les participants ne pourront être identifiés. Si un participant souhaite obtenir une copie du mémoire, il pourra en faire la demande à l'étudiante chercheuse.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

11- Approbation éthique et personne-ressource

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez communiquer avec Ariane Ratté par courriel au [REDACTED]

Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, Président du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, 819-595-3900, poste 1781, andre.durivage@uqo.ca

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

L'enregistrement audiovisuel est essentiel à la collecte de données. Si vous éprouvez des inconforts à être enregistré, il est possible d'enregistrer seulement l'audio ou de fermer votre

caméra afin de limiter votre exposition durant l'enregistrement.

Il est à noter que seulement la personne avec qui vous ferez l'entrevue (Ariane Ratté, étudiante à la maîtrise en psychoéducation) aura accès aux enregistrements et que ceux-ci seront conservés dans un logiciel sécurisé puis détruit après l'anonymisation des données.

Le refus d'enregistrer l'entrevue (seulement audio ou audio et vidéo) fait en sorte qu'il ne sera pas possible de participer à l'étude. L'enregistrement audio et/ou vidéo est essentiel à l'analyse des données. Cependant, si vous n'êtes pas à l'aise, vous avez droit de refuser de participer à cette étude.

J'accepte qu'on enregistre l'audio et le vidéo de l'entrevue *OUI* ☐ *NON* ☐

J'accepte qu'on enregistre seulement l'audio de l'entrevue *OUI* ☐ *NON* ☐

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Nom du participant : _____ Signature du participant

Date : _____

Nom du chercheur :

Signature du chercheur :

Annexe 2

Affiche de recrutement

Participation à un projet de recherche

Vous êtes une femme de 18 ans et plus ayant donnée naissance durant la dernière année?

Votre participation est sollicitée pour participer à une entrevue individuelle d'environ 1h30

Objectif du projet:
Documenter l'expérience des femmes quant à leur santé psychologique et bien-être dans les services de santé périnataux.

Pour participer, contacter Ariane Ratté étudiante à la maîtrise en psychoéducation au
[redacted]

UQO

***Ce projet a reçu l'appobation du comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais**

Texte qui a accompagné l'affiche :

Vous aimeriez partager votre expérience dans les services de santé périnataux?

Vous aimeriez participer à l'avancement des connaissances sur le bien-être et la santé mentale des femmes en postpartum?

Vous êtes sollicités à participer à une entrevue individuelle pour partager votre expérience en lien avec la place de votre santé mentale et de votre bien-être lors de vos suivis dans les services de santé périnataux.

Le but de cette recherche est de décrire la perception des mères sur le soutien reçu et le soutien souhaité en matière de santé mentale dans les services de santé périnataux. Votre implication consiste à participer à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 1 heure avec l'étudiante chercheuse.

Vous pouvez accéder à plus d'informations sur la recherche et votre implication ainsi que souligner votre intérêt via ce lien.

Vous pouvez aussi contacter Ariane Ratté par courriel au [\[REDACTED\]](#) pour plus d'informations ou pour souligner votre intérêt.

GUIDE D'ENTRETIEN

Titre du projet : Bien-être et santé mentale dans les services de santé périnataux du Québec : l'expérience des femmes.

1. Présentations mutuelles

- Identification de la chercheuse (nom, titre et institution).

2. Formulaire d'information et de consentement

- Partage d'écran pour présenter le formulaire de consentement, préalablement signé.
- Lecture avec la personne participante.
- Vérification de la compréhension de la personne participante par la chercheuse (chaque section). Préciser et expliquer clairement au besoin.

3. Fiche signalétique

- Durée de l'entretien
- Âge de la participante
- Nombre de grossesse
- Région de la participante

4. Explication du déroulement de l'entretien

- Ce qui m'intéresse c'est ton expérience dans les services.
- Pas de bonne ou mauvaise réponse

- Prise de notes
- Enregistrement

5. Démarrage de l'enregistrement audio de l'entretien (le cas échéant).

6. Question de départ

« Vous avez vécu des suivis de grossesse, un accouchement et des suivis postpartum dans les services de santé périnataux au Québec. J'aimerais que vous me parliez de votre expérience, notamment par rapport à la considération de votre bien-être et votre santé mentale du premier suivi jusqu'au dernier. »

7. Thèmes de relance

7.1 Promotion de la santé

7.1.1 Services utilisés ou offerts par les professionnels

7.2.2. Perception du soutien reçu

7.2 Prévention des troubles de santé mental

7.2.1. Services utilisés ou offerts par les services

7.2.2. Perception du soutien reçu

7.3 Déroulement des suivis

7.3.2 Perception de la qualité et pertinence

7.4 Sentiment vis-à-vis les intervenants

7.4.1 Rôles perçus

7.4.2. Attitudes

7.4.3 Accompagnement

7.5 Sentiments vis-à-vis les services

7.5.1. Difficultés, déceptions et résistances

7.5.2. Points forts et facilitateurs

7.5.3 Rétroaction

7.5.4 Perceptions quant au soutien souhaité

8. Nouveaux thèmes émergents

9. Mot de la fin

« Est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose pour conclure la rencontre d'aujourd'hui ? »

10. Remerciements et réponses aux questions de la personne participante

Annexe 4

Arbre de code N'Vivo

Section 1 – Promotion de la santé

1.1 Accessibilité de l'information

1.1.1 Informations trouvées d'elles-mêmes

1.1.2 Ressources d'informations valides présentées par les services de santé périnataux

1.1.3 Perception des informations reçues

1.1.4 Manque d'informations

1.2 – Enseignement des comportements favorables à la santé

1.2.1 Sujet d'enseignement

1.2.2 Explication et moment

1.2.3 Perception des enseignements

1.3- Environnement favorables

1.3.1- Accessibilité des services

1.3.2- Objectifs cibles des services

1.3.3- Organisation des services

1.3.4 – Vécu dans les services

1.3.4.1 Situation problématique

1.3.4.2 Sentiment en lien avec la problématique

1.3.4.3 Réponse des services

1.3.4.4 Effet perçu

1.4 – Valeur d'autonomie

1.4.1- Consentement

1.4.2 - Intrusion du corps

1.4.3 – Infos présentés pour faire un choix éclairé

1.4.4 – Pression

1.5 Points fort et positifs dans les services de santé périnataux

Section 2 – Prévention des troubles de santé mentale

2.1 – Dépistage

2.2- Sensibilisation des troubles de santé mentale

2.3 – Présentation des services disponibles

2.4- Référence vers les services disponibles

2.5- Services utilisés

2.6- Perception du soutien reçu

Section 3 – Perception du soutien souhaité

3.1 - Perception de la santé mentale en contexte périnatal

3.2- Expérience transformante

3.3- Perception du rôle des intervenants

3.3 – Perception du soutien souhaité