UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

VIVRE LA TRANSITION À LA MATERNITÉ EN TEMPS DE PANDÉMIE DE COVID-19 : LE VÉCU POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT DES FEMMES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL RECHERCHE)

PAR PAMÉLA HAMEL-HILARÉGUY

Sommaire

La transition à la maternité est une période charnière dans la vie d'une femme et souvent un moment de grande vulnérabilité sur le plan de la santé mentale. La pandémie de COVID-19 a contribué à amplifier cette fragilité en raison des nombreux bouleversements sociaux qui se sont manifestés, créant un contexte stressant et complexe pour les futures et nouvelles mères. Des études ont d'ailleurs relevé une augmentation significative des symptômes de dépression, d'anxiété et du trouble de stress post-traumatique (TSPT), mettant en lumière les multiples défis psychologiques auxquels sont confrontées les femmes durant cette période. Jusqu'à présent, très peu d'études ont examiné le TSPT chez les femmes vivant une transition vers la maternité en période de pandémie de COVID-19. Compte tenu de l'ampleur de son incidence et des répercussions psychosociales du TSPT sur les femmes et les familles, il devient essentiel de mieux appréhender l'expérience des femmes en période périnatale dans ce contexte pandémique. Dans cette optique, la présente étude vise à répondre à la question suivante : Quels sont les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie ? Une approche qualitative descriptive guidée par la technique améliorée des incidents critiques (TAIC) a été utilisée pour répondre à la question de recherche. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de 14 mères ayant obtenu un score clinique de TSPT dans l'échelle de mesure du Post-Traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5 (PCL-5) (≥ 31/80) complété entre 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant. L'analyse des données a permis de faire émerger une catégorie englobante « Devenir maman en temps de pandémie : une expérience opposée à celle

imaginée » qui se compose de six sous-catégories, soient : 1) se tourmenter sur les effets du virus et de la pandémie de COVID-19 sur soi et ses proches; 2) se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s; 3) devoir s'adapter à la gestion d'une réalité familiale transformée; 4) faire face à une grossesse ou à un déroulement d'accouchement inattendu; 5) recevoir des soins manquant de bienveillance par les professionnels de la santé; et 6) composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services. Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance du rôle des infirmières en tant que leader pour améliorer l'expérience périnatale des futures et des nouvelles mères. Au niveau de la gestion, par exemple, il est essentiel de revoir les lignes directrices nationales, les politiques et les standards de pratique en périnatalité pour les adaptés au temps de crise et aux avancées scientifiques. Concernant la pratique clinique, les résultats reflètent la nécessité de procéder à un dépistage systématique des symptômes du TSPT pendant la grossesse et suite à la naissance. Au niveau de la formation, il est nécessaire d'intégrer la notion du TSPT dans le cursus des étudiantes et des professionnels de la santé œuvrant en périnatalité. Enfin, les résultats mettent de l'avant l'importance de mener des recherches longitudinales sur les expériences maternelles potentiellement traumatisantes en situation d'adversité.

Mots-clés : mères, période périnatale, pandémie de COVID-19, expériences, trouble de stress post-traumatique.

Keywords: mothers, perinatal period, COVID-19 pandemic, life experiences, stress disorders post-traumatic.

Table des matières

Sommaireii
Liste des tableauxviii
Liste des figures
Remerciements x
Introduction1
Problématique
Le but de l'étude
La question de recherche
La pertinence de l'étude pour les sciences infirmières
Contexte théorique
La stratégie de recherche pour examiner l'état des connaissances
L'expérience de la maternité en contexte de pandémie de COVID-1922
Les changements structurels et organisationnels des soins et des services de périnatalité en réponse à la pandémie
Les répercussions de la COVID-19 sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale
La théorie bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner47
L'origine et la description de la théorie bioécologique du développement humain 48
L'application et la pertinence de la théorie biologique du développement humain pour l'étude actuelle
Méthodologie
La méthodologie de recherche : la technique améliorée des incidents critiques 54

La détermination des objectifs généraux	56
L'élaboration des plans et des spécifications	56
La collecte des données	57
L'analyse des données	57
L'interprétation et la transmission des résultats	57
Le déroulement de l'étude	58
Le milieu de l'étude	58
La population cible et l'échantillon	58
Les critères d'inclusion et d'exclusion	59
La technique d'échantillonnage	59
Le recrutement des participantes	60
Les instruments de collecte de données	61
L'analyse des données	66
La détermination du cadre de référence	66
La formulation des catégories dérivées du regroupement d'incidents similaires	67
La détermination du niveau de spécificité et de généralité	69
Les considérations éthiques	71
Les 4 critères de scientificité appliqués	73
La crédibilité	73
La confirmabilité	74
La fiabilité	75
La transférabilité	75

Résultats
Les données sociodémographiques et cliniques des mères
Les évènements périnataux potentiellement traumatisants chez les mères
Devenir maman en temps de pandémie : une expérience opposée à celle imaginée 87
Se tourmenter sur les effets du virus et de la pandémie de COVID-19 sur soi et ses proches
Se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s
Devoir s'adapter à la gestion d'une réalité familiale transformée
Faire face à une grossesse ou à un déroulement d'accouchement inattendu 100
Recevoir des soins manquants de bienveillance par les professionnels de la santé 103
Composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services 108
Discussion
S'inquiéter de la santé de son bébé et de sa capacité à être une bonne mère
La maternité en période de confinement : une expérience invisible aux yeux des autres et marquée par la solitude
Le manque de soutien instrumental et psychologique des proches
Faire face à des situations stressantes, menaçantes ou incertaines dans le parcours de vie et l'expérience de la maternité, et à la détresse émotionnelle qu'elles génèrent125
Les répercussions de la COVID-19 sur l'insatisfaction des soins reçus par les professionnels de la santé
Les effets des restrictions de la COVID-19 sur les services de périnatalité : quand les mesures sanitaires amènent à la déshumanisation de soins
Les recommandations selon les cinq axes de la discipline infirmière
Le politique
La gestion

La formation	136
La pratique clinique	137
La recherche	139
Les forces et les limites de l'étude	140
Les forces de l'étude	140
Les limites de l'étude	141
Conclusion	144
Références	148
Appendice A. Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)	180
Appendice B. Mot clés pour recenser les écrits selon les bases de données	184
Appendice C. Formulaire d'information et de consentement	202
Appendice D. Extrait du questionnaire sociodémographique de l'étude COCON	208
Appendice E. Guide d'entretien	219
Appendice F. Canevas du journal de bord	228
Appendice G. Certification d'approbation éthique	231

Liste des tableaux

Tab1	leau
Iuo	Cuu

1	Mots clés pour recenser les écrits selon la base de données CINHAL	18
2	Le portrait des données sociodémographiques des participantes	79
3	Le portrait des données cliniques des participantes	82
4	La synthèse des portraits sociodémographique et clinique des participantes	84

Liste des figures

т.		
H 1	$\alpha 11$	110
1.1	೭೮	ıιν

1.	Diagramme de flux	21
2.	La taxonomie des différents niveaux systémiques	.49
3.	Les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19	.86

Remerciements

Bien que les cours de méthodes qualitatives et quantitatives pendant mon cursus au baccalauréat en sciences infirmières n'étaient pas parmi mes préférés, l'influence positive de professeurs expérimentés et passionnés tels que Chantal Verdon, Christine Gervais, Diane Dubeau, Roseline Galipeau, Lucie Lemelin, et Eric Tchouaket Nguemeleu a radicalement transformé ma perspective. Leurs connaissances exceptionnelles, leurs partages enrichissants et leur enseignement remarquable au deuxième cycle m'ont permis d'apprécier un tout autre aspect du travail de chercheuse que je n'aurais jamais envisagé. Alors, merci pour cette belle découverte.

Je tiens ensuite à remercier ma directrice de mémoire, Francine de Montigny, qui m'a accueillie à bras ouverts dans sa merveilleuse équipe de recherche, et qui m'a pris sous son aile empreinte de sagesse et d'expérience pour réaliser une tâche aussi significative qu'un mémoire de maîtrise. Alors, merci Francine pour ta guidance, ta patience et ton écoute. Pour continuer, je souhaite remercier ma co-directrice de mémoire, Isabelle Landry, qui a joué un rôle extrêmement important dans la poursuite de mes études. Isabelle, je veux que tu saches que, même si nos chemins se sont croisés plus tard, je me sens extrêmement privilégiée d'avoir été soutenue par une personne aussi talentueuse et bienveillante que toi.

De plus, je ne peux passer sous silence la présence d'esprit de Giulia Corno qui m'a aidée avec l'extraction des nombreuses données, et Caroline René, qui a pigmenté mes réflexions lors de l'analyse.

Merci aussi à Valérie Lebel, qui, suite à la participation d'un de ses cours à la maîtrise, m'a permis d'élargir mes connaissances à titre d'assistante de recherche. Merci Valérie pour ta grande générosité et ta confiance infinie. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

J'aimerais également remercier ma maman qui a joué le rôle le plus prépondérant dans la réussite de mes études. Je dois dire que sans tes encouragements, ton amour, tes petits plats préparés, puis nos journées au spa et au chalet pour me faire décompresser, je n'y serais jamais arrivée. Merci aussi à mes sœurs, ma cousine et mes amies qui ont fait preuve d'une grande compréhension et qui ont toujours priorisé mes études pour programmer nos activités et nos sorties.

Pour continuer, je désire attribuer d'énormes remerciements aux participantes de l'étude qui m'ont livré, à cœur ouvert, leur expérience, leurs sentiments et leurs émotions lors d'un des moments les plus difficiles et traumatisants de leur vie.

Finalement, je tiens à dire mille mercis aux instances suivantes pour leur appui financier et leur soutien si important à la formation de 2° cycle en sciences infirmières : l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière (ORIIL), le

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ); l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); la caisse Desjardins Thérèse-De Blainville; l'Université du Québec en Outaouais (UQO); l'équipe Paternité, Famille et Société; et, le ministère de l'Enseignement supérieur (MES).



Chaque année, au Canada et en France, plus d'un million de femmes vivent la grossesse et la naissance d'un enfant (Papon, 2023; Statistique Canada, 2023). Entre 2020-2022, ces expériences ont été marquées par l'état d'urgence sanitaire et les diverses mesures gouvernementales mises en place pour contenir la propagation du virus de la COVID-19 (Organisation mondiale de la santé, 2022). En raison de ces changements significatifs dans la vie quotidienne des individus et dans les établissements de santé, les femmes ont bénéficié de moins de mesures de protection et ont été exposées à plus de facteurs de risques pour leur santé mentale (Iyengar et al., 2021). Si quelques études ont mis en évidence les impacts de ces mesures gouvernementales sur l'incidence du TSPT chez les futures et les nouvelles mères (Molgora & Accordini, 2020; Shuman et al., 2022), on ne sait pas, ce qui, dans le regard des mères ayant un score clinique de TSPT-PP (\geq 31/80 au PCL-5), constitue des évènements potentiellement traumatisants lors de la grossesse, de la naissance de leur enfant et de la période post-natale en temps de pandémie à COVID-19.

Dans le domaine de la périnatalité, l'action professionnelle vise surtout à aider les femmes enceintes à vivre une grossesse sereine et en bonne santé, tout en soutenant les mères dans leur expérience périnatale et leur adaptation à leur nouveau rôle (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, 2024; Organisation mondiale de la santé, 2022). Il devient donc impératif, notamment pour les infirmières qui jouent un rôle central auprès des femmes dans cette période importante, de découvrir quels sont les

¹ Tout au long de ce mémoire, le féminin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois suivant la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19. Mieux comprendre les expériences de ce genre permettra de mieux outiller ces professionnelles de la santé dans la prévention, la détection des symptômes, et le suivi de ce trouble.

Ce mémoire de maîtrise est divisé en cinq chapitres distincts. Le premier expose la problématique du trouble de stress post-traumatique en contexte de transition vers la maternité et de pandémie de COVID-19. Le deuxième aborde l'état actuel des connaissances sur l'expérience des femmes pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale dans cette situation d'adversité. Subséquemment, le cadre théorique utilisé pour l'étude, à savoir, la théorie bioécologique de Bronfenbrenner (1979), est présenté et justifié. Le troisième chapitre explique ensuite la technique améliorée des incidents critiques (TAIC) de Butterfield et al. (2009), qui est utilisée comme approche méthodologique dans cette recherche. Les résultats, élaborés selon la TAIC, sont dévoilés dans le quatrième chapitre. Quant au cinquième et dernier chapitre, il se consacre à la discussion des résultats et à leurs retombées pour la discipline infirmière, tout en mettant en lumière les forces et les limites de l'étude.



Devenir mère est un évènement majeur dans la vie d'une femme. En effet, cette grande période de transition implique plusieurs changements rapides sur les plans physique, psychologique et social, et nécessite la réorganisation et l'intégration de nouvelles identités (Schumacher & Meleis, 1994). Bien que cette transition demeure plus importante lors de l'acquisition du rôle maternel à la naissance du premier enfant, elle se vit aussi lors de la naissance de chaque enfant subséquent (Ketner et al., 2019). Ce faisant, même si l'expérience de la maternité s'avère positive pour la majorité des femmes, l'ensemble de ces changements peut suffire à causer un stress, une détresse psychologique, ou même l'émergence de troubles de santé mentale (Bergunde et al., 2022; Munk-Olsen et al., 2016).

En effet, selon les taux rapportés par l'Organisation mondiale de la santé (2022), près d'une femme sur cinq développerait un problème de santé mentale pendant sa grossesse ou dans l'année suivant son accouchement. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés par les femmes durant cette période de transition de vie sont les troubles anxieux et dépressifs (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Fairbrother et al., 2016). Moins souvent expérimentés par les mères, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress durant la période périnatale demeurent très peu étudiés par la communauté scientifique. Pourtant, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) affecte jusqu'à 18,5% des femmes en période postnatale (TSPT-PP)

(Dikmen-Yildiz et al., 2017) comparativement à 8,0 % des femmes dans la population générale (Schnurr, 2023).

De façon plus générale, le développement d'un TSPT peut survenir lorsqu'une personne vit ou est témoin d'une menace réelle ou potentiellement mortelle, d'une blessure grave ou des violences à caractère sexuel (critère A du diagnostique ; voir l'Appendice A pour des spécifications à ce critère et les suivants) (American Psychiatric Association, 2013; Crocq & Guelfi, 2015). Pendant la grossesse et l'accouchement, il n'est pas rare que les mères soient exposées à ces types d'évènements (Agence de la santé publique du Canada, 2017a, 2020b; Furuta et al., 2012). Effectivement, même avec les avancées médicales, le risque de décès fœtal, néonatal et infantile persiste, comme en témoignent les statistiques des pays développés comme le Canada (par exemple, 8,9 décès fœtal pour 1000 naissances) (Agence de la santé publique du Canada, 2020b). Par conséquent, le risque de TSPT-PP chez les mères après de tels évènements est bien établi (Christiansen, 2017). Aussi, en dehors des menaces spécifiques pour la vie de l'enfant, des complications telles une césarienne ou une hémorragie pour la mère peuvent également provoquer des symptômes de stress post-traumatique (Ayers et al., 2016; Chen et al., 2020; van Steijn et al., 2021). De même, pour les femmes ayant déjà été victimes de violences obstétricales ou sexuelles, telles que l'utilisation de forceps, un viol ou une agression physique, des évènements traumatisants du passé peuvent resurgir lors de situation intime comme les examens vaginaux ou l'allaitement (Brunton & Dryer, 2021; Halvorsen et al., 2013; Roller, 2011; Ward, 2020).

En plus de ces évènements, les recherches sur le TSPT périnatal suggèrent que d'autres expériences peuvent également contribuer à ce trouble chez les mères. En effet, il est indiqué que le vécu d'évènement(s) en dehors du critère A peut déclencher l'apparition de symptômes traumatiques, et conséquemment, un TSPT (Hopkins & Hellberg, 2021; McKenzie-McHarg et al., 2015). Parmi les évènements incongrus au critère A, on retrouve, par exemple, le manque de préparation psychologique à l'accouchement, la peur de donner naissance, la perte de contrôle, la séparation mère-enfant et le manque de soutien social, tant par les proches que les professionnels de la santé (Hopkins & Hellberg, 2021; O'Donovan et al., 2014). Ces éléments peuvent aussi constituer des évènements pouvant générer un TSPT-PP, et par conséquent, favoriser le développement de répercussions psychosociales majeures pour les femmes, les couples, les enfants et les familles (Ayers et al., 2016; Ayers et al., 2013; Beck & Casavant, 2019; Grekin & O'Hara, 2014).

La détresse associée aux symptômes du TSPT-PP chez les mères est bien documentée pour ses impacts négatifs sur la qualité de vie (Grundström et al., 2022; Hernández-Martínez et al., 2019) et l'expérience de la maternité (Beck, 2017; Fenech & Thomson, 2014). Les études ayant examiné le vécu de ces mères révèlent qu'elles sont confrontées à des symptômes intrusifs qui envahissent grandement leur quotidien (Agius et al., 2016; Beck, 2004). Pour éviter les cauchemars et les flashbacks liés à leur expérience traumatisante, les mères peuvent, par exemple, rester éveillées la nuit et éviter la communication ou les rapports intimes et sexuels avec leur partenaire, ce qui peut

entraîner, de manière respective, de la fatigue, des tensions et un sentiment de ne pas être comprise par son compagnon (Allen, 1998; Beck, 2004). Ces répercussions peuvent ultérieurement nuire à la santé conjugale, voire mener à une séparation ou à un divorce (Ayers et al., 2006). Sur le plan de la relation mère-enfant, les symptômes d'engourdissement émotionnel chez les mères peuvent engendrer un manque de sensibilité parentale (Feeley et al., 2011), pouvant être associé à des troubles de tempérament et de comportement chez l'enfant (Enlow et al., 2011), de moins bons résultats cognitifs à 17 mois post-partum (Parfitt et al., 2014), ainsi qu'un développement socio-émotionnel problématique à deux ans (Garthus-Niegel et al., 2017). Ce faisant, si les mères ne sont pas traitées rapidement, elles sont susceptibles de vivre de tels symptômes jusqu'à ce que leur enfant soit plus grand, et peuvent même ne pas souhaiter avoir d'autres enfants (Allen, 1998; Beck, 2004). Finalement, les mères qui présentent des symptômes de TSPT-PP tels que l'évitement sont également plus susceptibles de vouloir limiter leurs interactions et activités avec les membres de leur famille et ami(e)s, et ainsi, de souffrir d'isolement (Ayers et al., 2006; Beck, 2004; Roberts, 2014).

Pour protéger et promouvoir une bonne santé psychologique des femmes en période de transition vers la maternité, les gouvernements se sont dotés de multiples lignes directrices et de politiques publiques (Lacharité, 2012), comme les *Lignes directrices nationales* de l'Agence de la santé publique du Canada (2017b) et les *Politiques de périnatalité* du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008, 2024). Ainsi, une offre de services sur le continuum périnatal a été développée, comprenant une

prise de rendez-vous rapide pour le suivi de la grossesse et l'orientation aux services personnalisés (MSSSQ, 2008, 2024). Cette offre de services précoce est documentée comme ayant un impact positif sur les mères (Agence de la santé publique du Canada, 2020a). En effet, les femmes qui sont prises en charge rapidement avec le professionnel de la santé à l'endroit de leur choix, se sentent plus détendues, à l'aise, et en sécurité (Roller, 2011). Le même constat est effectué pour les femmes qui bénéficient d'une continuité des soins durant cette période de forte vulnérabilité (Agence de la santé publique du Canada, 2020a). Les données indiquent que les femmes qui ont accès à une préparation prénatale (MSSS, 2008, 2024) ont moins de complications de grossesse (Ruiz-Mirazo et al., 2012), ont moins de peurs et de douleur à l'accouchement (Alizadeh-Dibazari et al., 2023), et ont un plus grand sentiment d'auto-efficacité et de contrôle perçu à l'accouchement (İsbir et al., 2016). Aussi, lorsque les établissements encouragent la présence du conjoint ou des personnes significatives auprès des mères (par exemple, un parent, un(e) ami(e), une doula, etc.), que ce soit dans les soins prénataux (cours, suivis de grossesse, échographie), à la naissance, ou dans la période postnatale, les femmes s'adaptent mieux aux changements et aux stress de la grossesse et de la maternité et elles ont moins de complications telles avoir une césarienne ou un nouveau-né ayant un faible score d'APGAR à la naissance (Bohren et al., 2019; Darwiche et al., 2019; Hoga et al., 2013). D'autres pratiques postnatales adoptées par les professionnels de la santé sont également reconnues pour avoir des effets positifs sur la santé mentale des mères. On peut penser par exemple au contact peau à peau, à la cohabitation parentale, à la présence parentale à l'unité néonatale, à l'allaitement (Abdollahpour et al., 2017; Pathak et al.,

2023; Yuen et al., 2022), aux séjours postpartum allant de 36 à 48 heures après la naissance, et aux différents services offerts suivant le congé de la mère et de l'enfant pour soutenir les parents (par exemple, l'appel téléphonique dans les 24 h, la visite au domicile dans les 72h, les visites systématiques chez le médecin ou la sage-femme et les haltes d'allaitement) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, 2024).

Cependant, avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19, l'offre de services de périnatalité a été bouleversée et grandement modifiée, et ce, dès mars 2020 (de Montigny et al., 2023). Effectivement, pour protéger la population, et ainsi limiter la propagation du virus, plusieurs mesures sanitaires ont été instaurées par les gouvernements dans les établissements de santé, ceux-ci abandonnant au passage des pratiques reconnues comme exerçant un filet de protection pour la santé mentale des mères. L'une de ces mesures phares est sans contredit la mesure de la « distanciation physique » visant à réduire les contacts entre les personnes de manière à diminuer la transmission de la maladie, la morbidité et la mortalité (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Bien que légitimée dans un contexte de pandémie, cette mesure a eu des répercussions importantes dans l'offre de services en périnatalité, par exemple, une absence de prise en charge précoce de la grossesse, une diminution du nombre de suivis de grossesse en présentiel, certains rendezvous annulés ou remplacés par des téléconsultations, ou encore, l'annulation ou la reconfiguration des cours prénataux en virtuel, pour n'énumérer que ceux-ci (de Montigny et al., 2021; Groulx et al., 2021; Lalor et al., 2023; Lebel et al., 2020). En outre, cette même mesure de distanciation physique a eu des impacts importants sur le soutien reçu

par les mères dans toute la trajectoire de services périnataux. En effet, toujours dans le but de protéger la population, les établissements ont, à certains moments, interdit la présence du partenaire ou d'un accompagnateur lors des suivis de grossesse ou au moment de la naissance (Capanna et al., 2022; Lalor et al., 2021; McEvoy, 2020). Cette décision a eu notamment pour effet collatéral de laisser les femmes seules à des moments cruciaux de leur expérience et souvent dans un état de détresse important (Cousineau, 2020; Elkouri, 2020; Groulx et al., 2021; Lalor et al., 2023; Lebel et al., 2020; Lepage, 2020). D'autres impacts ont également été relevés pendant cette période de grande vulnérabilité. En effet, on constate que les femmes à risque de développer la COVID-19 ou l'ayant contractée ont été privées d'avoir un contact peau à peau avec leur bébé, de cohabiter avec celui-ci (ou ont dû le garder à deux mètres de distance), de le visiter à l'unité néonatale et même de l'allaiter, dans certains cas (Capanna et al., 2022; Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2020; Davanzo et al., 2020; Lalor et al., 2021). Toutes ces restrictions allaient donc à l'encontre des stratégies habituellement recommandées pour favoriser le bien-être psychologique des mères. En effet, on a pu aussi observer que les séjours hospitaliers ont été écourtés (Bornstein et al., 2020), les haltes d'allaitements fermées et les visites habituelles de l'infirmière à domicile et de la mère et du nouveau-né au bureau du médecin ont davantage été faites au téléphone ayant pour effet de diminuer le soutien offert aux mères, les laissant ainsi bien souvent vulnérables à apprivoiser seule leur nouveau rôle de parent (Sakowicz et al., 2021).

En marge des mesures instaurées dans les établissements de soins et de santé, on constate que d'autres mesures ont aussi été appliquées dans la société pour tenter d'endiguer la maladie à COVID-19. Les mesures mises en place par les directions de santé publique sont, à titre d'exemples, le « confinement », la « fermeture des établissements non essentiels » comme les centres de mise en forme et la « limitation ou l'interdiction de rassemblements chez soi et dans les lieux prisés » (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Selon les écrits scientifiques, ces mesures sont susceptibles d'être associées à des impacts négatifs pour les mères. En effet, le « confinement » est enclin à augmenter la violence entre les partenaires intimes (Bradley et al., 2020; Folkerth & Bell, 2016; Kotlar et al., 2021), qui elle peut augmenter le risque de complications médicales pendant la grossesse, et donner lieu à des issues défavorables à la naissance (Alhusen et al., 2015). La fermeture des centres de mise en forme peut, quant à elle, empêcher la pratique d'activités physiques régulières, reconnues pour soulager les malaises typiques associés à la grossesse comme l'hypertension et diminuer le risque de complications de l'accouchement (Mottola et al., 2018). Concernant la « limitation ou l'interdiction des rassemblements », cette mesure peut limiter l'accès au soutien social correspondant aux attentes des mères en période de transition vers la maternité. Ainsi, ces différentes mesures sont sujettes à augmenter le stress, l'isolement et la solitude, en plus de réduire l'excitation et les sentiments positifs liés à ces évènements (Sufredini et al., 2022).

Ce faisant, si la transition vers la maternité est en soi un évènement qui peut entrainer de la détresse et des modifications importantes dans les relations (intimes,

familiales et amicales), y conjuguer le contexte de pandémie de COVID-19 et les conséquences des mesures sanitaires devient certainement un terreau fertile pour développer un trouble de santé mentale, dont celui du trouble de stress post-traumatique. En effet, lorsque survient une situation ou un évènement majeur qui altère les conditions de vie dans lesquelles s'ancre la transition à la parentalité, les facteurs de risque ont tendance à être exacerbés et les facteurs de protection diminués. Comme on peut le constater dans les études ayant examiné les effets des catastrophes sur le bien-être des femmes, les futures et nouvelles mères se trouvent particulièrement vulnérables aux conséquences des perturbations engendrées (Carballo et al., 2005; Harville et al., 2010). Pour toutes ces raisons, il devient essentiel de se préoccuper de la santé mentale des mères dans ces contextes particuliers.

Jusqu'à présent, très peu d'études ont examiné le TSPT chez les femmes vivant une transition vers la maternité en période de pandémie de COVID-19. Effectivement, seulement quelques recherches quantitatives ont été réalisées sur l'ampleur et les facteurs de risque associés à ce phénomène, et ce, seulement peu après la naissance d'un enfant (Diamond & Colaianni, 2022; Liu et al., 2021; Mayopoulos et al., 2021; Ostacoli et al., 2020). Parmi les études effectuées, certaines indiquent des taux beaucoup plus grands de TSPT chez les mères, voire presque quatre fois plus élevés qu'en période non pandémique (Liu et al., 2021; Ostacoli et al., 2020). Ainsi, devant la prévalence du phénomène et l'importance des répercussions psychosociales sur les mères et les familles, il importe d'explorer qualitativement les évènements potentiellement traumatisants vécus par les

mères lors de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale en temps de pandémie. Une meilleure compréhension de l'expérience des femmes de la transition à la maternité dans un tel contexte sera utile pour outiller davantage les professionnels de la santé dans les soins et le soutien qu'ils offrent aux familles, qu'ils soient en situation d'adversité ou non. De plus, cela fournira des éléments précieux aux décideurs advenant un autre contexte de pandémie dans le futur.

Le but de l'étude

Le but de l'étude est donc de mieux comprendre ce qui, dans le regard des mères ayant un score clinique de TSPT-PP (≥ 31/80 au PCL-5), constitue des évènements potentiellement traumatisants lors de la grossesse, de la naissance de leur enfant et de la période postnatale en temps de pandémie à COVID-19.

La question de recherche

La question de recherche est : Quels sont les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie ?

La pertinence de l'étude pour les sciences infirmières

Cette étude est pertinente pour les sciences infirmières puisqu'elle permet de mieux comprendre les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT-PP chez les mères en contexte de pandémie. En effet,

puisque les infirmières sont en interaction avec les futures et nouvelles mères à chaque étape du continuum périnatal, elles se trouvent au premier plan de la gestion de leurs soins (Harvey & Durand, 2015). Avec la pandémie de COVID-19 comme toile de fond, ces professionnelles ont souvent été confrontées à des défis sans précédent, ce qui a parfois limité leur capacité à fournir des soins optimaux (Kang et al., 2021; Shaw et al., 2021). Les résultats de cette étude sont alors utiles pour élaborer des recommandations ciblées et améliorer les pratiques, permettant ainsi aux infirmières de mieux naviguer dans ces situations complexes et d'offrir un soutien plus adapté aux besoins des mères.

Le prochain chapitre aborde la revue des écrits scientifiques et le cadre théorique de l'étude. Il examine les recherches actuelles sur les expériences périnatales durant la pandémie de COVID-19 et présente le modèle théorique qui guide la collecte et l'analyse des données.



Ce deuxième chapitre se structure autour de deux sections principales. La première se consacre à la recension des écrits scientifiques où est exposée la stratégie de recherche adoptée pour explorer l'état actuel des connaissances sur l'expérience des femmes de la période périnatale en contexte de pandémie de COVID-19. Les résultats de cette recension sont ensuite présentés et abordent les changements structurels et organisationnels des soins et des services de périnatalité en réponse à la pandémie, de même que les répercussions de la COVID-19 sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale. La seconde partie introduit le cadre théorique qui sous-tend cette étude, à savoir la théorie bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner. Cette théorie est d'abord présentée en détail avant de clarifier les raisons de son choix comme fondement méthodologique.

La stratégie de recherche pour examiner l'état des connaissances

Au milieu de l'année 2020, l'étudiante-chercheuse a effectué une première recherche sur les bases de données couvrant les aspects médicaux et psychologiques en santé, dans l'optique d'explorer ce qui avait été publié sur l'expérience des futures et des nouvelles mères en contexte de pandémie de COVID-19. Comme la pandémie venait de débuter, peu d'écrits brossant l'expérience des femmes étaient disponibles. Ainsi, afin d'avoir un portrait actuel des connaissances, l'étudiante-chercheuse a revisité les bases de données pour synthétiser les données disponibles sur l'objet de recherche à l'hiver 2024

(février à avril 2024). Les bases de données consultées étaient CINHAL, MEDLINE, Scopus et Cairn puisqu'elles étaient les plus susceptibles de couvrir le sujet à l'étude. Des mots clés en vocabulaire libre et contrôlé ont été utilisés et adaptés selon les thésaurus associés à chacune des bases de données selon leur disponibilité. Les mots clés ont été identifiés à l'aide du cadre PCO, une méthode adaptée aux recensions des écrits de type qualitatif (Butler et al., 2016). Une stratégie employant des troncatures et des opérateurs booléens a également été déployée (Aromataris & Riitano, 2014; Butler et al., 2016). Le Tableau 1 montre l'exemple du choix des mots clés utilisés dans la base de données CINHAL. Les tableaux du choix des mots clés pour les autres bases de données sont disponibles à l'Appendice B.

Tableau 1

Mots clés pour recenser les écrits selon la base de données CINHAL

PCO	Mots clés
Population	((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women"))
Context 1	((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period"))
Context 2	((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH "pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine"))
Outcomes	((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective"))

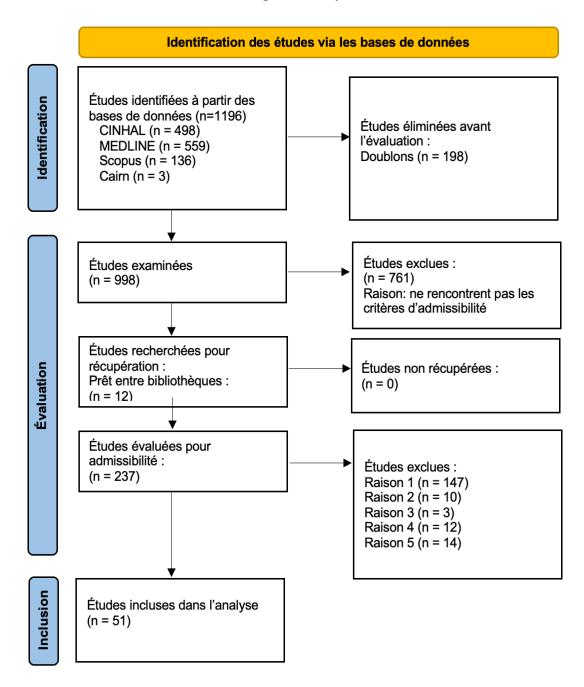
Afin d'être sélectionnées pour cette revue des écrits, les études devaient répondre à plusieurs critères : 1) elles devaient avoir été menées entre janvier 2020 et mars 2024 afin d'intégrer le contexte de la pandémie de COVID-19; 2) elles devaient se concentrer sur les expériences périnatales de femmes adultes, c'est-à-dire des recherches effectuées auprès de femmes de 18 ans et plus, dans le même intervalle de temps; 3) elles devaient avoir été conduites en Amérique du Nord (à l'exception du Mexique) ou en Europe. Cette délimitation géographique avait pour objectif de garantir une analyse à la fois pertinente et cohérente des expériences périnatales des femmes, en résonance avec le domaine d'études de l'étudiante-chercheuse. L'intention était d'assurer une similitude des contextes, enjeux et pratiques de santé, y compris les mesures sociosanitaires, avec ceux explorés par l'étudiante-chercheuse; 4) elles devaient avoir être rédigées en anglais ou en français puisque ce sont les langues maitrisées par l'étudiante-chercheuse; 5) enfin, les études devaient être de type qualitatif ou mixte, primaires et soumises à une évaluation par les pairs.

La recherche a identifié un total de 1196 articles à examiner. Après avoir éliminé les 198 doublons, l'étudiante-chercheuse a évalué les titres et les résumés des 998 articles restants pour sélectionner les études pertinentes. Une fois ce premier tri effectué, 237 études étaient admissibles pour la lecture complète du texte. À cette étape, 186 articles ont été éliminés. Les raisons d'exclusion étaient les suivantes : 1) la délimitation géographique n'était pas respectée (n=147), 2) le point de vue des mères n'était pas départagé de celui des autres participants (n=10), 3) les participantes étaient âgées de

moins de 18 ans (n=3), 4) les participantes avaient des conditions de santé particulières comme le diabète gestationnel ou avaient eu une expérience de fausse couche pendant la pandémie (n=12) et 5) le sujet traité n'était pas en lien avec la présente étude (n=14).

Finalement, suite au processus rigoureux de sélection des études selon les lignes directrices PRISMA (Haddaway et al., 2022; Page et al., 2021), 51 articles ont été retenus pour la synthèse narrative, et le diagramme de flux en présente les différentes étapes à la Figure 1.

Figure 1Diagramme de flux



Source : Tiré de Page et al. (2021)

L'expérience de la maternité en contexte de pandémie de COVID-19

Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, les gouvernements ont été soumis à de fortes pressions, combinant la nécessité de limiter les contacts étroits pour freiner la propagation du virus et de réduire les taux de mortalité et de morbidité. Cette situation a entraîné plusieurs changements structurels et organisationnels dans les établissements de santé et les soins de périnatalité. Elle a aussi entraîné de multiples changements dans la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale des futures et des nouvelles mères. La synthèse narrative suivante met en lumière l'expérience des mères face à tous ces bouleversements.

Les changements structurels et organisationnels des soins et des services de périnatalité en réponse à la pandémie

L'accès à l'information

Avec la restructuration constante des soins et des services de périnatalité depuis mars 2020, un problème fréquemment rapporté par les mères concerne la difficulté à trouver des informations claires sur l'offre de services en prénatal, ainsi que sur les procédures entourant le déroulement de l'accouchement (Ambihaipahan et al., 2023; Bernecki DeJoy et al., 2021; Combellick et al., 2022; Cruz-Ramos et al., 2023; Cullen et al., 2021; Eri et al., 2022; Farewell et al., 2020; Javaid et al., 2021; Kinser et al., 2022; Kolker et al., 2021; Linden et al., 2022; Riley et al., 2021; Rudrum, 2022; Silverio et al., 2021; Spatz & Froh, 2021). L'étude réalisée par Rudrum (2022), axée spécifiquement sur

les stratégies adoptées par des femmes enceintes canadiennes (n=24) pour rechercher et obtenir des informations dans ce contexte d'adversité, a mis en lumière plusieurs problématiques. Les résultats ont montré que les informations de santé publique sur la grossesse étaient rares et parfois contradictoires. De plus, les expériences des femmes enceintes avec les professionnels de santé variaient : certaines trouvaient les consultations rassurantes, tandis que d'autres vivaient des moments difficiles et étaient déçues par le manque d'informations. En particulier, lorsque les femmes tentaient de contacter le cabinet de leur médecin par téléphone pour obtenir des précisions sur les plans de soins, souvent elles se retrouvaient sans réponse et cela occasionnait de la frustration et de l'anxiété. Dans l'étude d'Ambihaipahan et al. (2023) menée auprès de 16 femmes en Angleterre, il a été constaté que les mises à jour concernant les soins anténataux et postnataux étaient principalement diffusées via les sites internet des hôpitaux ainsi que sur leurs pages de réseaux sociaux, telles que Facebook et Twitter. Cependant, les participantes ont révélé que la qualité de l'information transmise laissait souvent à désirer et s'avérait difficile à comprendre. Bref, les femmes ont mentionné que les sages-femmes étaient les professionnelles de la santé qui les avaient le mieux tenues informées des changements continus dans l'accessibilité des soins pendant la pandémie (Combellick et al., 2022; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024; Rudrum, 2022).

Les disparités dans l'application des politiques gouvernementales et des protocoles au sein des établissements de santé

Les disparités dans l'application des politiques gouvernementales et des protocoles au sein des établissements de santé constituent un thème récurrent dans le discours des

femmes provenant notamment de l'Angleterre. Par exemple, l'étude d'Ambihaipahan et al. (2023) met en lumière le témoignage de plusieurs participantes qui ont noté des écarts importants dans les soins prodigués par un établissement de santé par rapport à ceux dispensés à leurs amies dans d'autres centres. De plus, elles ont commenté que les restrictions imposées ne correspondaient pas toujours à la situation pandémique et au nombre de cas de COVID-19 rapportés dans leur région. Les mères ont ainsi décrit se sentir insatisfaites et frustrées par les différences et les incohérences. L'étude d'Irvine et al. (2024) rajoute que les femmes ont rapporté un sentiment d'incrédulité face au fait de ne pas pouvoir être accompagnées dans les établissements de santé alors que les restaurants et les pubs allaient réouvrir. Elles ont ainsi souligné que les priorités du gouvernement étaient complètement déconnectées des besoins des futures et des nouvelles mères (Ambihaipahan et al., 2023; Irvine et al., 2024).

La difficulté d'accès et la diminution de la fréquence des suivis anténataux et postnataux

Plusieurs femmes ont aussi noté des changements dans l'accès et la fréquence de leurs suivis anténataux et postnataux (Ambihaipahan et al., 2023; Javaid et al., 2021; Kinser et al., 2021; Panda et al., 2021; Riley et al., 2021; Vermeulen et al., 2022). L'étude menée par Javaid et al. (2021) a spécifiquement recueilli les perceptions de 2519 femmes sur les soins prénataux au début de la pandémie de COVID-19 aux États-Unis. Les résultats indiquent que, dans certains cas, les femmes enceintes exerçant dans le domaine de la santé n'ont pas pu être soignées. En effet, par crainte d'être contaminés, des prestataires de soins ont refusé des demandes d'échographies. De même, l'étude de

Vermeulen et al. (2022) réalisée sensiblement au même moment auprès de 556 Belges a signalé la difficulté des femmes à trouver un médecin qui acceptait de nouvelles patientes enceintes. L'étude de Silverio et al. (2021), qui a été effectuée auprès de 23 femmes dans le sud de Londres au Royaume-Uni, a mentionné des horaires de rendez-vous prénataux fréquemment modifiés, voire complètement annulés. Toujours selon cette étude et selon celle de Panda et al. (2021), ces modifications quant aux suivis médicaux ont occasionné de nombreuses préoccupations chez les mères concernant la croissance fœtale et le bienêtre du bébé, tant pendant la grossesse qu'après la naissance. Kolker et al. (2021) ont d'ailleurs spécifié que les annulations ou les retards dans les tests de dépistage génétique chez les mères ou les tests de dépistage auditif chez les bébés à Toronto au Canada ont suscité de l'inquiétude, de l'incertitude et de la peur. En outre, l'étude de Mari et al. (2023) a souligné que les mesures règlementaires mises en place en Italie pour répondre à l'urgence sanitaire ont également été perçues comme entravant l'accès rapide aux traitements nécessaires et à la liberté de choix des femmes enceintes, occasionnant des impacts psychologiques négatifs. Elles citent l'exemple d'une femme qui n'aurait pas pu choisir de recourir à l'avortement si son dépistage de la clarté nucale avait révélé un syndrome de Down.

Le passage aux visites virtuelles et aux appels téléphoniques au lieu des visites en personne

En plus des changements notés dans la fréquence des suivis, les mères ont aussi rapporté des modifications dans le type de rencontres, passant des visites en face à face à des visites en mode virtuel ou téléphonique (Ambihaipahan et al., 2023; Benoit et al.,

2023; Charvat et al., 2021; Cruz-Ramos et al., 2023; Dol et al., 2023; Goyal, Beck, et al., 2022; Javaid et al., 2021; Kinser et al., 2022; Linden et al., 2022; Montgomery et al., 2023; Panda et al., 2021; Rice & Williams, 2021; Riley et al., 2021; Silverio et al., 2021). Parmi les études ayant examiné l'expérience des mères des téléconsultations, l'étude de Rivadeneyra-Sicilia et al. (2024) en Nouvelle-Aquitaine en France a révélé que c'est un changement qui a été source de nombreuses plaintes et de frustrations, surtout chez les femmes immigrantes. En effet, les consultations virtuelles, couplées aux barrières linguistiques, rendaient les rendez-vous particulièrement difficiles pour ces femmes. Trois autres études ont aussi mis de l'avant des enjeux liés à la santé ou à la technologie pour un rendez-vous à distance optimal tels qu'avoir un problème d'audition ou de connexion Internet (Karavadra et al., 2020; Panda et al., 2021; Silverio et al., 2021). Encore d'autres études ont mis en lumière les préoccupations exprimées concernant la confidentialité des informations en mode virtuel (Karavadra et al., 2020), la brièveté des consultations (Simpson et al., 2024), la non-personnalisation des soins (Karavadra et al., 2020) et surtout, l'anxiété occasionnée par la télémédecine (Montgomery et al., 2023; Vermeulen et al., 2022). À ce dernier propos, une étude qualitative réalisée au Canada par Rice et Williams (2022) à partir de mars 2020 a mis en évidence le stress associé aux autosoins à domicile, comme le fait de devoir surveiller sa tension artérielle et la croissance fœtale. Pour de nombreuses femmes enceintes pour la première fois, qui ne sont pas encore familières avec les signes et symptômes de grossesse considérés comme normaux, ces changements liés au mode de rencontres ont été perçus comme préoccupants, engendrant la crainte de passer à côté de complications potentielles (Javaid et al., 2021; Kinser et al.,

2022; Vermeulen et al., 2022). Pour les femmes qui n'ont pas eu recours à un test de clarté nucale ou qui ont vécu des antécédents de fausse-couche ou de mortinaissance, cette modification était aussi une forte source d'anxiété (Karavadra et al., 2020; Mari et al., 2023). En période postnatale, les constats étaient similaires. En effet, des recherches portant sur l'expérience de 54 femmes ont mis en évidence que des problèmes physiques liés à l'allaitement, comme des mastites, n'avaient pas été détectés (Kinser et al., 2022). Outre ces problèmes liés à la santé physique, les résultats de plusieurs études ont révélé que le soutien à l'allaitement par télésanté n'était pas toujours pratique ou approprié pour répondre aux besoins des mères (Benoit et al., 2023; Kolker et al., 2021; Panda et al., 2021; Rice & Williams, 2021; Riley et al., 2021; Rodríguez-Gallego et al., 2022; Spatz & Froh, 2021). Cette situation a engendré un stress supplémentaire (Panda et al., 2021; Shuman et al., 2022; Turner et al., 2023) remettant en question la poursuite de ce mode d'alimentation (Rice & Williams, 2021; Riley et al., 2021).

Malgré les impacts négatifs rapportés, d'autres auteurs ont aussi constaté des effets positifs de la télémédecine sur le vécu des mères (Huynh et al., 2023; Kolker et al., 2021; Linden et al., 2022; Montgomery et al., 2023; Panda et al., 2021). Dans l'étude de Kinser et al. (2022) menée aux États-Unis, la télésanté a été perçue comme facilitant la présence des mères à leur rendez-vous puisqu'elles n'avaient pas à se procurer un transport pour se déplacer ou encore à faire garder leurs enfants. Dans le même ordre d'idées, d'autres travaux, tels que ceux de Huynh et al. (2023) et de Spatz et Froh (2021) ont souligné la valeur ajoutée pour les mères de ne pas avoir à quitter leur domicile, tandis que ceux de

Linden et al. (2022) ont révélé l'avantage d'avoir plus de flexibilité en n'ayant pas à prendre congé du travail. Par ailleurs, l'étude de Montgomery et al. (2023) menée à Londres au Royaume-Uni, a également identifié des bénéfices tels qu'une communication moins hâtive et des soins plus structurés. Ensuite, la recherche de Benoit et al. (2023), réalisée auprès de 68 mères du Canada ayant des enfants âgés de 0 à 12 mois, a mis en lumière que l'adoption des soins virtuels a contribué à réduire le risque d'exposition des femmes à la COVID-19. Finalement, l'étude de Rice et Williams (2022) a montré que les femmes ayant des connaissances professionnelles en santé ou ayant déjà vécu une grossesse étaient généralement moins anxieuses que celles enceintes pour la première fois. En effet, ces femmes se sentaient plus à l'aise pour reconnaitre les anomalies. Aussi, Kinser et al. (2022) ajoutent que leur capacité à nommer ce qui n'allait pas était plus facile lorsque les professionnels de la santé les avaient bien habilitées à surveiller leur propre santé et celle du bébé.

L'annulation ou la reconfiguration des cours prénataux

Un autre changement décelé avec la restructuration des services concerne l'annulation ou la reconfiguration des cours prénataux en réponse à la pandémie. Alors que plusieurs études ont cité ce changement (Dol et al., 2023; Huynh et al., 2023; Linden et al., 2022; Mari et al., 2023; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024), une seule s'est spécifiquement penchée sur l'expérience des mères de cette modification. Il s'agit de l'étude maltaise de Cassar et Spiteri (2022) qui a été réalisée en Europe auprès de mères primipares ayant accouché par voie vaginale (Cassar & Spiteri, 2022). Parmi les neuf mères recrutées, huit ont pu bénéficier de cours prénataux en ligne. Les résultats ont

montré que, dans la partie des cours en ligne consacrés à la grossesse, les mères n'ont pas pu aborder tous les thèmes qu'elles estimaient importants tels que l'alimentation et l'exercice, et ce, principalement en raison des contraintes de temps. En ce qui concerne les modules liés à la gestion du travail et de l'accouchement, les mères ont exprimé se sentir suffisamment informé sur les options de soulagement de la douleur, qu'elles soient non-pharmacologiques ou pharmacologiques, leur offrant ainsi la capacité de prendre des décisions libres et éclairées lors de leur accouchement. De plus, ces cours en ligne ont abordé de manière exhaustive les procédures et protocoles liés à la COVID-19, tels que le port du masque et les tests de dépistage, fournissant aux femmes des informations essentielles et à jour. Ainsi, l'éducation prénatale en ligne a joué un rôle déterminant dans la préparation des participantes, leur permettant de se sentir plus en contrôle et de vivre une expérience d'accouchement positive. Pour la période postnatale, les mères ont mentionné que les cours prénataux ne les avaient pas suffisamment préparées à l'adaptation à leur nouveau rôle parental. Cependant, malgré les défis rencontrés, les participantes de l'étude de Mari et al. (2023) portant sur l'impact psychologique de la COVID-19 ont indiqué une nette préférence pour la tenue des cours en ligne plutôt que leur annulation complète. En effet, supprimer ces cours a été vécu par les mères primipares non seulement comme une source d'incertitude et d'anxiété, mais également comme une chance perdue d'acquérir des connaissances et des compétences pour affronter les appréhensions liées à l'accouchement et à la période suivant la naissance. Par ailleurs, Linden et al. (2022) ont observé que les dynamiques de camaraderie et de soutien mutuel entre femmes enceintes ont été fortement influencées par ces changements.

Toutefois, certaines mères ont trouvé des moyens de surmonter ces obstacles en tissant des liens avec d'autres femmes enceintes via les réseaux sociaux, contribuant ainsi à atténuer leur sentiment d'isolement.

L'annulation de la visite du lieu de naissance

Une seule étude a exploré l'impact de l'annulation des visites de reconnaissance des lieux de naissance en raison des restrictions liées à la pandémie de COVID-19 (Vermeulen et al., 2022). Cette recherche mixte, qui visait à explorer les expériences de 1007 femmes belges d'être enceintes et de devenir mères dans les mois suivant le confinement, a révélé un sentiment général de préparation inadéquate pour l'accouchement et les défis de la parentalité. Pour les femmes primipares, l'annulation de ces visites a été vécue comme une absence de soutien essentiel, les laissant particulièrement vulnérables face à l'accouchement à venir. À l'inverse, cette mesure n'a pas significativement affecté les mères multipares, qui se sont appuyées sur leurs expériences antérieures pour gérer la situation.

L'interdiction ou la limitation de la présence du partenaire et des autres personnes de soutien dans les services du continuum périnatal

Un autre changement ayant suscité beaucoup d'émotions négatives chez les femmes est l'interdiction ou la limitation de la présence du partenaire et des autres personnes de soutien dans les services du continuum périnatal (Ambihaipahan et al., 2023; Combellick et al., 2022; Cruz-Ramos et al., 2023; Cullen et al., 2021; Dol et al., 2023; Eri et al., 2022; Irvine et al., 2024; Javaid et al., 2021; Kaselitz et al., 2022; Linden et al., 2022; Panda et

al., 2021; Riley et al., 2021; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024; Silverio et al., 2021). En ce sens, l'étude de Goyal, De La Rosa, et al. (2022) a révélé une grande déception parmi les femmes enceintes face à l'impossibilité de vivre pleinement chaque moment de la grossesse aux côtés de leur partenaire. Elles ont d'ailleurs exprimé des inquiétudes concernant l'effet potentiel de ces absences sur le développement du lien affectif entre le père et l'enfant à naitre. Les mères ayant déjà des enfants ont, quant à elles, noté des préoccupations différentes puisqu'elles percevaient une réduction de l'engagement de leur partenaire en comparaison avec les grossesses précédentes. Aussi, plusieurs études ont mis de l'avant que les mères ayant vécu antérieurement un décès périnatal ou un arrêt de grossesse ont été particulièrement affligées par ces mesures, ressentant une anxiété accrue à l'idée d'assister seules à leurs rendez-vous, craignant de recevoir de mauvaises nouvelles sans le soutien immédiat de leur partenaire (Cruz-Ramos et al., 2023; Cullen et al., 2021; Huynh et al., 2023; Irvine et al., 2024; Riley et al., 2021). Les participantes de l'étude de Huynh et al., 2023 ont même qualifié leur expérience d'« extrêmes », de « vraiment difficiles et terribles » et de « traumatisantes ». L'incapacité d'être accompagnées a non seulement augmenté le fardeau émotionnel de ces femmes en les confrontant à la nécessité de prendre des décisions importantes seules, mais aussi en leur imposant la tâche de relayer les informations reçues à leur partenaire. Cette double contrainte a intensifié la pression et le stress émotionnel ressentis selon d'autres auteurs (Ambihaipahan et al., 2023; Linden et al., 2022). En effet, malgré l'adoption de solutions technologiques comme les appels vidéos via WhatsApp pour une présence virtuelle, cette alternative n'a pas pleinement pallié le manque de soutien physique, laissant certaines

mères en proie à une détresse persistante (Ambihaipahan et al., 2023; Mari et al., 2023; Praetorius et al., 2023). Cette situation a été particulièrement éprouvante pour les femmes déjà aux prises avec des troubles de santé mentale, tel que l'anxiété, qui ont vu leurs symptômes s'aggraver en raison de ces restrictions (Cullen et al., 2021). Dans ces contextes difficiles, certaines femmes ont opté pour des alternatives telles que les services privés permettant la présence des partenaires. Elles voulaient ainsi ne pas avoir à affronter seules ces moments critiques ou encore limiter le sentiment de culpabilité lié à l'exclusion de leur conjoint (Ambihaipahan et al., 2023; Cruz-Ramos et al., 2023; Irvine et al., 2024; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024). Toutefois, cette option n'était pas accessible à toutes, mettant en lumière une inégalité dans l'accès aux soins et services, particulièrement pour celles qui ne pouvaient se permettre ces services payants (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024).

Pendant la période entourant la naissance, les limites instaurées concernant la présence ou le temps alloué pour la visite des partenaires, des doulas et autres membres de la famille ont introduit une grande part d'incertitude et se sont avérées particulièrement difficiles à gérer (Ambihaipahan et al., 2023; Combellick et al., 2022; Cullen et al., 2021; Dol et al., 2023; Eri et al., 2022; Fumagalli et al., 2022; Mari et al., 2023; Montgomery et al., 2023; Panda et al., 2021; Riley et al., 2021; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024; Shuman et al., 2022; Spatz & Froh, 2021). Trois études se concentrant sur les expériences d'accouchement pendant les restrictions sanitaires de 2020-2021 ont montré que l'appréhension liée à l'éventuelle absence de leur partenaire a incité des femmes à retarder

leur arrivée à l'hôpital autant que possible (Eri et al., 2022; Irvine et al., 2024; Schmiedhofer et al., 2022). Toutefois, malgré cette stratégie, elles faisaient face à de l'anxiété et un sentiment d'insécurité, aggravés par l'incertitude de savoir quand leur partenaire pourrait les rejoindre. Ce sentiment d'inconfort tendait à s'atténuer lorsqu'il était finalement autorisé à entrer dans la salle d'accouchement, généralement lorsque la femme avait un col dilaté à quatre centimètres ou plus avec des contractions régulières. Cependant, selon Irvine et al. (2024) et Silverio et al. (2021), ce soulagement était de courte durée, car le partenaire était contraint de quitter le lieu de naissance peu de temps après l'accouchement. Souvent, le couple avait à peine le temps de reconnaitre ou de célébrer l'arrivée de leur enfant avant que le partenaire ne doive partir (Irvine et al., 2024). Parallèlement, l'étude de Mari et al. (2023) a révélé que les femmes incapables d'être accompagnées par leur partenaire, même brièvement durant l'accouchement, ressentaient un profond sentiment de solitude. Ce sentiment était encore prégnant lors des entretiens réalisés huit mois après la naissance de l'enfant. En ce sens, l'accouchement était souvent décrit comme douloureux, pour certaines la « pire expérience de leur vie ». Combellick et al. (2022) attribuent ce vécu à l'absence de soutien physique et émotionnel du partenaire et de la doula, normalement présents pour appuyer et défendre les intérêts de la femme en travail, exacerbant ses peurs et son stress. Cependant, pour d'autres femmes, la présence attentive et bienveillante des professionnels de la santé a compensé, jusqu'à un certain point, le manque de soutien familial (Bolgeo et al., 2022; Combellick et al., 2022; Eri et al., 2022; Riley et al., 2021).

Durant la période postnatale immédiate, les femmes ayant donné naissance à leur deuxième enfant ou un enfant subséquent, sans antécédents de santé mentale et sans complications pendant l'accouchement, ont généralement mentionné que les restrictions liées à la pandémie avaient eu peu d'impact sur leur séjour hospitalier (Silverio et al., 2021). À l'opposé, les mères d'un premier enfant, bien qu'elles aient compris la nécessité des restrictions, ont exprimé un sentiment de regret quant à l'absence de leur partenaire et famille (Cullen et al., 2021; Vermeulen et al., 2022). Que ce soit pour aider avec les soins du bébé, la douleur ou la mobilité en cas de césarienne ou simplement pour partager le moment magique de la naissance de leur nouveau-né, les femmes auraient apprécié leur présence même si ce n'était que quelques heures par jour (Cullen et al., 2021; Rice & Williams, 2021). En effet, la plupart étaient « assez nerveuses d'être laissées seules » et « sans soutien » (Ambihaipahan et al., 2023). Pour compenser cela, certaines mères ont choisi de quitter l'hôpital plus tôt que prévu pour bénéficier d'une aide à domicile et pour partager le bonheur de la naissance de leur nouveau-né avec leurs proches. Cependant, cette décision a eu comme conséquences un manque de soutien pour l'allaitement et pour la gestion de la douleur (Irvine et al., 2024; Montgomery et al., 2023; Riley et al., 2021; Vermeulen et al., 2022; Vik et al., 2023). Par contraste, d'autres mères ont perçu l'absence de visiteurs dans les établissements de santé comme une source de réconfort, appréciant la tranquillité et la sécurité d'un espace plus intime et plus familial (Bolgeo et al., 2022; Cruz-Ramos et al., 2023; Cullen et al., 2021; Eri et al., 2022; Huynh et al., 2023; Panda et al., 2021; Silverio et al., 2021; Vermeulen et al., 2022). D'ailleurs, cette absence de visiteurs a aussi été jugée comme bénéfique pour établir des liens avec l'enfant et favoriser

l'amorce de l'allaitement maternel (Cullen et al., 2021; Panda et al., 2021). Offrant du temps et de l'espace, cette restriction permettait aux mères de se sentir plus connectées, détendues, à l'aise et moins exposées pour mettre leur bébé au sein (Cullen et al., 2021; Panda et al., 2021). Les mères ont pu se reposer davantage et ne pas avoir à donner d'excuses à leurs visiteurs (Cullen et al., 2021; Eri et al., 2022) ou à gérer avec stress l'organisation de ces rencontres (Shuman et al., 2022).

Pour ce qui est de la période postnatale au retour à domicile, quelques mères ont soulevé que la participation aux rendez-vous pédiatriques était souvent limitée à un seul parent, ce qui engendrait beaucoup de stress chez celles-ci (Spatz & Froh, 2021; Walsh et al., 2022). En effet, de devoir naviguer seules dans le système de santé avec le siège d'auto à tenir et les portes à ouvrir en plus de gérer le bébé et de se remettre physiquement de leur accouchement étaient des défis importants (Spatz & Froh, 2021; Walsh et al., 2022).

Le choix du lieu d'accouchement

Un autre défi était le choix du lieu d'accouchement (Combellick et al., 2022; Combellick et al., 2023; Mari et al., 2023). Deux études menées aux États-Unis ont précisément exploré comment les femmes prenaient leurs décisions à propos du lieu d'accouchement, confrontées aux contraintes spécifiques liées à la pandémie et aux mesures sociosanitaires. Les résultats de l'étude réalisée par Bernecki DeJoy et al. (2021) ont montré que pour les femmes qui envisageaient déjà un accouchement à domicile ou en maison de naissance, la pandémie a été perçue comme une opportunité de concrétiser ce souhait. Pour celles qui voyaient en la pandémie un risque accru pour leur santé, le

choix d'un accouchement dans un cadre communautaire était davantage dicté par leur perception du virus. Cependant, celles confrontées à des complications de grossesse, à une pénurie de sages-femmes dans leur région ou à des difficultés financières exacerbées par la pandémie ont dû adapter leur choix non pas selon leurs préférences, mais en réponse aux obstacles rencontrés. L'obligation d'accoucher à l'hôpital suscitait de vives inquiétudes chez les femmes, notamment la crainte de subir des interventions médicales non désirées dans un contexte où l'usage de procédures médicales était fréquent. De plus, la peur de se voir privées de la présence de leurs proches pendant le travail, en raison des restrictions sur la présence des accompagnants, orientait également le choix d'un accouchement en milieu communautaire. L'étude de Holdren et al. (2024), qui comparait les récits de mères ayant accouchées en milieu hospitalier (n=18) et en dehors de celui-ci (n=6) a identifié deux autres facteurs influençant le choix. Le premier concernait la possibilité d'avoir accès à des options et à des interventions médicales spécifiques comme la péridurale. Le second facteur était lié à la garde des enfants. En effet, la pandémie a compliqué l'organisation du soutien pour la garde des enfants plus vieux chez certaines femmes préférant accoucher à l'hôpital, les poussant à reconsidérer leur lieu d'accouchement. En outre, Mari et al. (2023) ajoutent que, même parmi celles qui avaient fait un choix préalablement réfléchi et informé, certaines ont dû se retourner vers un autre établissement à quelques jours seulement de leur terme, leur hôpital habituel ayant été réaffecté pour le traitement des cas de COVID-19 (Mari et al., 2023).

Le choix du mode et du moment de la naissance

Au-delà du choix du lieu, certaines participantes ont également repensé le mode et le moment de leur accouchement (Combellick et al., 2022). Face aux craintes d'exposition au virus et aux protocoles des hôpitaux, des femmes ont opté pour un déclenchement du travail ou une césarienne, cherchant ainsi à éviter un séjour à l'hôpital durant les pics d'infection ou de perdre l'opportunité d'être accompagnées par leur partenaire (Combellick et al., 2022; Shuman et al., 2022). D'un autre côté, c'était parfois les professionnels qui imposaient ces changements. En effet, des mères ont soulevé que des professionnels de la santé avaient décidé du moment de leur accouchement en procédant à des interventions médicales non souhaitées pour que leur travail soit plus rapide et donc plus pratique pour les services de santé sous pression pendant la pandémie (Irvine et al., 2024). Ces actions ont mené à une diminution de la confiance des femmes envers les professionnels de la santé et ont été associées à des nuits agitées avec des cauchemars, des sueurs nocturnes et des palpitations cardiaques, tous reliés au vécu de l'accouchement (Irvine et al., 2024). En conséquence, cela a intensifié chez elles le désir d'éviter des endroits tels que l'hôpital, qui évoquent ces souvenirs difficiles (Holdren et al., 2024; Irvine et al., 2024).

La surcharge de travail des professionnels de la santé

Selon les participantes de l'étude d'Eri et al. (2022), un facteur ayant parfois nui à une expérience périnatale positive pour les femmes était la surcharge de travail du personnel soignant. Durant leur séjour hospitalier, de nombreuses femmes ont perçu une disponibilité réduite des infirmières, attribuable à l'augmentation des cas de maladies

parmi le personnel, aux départs de certains membres et à l'accumulation de la charge de travail. Ceci a entrainé une prise en charge insuffisante, notamment en matière de soutien à l'allaitement. Il a été fréquemment observé que les professionnels de santé, à peine arrivés pour aider, étaient rapidement réquisitionnés pour des situations critiques, y compris le soin de patientes positives à la COVID-19 présentant des complications. Toutefois, malgré ces contraintes, un certain nombre de participantes ont aussi souligné l'engagement et les efforts considérables des soignants pour répondre aux besoins des nouvelles mères autant que possible dans ce contexte exigeant (Eri et al., 2022; Kinser et al., 2022).

La restriction des visites à l'unité néonatale

Pour les mères ayant eu un nouveau-né admis à l'unité des soins intensifs néonataux, les restrictions imposées par l'établissement de santé ont limité leur accès à leur enfant. L'étude de Goyal, Beck, et al. (2022) met en lumière les difficultés rencontrées par ces mères pour négocier leur présence, ainsi que celle de leur conjoint auprès de leur bébé. De son côté, la recherche de Rice et Williams (2021) soulève les défis spécifiques liés aux soins et à l'allaitement du nouveau-né dans un contexte où les règles hospitalières restreignaient la présence à un seul visiteur à la fois. Ces conditions ont exacerbé le sentiment d'isolement ressenti par les mères dans leur parcours postnatal.

Les tests de dépistage de la COVID-19 à l'admission

La mise en place du dépistage systématique de la COVID-19 auprès des mères dans les unités d'obstétrique est une procédure adoptée en réponse à la pandémie qui a été

documentée par Cruz-Ramos et al. (2023) et Panda et al. (2021). Appliqué à chaque admission, ce protocole a induit chez certaines participantes un sentiment de sécurité, leur permettant de se concentrer pleinement sur leur accouchement (Cruz-Ramos et al., 2023). Cependant, d'autres estimant que le dépistage aurait dû être effectué plus tôt à leur arrivée, ont perçu l'attente comme étant excessivement longue et source de stress (Cullen et al., 2021). De surcroit, l'angoisse générée par l'attente des résultats, associée aux conséquences d'un test positif, a entrainé des situations de stigmatisation comme le souligne l'étude de Jaffe et al. (2023).

Le congé postnatal précoce

Finalement, l'initiative de promouvoir le congé précoce de l'hôpital visait à freiner la transmission du virus, mais a été accueillie de manière contrastée par les mères. Pour certaines, rentrer plus tôt chez elles a été perçu comme une opportunité de diminuer l'isolement en retrouvant leur partenaire et leurs enfants (Rice & Williams, 2022). Pour d'autres, cette pression à quitter l'hôpital a été ressentie comme une sortie forcée, intervenant parfois à peine quelques heures après leur accouchement (Rice & Williams, 2022; Vik et al., 2023).

Les répercussions de la COVID-19 sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale

Outre les effets des politiques adoptées dans les services de périnatalité, les femmes enceintes et les nouvelles mères ont également dû faire face aux répercussions du virus et des mesures sanitaires dans leur vie quotidienne. Ainsi, cet examen des écrits scientifiques se penche sur les dimensions personnelle, professionnelle, familiale et sociale de leur vécu de la grossesse et de la période postnatale dans le cadre spécifique de la pandémie de COVID-19.

La peur de la COVID-19

Dans les témoignages des mères, un thème récurrent est la peur de contracter le virus et les potentielles conséquences sur leur grossesse, l'accouchement et leur bébé (Barbosa-Leiker et al., 2021; Dol et al., 2023; Draganović et al., 2021; Eri et al., 2022; Irvine et al., 2024; Kinser et al., 2021; Linden et al., 2022; Merriman et al., 2023; Rice & Williams, 2021; Riley et al., 2021; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2024; Walsh et al., 2022). La recherche de Vermeulen et al. (2022) met particulièrement en lumière les craintes de faire une fausse couche ou d'accoucher prématurément en cas de contamination. Les études d'Irvine et al. (2024) et de Linden et al. (2022) soulignent la peur d'accoucher sans le soutien de leur partenaire dû à une possible infection. Pour se protéger du monde extérieur perçu comme dangereux, certaines femmes ont évité les transports en commun, les supermarchés, le travail et les visites au bureau du médecin tel que rapporté par les études de Dol et al. (2023) et de Vermeulen et al. (2022). D'autres, selon Goyal, Beck, et al. (2022) et Linden et al. (2022), se sont auto-confinées avant l'accouchement afin de

limiter les contacts extérieurs. Cet isolement s'est parfois prolongé après la naissance, augmentant l'anxiété et le stress durant les six premières semaines postnatales (Goyal, Beck, et al., 2022). Fumagalli et al. (2022) notent toutefois que les femmes sceptiques quant à la transmission du virus ou résidant dans des zones à faible contamination ont adopté une approche moins rigoureuse vis-à-vis des restrictions sanitaires.

L'annulation des célébrations prénatales et postnatales

La mise en place du confinement et des directives de distanciation physique a amené les mères à exprimer un sentiment de perte profond et persistant, dû à l'annulation des festivités marquant la naissance de leur enfant (Charvat et al., 2021; Goyal, Beck, et al., 2022; Kolker et al., 2021). Bien que des célébrations prénatales virtuelles aient offert un certain réconfort à quelques mères, comme le souligne l'étude de Kinser et al. (2022), la plupart ont dû faire le deuil de ces moments, leurs espoirs et leurs rêves ne correspondant pas à la réalité vécue (Goyal, Beck, et al., 2022; Huynh et al., 2023). En effet, selon les résultats de Charvat et al. (2021), même si l'envoi de cadeaux par courrier ou déposés sur le pas de la porte a apporté une consolation et témoigné du soutien de leur entourage, la présence physique et directe des proches a été vivement regrettée.

L'annulation des activités prénatales et postnatales

Un autre aspect ayant suscité du regret chez quelques mères est la perte de ressources spécifiques à la grossesse ou à la période postnatale, comme les cours de yoga (Kinser et al., 2021). Privées des groupes de soutien entre pairs auxquels les mères

s'attendaient, elles ont éprouvé une grande tristesse, exprimant le sentiment que leur congé de maternité leur avait été dérobé (Dol et al., 2023).

Le départ de l'emploi, la perte de l'emploi, l'arrêt de travail ou le télétravail

Pour continuer, la crainte du virus, le confinement et la fermeture des commerces non essentiels ont conduit à de nombreux départs d'emploi, mises à pied, arrêts de travail ou transitions vers le télétravail pour les parents. Ces modifications ont été associées à des expériences mitigées parmi les futures et les nouvelles mères (Dol et al., 2023; Farewell et al., 2020; Huynh et al., 2023; Kinser et al., 2021; Merriman et al., 2023; Vermeulen et al., 2022). Selon Vermeulen et al. (2022), en Belgique, la perte de l'emploi a surtout été vécue comme un moment opportun de prendre du temps pour soi et de réaménager et décorer la maison. Cependant, pour quelques femmes dans cette étude et dans celle de Kolker et al. (2021), la période a plutôt été vécue difficilement en raison des implications financières menant parfois à des tensions conjugales. Par ailleurs, pour les femmes qui ont été amenées à faire du télétravail pendant la grossesse, l'étude de Huynh et al. (2023) aux États-Unis a rapporté que c'était une expérience positive. En plus de pouvoir travailler à leur propre rythme depuis leur domicile, les femmes n'avaient pas à s'exposer au public quand elles vivaient des symptômes gênants de la grossesse tels que les nausées matinales ou la fatigue. Elles n'étaient pas non plus contraintes de se soucier de leur tenue ou d'acheter des vêtements de maternité. Celles-ci avaient la possibilité d'opter pour des vêtements plus confortables comme des leggings et d'éviter le magasinage. D'autres effets positifs ont été cités dans les études de Vermeulen et al. (2022) et de Farewell et al. (2020) comme moins de déplacements, la possibilité de se reposer et une meilleure santé

mentale. Cependant, quelques femmes ont aussi signalé une confusion de limites entre leurs sphères professionnelle et personnelle (Vermeulen et al., 2022). Lorsque les autres enfants étaient à la maison et que les mères ne pouvaient pas compter sur l'aide de leur conjoint, trouver un nouvel équilibre s'avérait épuisant (Vermeulen et al., 2022).

La conciliation du travail, de la famille et de l'éducation des enfants à domicile

Effectivement, pour les mères qui ont dû jongler entre le travail à domicile, répondre aux besoins de leur nouveau-né, s'occuper d'autres enfants en bas-âge dont les routines ont été perturbées et assurer l'enseignement des plus grands à domicile, cela a parfois été une grande source de stress et de fatigue (Goyal, Beck, et al., 2022; Goyal, De La Rosa, et al., 2022; Kinser et al., 2021; Vermeulen et al., 2022; Walsh et al., 2022). Comme les visites à domicile étaient interdites, beaucoup de mères ont trouvé difficile de ne pas pouvoir compter sur une aide domestique (Vermeulen et al., 2022). Bien que la majorité s'appuyait sur leur conjoint pour les tâches, les courses et les soins aux enfants, ce n'était parfois pas suffisant. De plus, dans certains cas, le télétravail du conjoint ajoutait une charge supplémentaire aux femmes. D'après les témoignages recueillis dans l'étude de Joy et al. (2020), la présence constante du conjoint à la maison a entrainé une augmentation des tâches ménagères, du désordre et des exigences de planification familiale.

Le manque de soutien instrumental de la famille élargie et des amis

Lorsque les femmes se sont retrouvées sans le soutien de leur partenaire pour les différentes tâches domestiques et familiales, elles se sont senties seules et délaissées, une

situation exacerbée par les restrictions sanitaires empêchant les visites à domicile de leurs proches (Draganović et al., 2021; Vermeulen et al., 2022). L'étude canadienne de Benoit et al. (2023) auprès de 68 mères se concentrant sur l'impact du premier confinement sur l'accès au soutien social durant la première année postnatale a mis en évidence un manque criant de soutien physique pour la gestion du quotidien et le bien-être des mères et de leurs nourrissons. Face à ces besoins non comblés, frustration et stress se sont accrus chez certaines d'entre elles. Pour contrer l'isolement et améliorer leur santé mentale, des participantes de l'étude de Cruz-Ramos et al. (2023) et de Rice et Williams (2021) ont choisi de contourner la politique de confinement pour chercher du soutien tangible auprès de leur mère. D'autres participantes interrogées dans les études de Charvat et al. (2021) et Huynh et al. (2023) ont mentionné avoir reçu du soutien instrumental à distance faute de bénéficier de celui en présentiel. Les mères ont notamment rapporté des courses effectuées par des membres de la famille et amis puis des repas livrés à la porte par des groupes de parents.

L'isolement et l'utilisation de plateformes virtuelles comme moyen d'être en contact avec la famille et les amis

Malgré un soutien à distance des proches, la majorité des mères ont ressenti une profonde solitude en postpartum. Panda et al. (2021) ont noté que cette solitude découlait souvent de l'isolement vécu pendant la grossesse, durant laquelle de nombreuses femmes s'étaient confinées pour se protéger de la transmission du virus de la COVID-19. Bien que quelques femmes aient intégré cette réalité à leur vécu maternel, beaucoup ont été

affectées émotionnellement et psychologiquement par l'éloignement de leur famille et ami(e)s, et par la solitude qui en résultait. L'annonce de la grossesse par téléphone, par exemple, s'est avérée un moment très difficile pour les participantes de l'étude de Vermeulen et al. (2022). De même, l'incapacité de partager les premiers instants de la parentalité avec leurs proches a profondément attristé ces femmes, réalité confirmée par plusieurs recherches (Goyal, Beck, et al., 2022; Rodríguez-Gallego et al., 2022; Spatz & Froh, 2021). Toutefois, l'usage de la technologie a servi de consolation, un compromis inévitable selon les participantes de l'étude de Jackson et al. (2022). En plus de la tristesse, Goyal, Beck, et al. (2022) ont souligné que certaines femmes avaient des « pensées intrusives » et des « symptômes dépressifs ». Une femme de l'étude de Rivadeneyra-Sicilia et al. (2024) a d'ailleurs exprimé : « je dirais que la COVID peut vous tuer, mais l'isolement aussi [...] ». Ces propos illustrent bien les sentiments des femmes pour cette période, et particulièrement celles qui sont sans réseaux familiaux comme les femmes immigrantes, ou celles ayant des niveaux exacerbés d'inquiétude et d'anxiété.

L'impossibilité d'utiliser les mécanismes habituels pour faire face

Non seulement la pandémie a exacerbé les niveaux de détresse émotionnelle, mais elle a également entravé l'utilisation des stratégies habituelles pour faire face aux défis et aux stress. En effet, les travaux de Shuman et al. (2022) ont mis en lumière les changements drastiques dans les activités contribuant au bien-être des femmes telles qu'aller à la salle de sport et passer du temps avec des amis. En revanche, les mères étudiées par Kolker et al. (2021) ont adopté diverses stratégies pour gérer le stress

pandémique, notamment en accordant une attention particulière à leur propre bien-être psychologique.

Les effets positifs du confinement

En dépit de tous les effets négatifs de la pandémie et du confinement, les mères ont quand même rapporté quelques effets positifs dans ce contexte d'adversité (Montgomery et al., 2023; Panda et al., 2021; Rodríguez-Gallego et al., 2022; Turner et al., 2023). Dans l'étude de Joy et al. (2020), par exemple, l'obligation de rester à la maison a été considérée comme une « bénédiction », car elles n'étaient pas obligées de s'engager dans des activités productives comme le ménage. En effet, au lieu de se sentir forcées par les pressions sociales et un discours culturel axé sur la productivité, quelques femmes ont pu trouver un soulagement dans le fait de ne pas avoir de visiteurs. Un autre avantage notable était de pouvoir allaiter sans être observée par autrui. En l'absence d'interventions extérieures, les mères ont pu se détendre, favorisant ainsi l'initiation et le maintien de ce mode d'alimentation. Elles ont également mentionné avoir eu l'opportunité de se connecter et de découvrir leur bébé à leur propre rythme. De plus, les mères ont souligné le fait que cette période leur accordait le temps nécessaire pour approfondir leur compréhension de leur nouvelle dynamique familiale et d'intégrer leur rôle parental, tout en leur permettant d'explorer des stratégies familiales pour s'adapter sans être influencées par des facteurs externes. En outre, cela a favorisé la création de liens précieux avec les membres de la famille, y compris le nouveau-né.

En résumé, même si les mères ont trouvé quelques effets positifs au contexte de la pandémie de COVID-19, la grande majorité d'entre elles a été impactée de façon négative par la reconfiguration des soins et des services de santé en périnatalité, et par le virus et les mesures sanitaires dans leur vie quotidienne. Il convient ainsi de reconnaître que leur expérience de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale dans ce contexte d'adversité a entrainé de nombreux symptômes psychologiques, dont plusieurs semblaient de nature traumatique (par exemple, des cauchemars, de la culpabilité, des souvenirs pénibles, des pensées intrusives). Or, aucune étude ne s'est précisément attardée à explorer le vécu potentiellement traumatisant des mères de la grossesse, de la naissance de leur enfant et de la période postnatale dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. La présente étude vise donc à pallier cette lacune. Elle apportera un éclairage nouveau et essentiel sur les défis psychologiques auxquels sont confrontées les mères pendant cette période critique, ainsi que sur les implications pour les pratiques cliniques et les politiques de santé publique.

La section suivante introduit le cadre théorique de Bronfenbrenner et examine son utilité pour guider la présente étude.

La théorie bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner

Pour construire des connaissances de manière efficace, il est essentiel d'ancrer le problème de recherche dans une structure théorique ou conceptuelle (Fortin & Gagnon, 2022). Dans cette optique, la théorie bioécologique de Bronfenbrenner (1979) a été

choisie comme perspective pour guider cette étude. Dans un premier temps, les concepts clés de la théorie sont examinés, puis il est explicité comment cette théorie est spécifiquement pertinente dans le cadre de cette recherche.

L'origine et la description de la théorie bioécologique du développement humain

Inspiré par les travaux de Lewin (1937) et de Vygotsky (1978) sur les interactions entre l'individu et son environnement, ainsi que sur l'impact significatif de la culture, de l'encadrement et des interactions sociales dans le développement des enfants, le psychologue Urie Bronfenbrenner a développé une théorie connue sous le nom d'écologie du développement humain dans son ouvrage éponyme de 1979. À l'instar de ses prédécesseurs, Bronfenbrenner considère que la progression, le nombre et la variation des environnements fréquentés par un individu sont des moteurs du développement (Dubeau & Devault, 2012; Larose et al., 2013). Ainsi, selon cette théorie, les environnements d'un individu sont subdivisés en quatre niveaux systémiques illustrés sous la forme de cercles imbriqués les uns dans les autres, à l'image de poupées russes. Ces cercles, intitulés à l'époque le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème, ont progressé pour inclure deux autres dimensions systémiques, soient l'ontosystème et le chronosystème. Cette évolution taxonomique, présentée dans la Figure 2, est aujourd'hui mieux connue sous le nom de la théorie bioécologique du développement humain. Elle est largement utilisée dans le domaine de la santé, des sciences infirmières et d'autres domaines clés pour analyser les multiples influences pouvant agir sur le développement des enfants, des adolescents et des adultes (Bastani et al., 2023; Eanes, 2023).

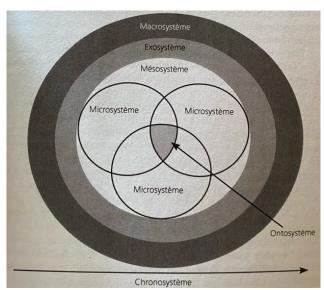


Figure 2

La taxonomie des différents niveaux systémiques

Source : Tiré de de Montigny et Goudreau (2009)

L'application et la pertinence de la théorie biologique du développement humain pour l'étude actuelle

Dans l'étude actuelle, l'application de la théorie de Bronfenbrenner permettra une approche intégrant à la fois une perspective écosystémique et développementale pour examiner les évènements potentiellement traumatisants des mères pendant la période périnatale en contexte de pandémie de COVID-19.

D'abord, la perspective écosystémique de la théorie sera particulièrement utile pour comprendre les interactions complexes entre les différents systèmes et leur impact sur l'expérience des mères de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale dans ce contexte. En examinant les caractéristiques innées ou acquises des femmes enceintes et

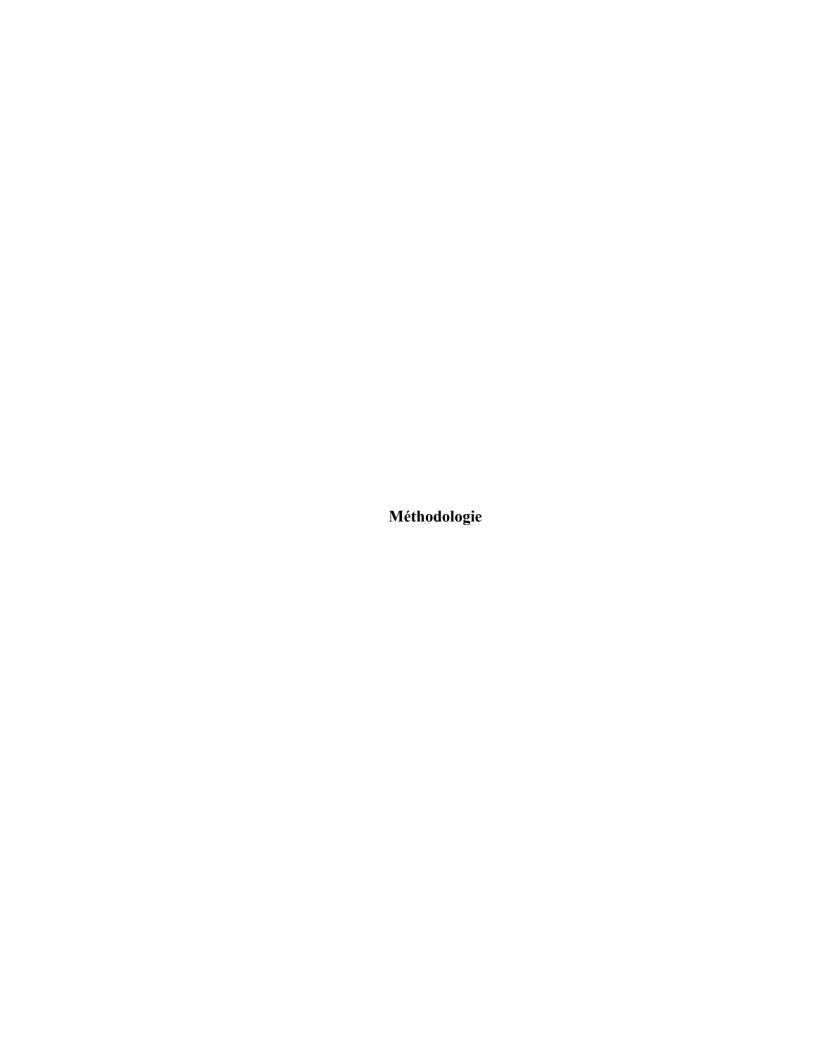
des nouvelles mères (ontosystème), les environnements qu'elles fréquentent régulièrement (microsystème), les relations entre ces environnements (mésosystème), les milieux qu'elles ne fréquentent pas directement, mais qui peuvent influer sur leur vie (exosystème), ainsi que les influences externes (macrosystème), il sera possible de mieux comprendre comment ces facteurs interagissent pour façonner l'expérience des mères et leur santé mentale. De plus, en tenant compte des constantes et des changements dans le temps (chronosystème), on pourra saisir l'évolution de ces influences sur le développement et le bien-être des mères au fil du temps. En explorant ces perspectives de manière intégrée, cette approche permettra d'obtenir une vision plus complète et nuancée des défis auxquels sont confrontées les mères pendant la pandémie de COVID-19.

Parmi les caractéristiques individuelles des femmes, une attention particulière sera accordée aux croyances, aux peurs, aux compétences, au bagage culturel, professionnel et personnel, de même qu'aux expériences antérieures et actuelles comme le fait d'être une mère primipare ou multipare, ou d'avoir vécu une fausse couche dans le passé. Ces expériences étant susceptibles d'influencer le vécu de la grossesse et de la naissance actuelle dans le contexte de la pandémie, il importe de comprendre l'histoire entière de la personne. De plus, dans le cadre du microsystème, les changements occasionnés par la COVID-19 dans les activités, les rôles et les interrelations des mères avec leur(s) enfant(s), leur conjoint, les membres de la famille proche et éloignée et les ami(e)s, ainsi que leur employeur et les professionnels de la santé seront examinés. Pour continuer, le mésosystème explorera les relations entre les microsystèmes des mères, par exemple,

l'enjeu de la conciliation travail-famille qui a été vécu par de nombreuses femmes pendant la pandémie. L'expérience des décisions administratives et politiques qui sont également à même de modifier les caractéristiques des environnements des mères et leurs relations sera explorée pour la partie portant sur l'exosystème. Ainsi, les questions de ce système porteront sur les mesures sanitaires qui ont modifié l'expérience de la grossesse et de la naissance des mères, tant dans les établissements de santé que dans leur vie quotidienne. Pour terminer, les systèmes institutionnels des mères tels que les systèmes sociaux et politiques seront questionnés sous l'angle des idéologies, des valeurs, des normes et des coutumes qui sont importantes à leurs yeux et qui ont changé en temps de COVID-19. Enfin, tous les éléments seront explorés selon l'évolution de la pandémie pour la perspective écosystémique.

Ensuite, pour la perspective développementale de la théorie, celle-ci permettra de comprendre les interactions entre les individus et l'influence réciproque des caractéristiques personnelles et contextuelles sur le développement individuel. L'expérience des mères rapportant des niveaux élevés de symptômes associés au trouble de stress post-traumatique pourra être examinée à travers cette lentille, étant donné que la transition vers la maternité représente une étape déterminante du développement personnel. Ainsi, le cadre théorique offre un angle pertinent pour comprendre comment ces défis affectent la santé mentale des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, notamment en contexte de pandémie.

Le prochain chapitre traite de la méthodologie de recherche, détaillant les méthodes et les procédures utilisées pour collecter et analyser les données, afin d'explorer les expériences des femmes pendant la période périnatale en contexte de pandémie.



Ce troisième chapitre aborde les aspects méthodologiques de l'étude. Tout d'abord, le choix d'une approche qualitative descriptive guidée par la technique améliorée des incidents critiques (TAIC) est présenté et justifié pour explorer l'objet de recherche. Ensuite, la méthodologie de la TAIC est brièvement décrite et les principales étapes à réaliser sont exposées (Butterfield et al., 2009). Pour terminer, le déroulement de l'étude, les considérations éthiques et les critères de rigueur scientifique sont discutés au regard de la méthodologie choisie.

La méthodologie de recherche : la technique améliorée des incidents critiques

La méthodologie de recherche adoptée pour ce projet s'appuie sur l'utilisation de la technique améliorée des incidents critiques (TAIC) de Butterfield et al. (2009). Cette décision découle de la nécessité d'explorer de manière approfondie et flexible les expériences des femmes en transition vers la maternité pendant la pandémie de COVID-19, en mettant particulièrement l'emphase sur les évènements potentiellement traumatisants. L'objectif de la TAIC est d'acquérir une compréhension détaillée des défis spécifiques auxquels celles-ci sont confrontées, des réponses émotionnelles qu'elles peuvent éprouver, ainsi que des facteurs d'influence sur leur santé maternelle dans le contexte complexe et en constante évolution de la pandémie. La vision nuancée et approfondie découlant de cette démarche permettra le développement d'interventions

ciblées visant à mieux soutenir les mères face aux défis spécifiques de cette période (Butterfield et al., 2005; Butterfield et al., 2009; Kemppainen, 2000).

Initialement développée sous le nom de « la technique de l'incident critique » par Jonh C. Flanagan en 1954, cette méthode était utilisée en psychologie industrielle et organisationnelle pour explorer « ce qui contribue » à l'échec dans l'apprentissage du pilotage dans l'armée de l'air des États-Unis. Elle était alors décrite comme « [...] un ensemble de procédures servant à recueillir les observations directes du comportement humain de façon à faciliter la résolution de problèmes pratiques » [traduction libre] (Flanagan, 1954, p. 327). Aujourd'hui, la méthodologie a évolué, mais suit toujours la flexibilité initiale proposée par Flanagan (1954). À cet égard, elle a été adaptée dans une pléthore de disciplines pour répondre à différents besoins de recherche (Bott & Tourish, 2016; Breuer et al., 2020; Oxtoby et al., 2015; Tandoc et al., 2019; Voulgari & Koutrouba, 2021). Dans le domaine de la santé où les chercheurs accordent une importance croissante à la compréhension approfondie de l'expérience vécue par les individus, l'approche améliorée de la TAIC répond à ce besoin. Elle permet une représentation exhaustive et précise des expériences vécues en intégrant des éléments contextuels, qui éclairent les circonstances de base, et des éléments souhaités, qui reflètent ce que les participants auraient trouvé utile, bien que non disponible lors de leur expérience. Ces aspects sont intégrés tant dans les incidents aidants qui enrichissent l'expérience que dans les incidents gênants qui la détériorent. Ce faisant, la méthodologie de la TAIC permet de présenter un portrait plus riche et nuancé du vécu. Elle comporte 5 étapes systématiques et séquentielles, soient : 1) la détermination des objectifs généraux; 2) l'élaboration des plans et des spécifications; 3) la collecte des données; 4) l'analyse des données; et 5) l'interprétation et la transmission des résultats (Butterfield et al., 2009; Flanagan, 1954). Ces étapes sont brièvement décrites dans les paragraphes suivants pour comprendre le processus que le chercheur doit suivre pour mener à bien son étude. Par la suite, le déroulement de la recherche est présenté (les étapes 2, 3, 4).

La détermination des objectifs généraux

La première étape consiste à définir ce que le chercheur veut découvrir et à établir ce qui est déjà connu sur le sujet (Butterfield et al., 2009; Flanagan, 1954). À cet effet, l'objectif spécifique de recherche vise à déterminer « quels sont les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie ? ». Une revue des écrits vient informer sur ce qui est connu sur le sujet d'étude (chapitre 2).

L'élaboration des plans et des spécifications

À la deuxième étape, le chercheur doit élaborer des plans et des spécifications pour recueillir les incidents critiques (Butterfield et al., 2009). Cela implique d'identifier les participants appropriés pour la recherche (la population cible), et de définir les critères d'inclusion et d'exclusion (Hughes, 2007). Cette étape englobe également la sélection d'une ou de plusieurs méthode(s) d'échantillonnage et d'exhaustivité des données (Fortin & Gagnon, 2022). Pour colliger les bonnes informations à étudier, le chercheur doit sélectionner et/ou formuler les outils pertinents au recrutement et à la collecte des

données, définir ce qui est considéré comme un incident critique, et, au besoin, choisir et former les collecteurs de données (Butterfield et al., 2009).

La collecte des données

À l'étape suivante, le chercheur doit procéder au recrutement des participants conformément à la méthode sélectionnée et évaluer leur admissibilité à prendre part à l'étude en se basant sur les critères choisis (Butterfield et al., 2009). Pour continuer, il doit les informer du but de l'étude et des considérations éthiques de la recherche, pour finalement obtenir leur consentement et procéder à la collecte des données jusqu'à leur exhaustivité.

L'analyse des données

Par la suite, le chercheur doit déterminer comment organiser les données et définir la nature générale de la classification. L'objectif principal est de développer un schéma de catégories qui résume et décrit les données de manière efficace et pratique, tout « en sacrifiant le moins possible leur exhaustivité, leur spécificité et leur validité » (Flanagan, 1954, p. 344).

L'interprétation et la transmission des résultats

Pour conclure, le chercheur doit revisiter les étapes précédentes afin de voir quels sont les biais introduits par les procédures adoptées (Flanagan, 1954). Cette révision vise à mettre en évidence les limites et les forces de l'étude pour renforcer sa rigueur et souligner la valeur des résultats. Une description plus détaillée de cette étape est fournie dans la section « discussion » (chapitre 5).

Le déroulement de l'étude

Le milieu de l'étude

Cette étude qualitative descriptive s'est déroulée de 2021 à 2022 dans plusieurs régions administratives du Québec et une région de la France. La décision d'inclure les participantes de ces deux milieux est tributaire de la similitude des contextes, des enjeux, des pratiques de santé et des mesures sociosanitaires.

La population cible et l'échantillon

La population cible de ce projet est composée des femmes ayant vécu un ou plusieurs évènements potentiellement traumatisants pendant leur transition vers la maternité en contexte de pandémie de COVID-19. L'échantillon spécifique de cette recherche provient de l'étude COCON, une étude plus large qui visait à examiner les effets de la pandémie de COVID-19 sur le fonctionnement personnel, conjugal et parental (de Montigny et al., 2020). Pour cette étude, les mères admissibles ont été sélectionnées selon le score qu'elles ont obtenu à l'échelle de stress post-traumatique, évalué par un questionnaire administré via la plateforme LimeSurvey lors du volet francophone de l'étude COCON. Conformément aux directives du National center for PTSD (2018), un score de 31 ou plus à l'échelle du Post-Traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5 (PCL-5), validée pour mesurer le stress post-traumatique, indique la présence probable d'un TSPT (Ashbaugh et al., 2016; Weathers et al., 2013). Ce seuil, associé à un nombre significatif de symptômes, permet de fournir un diagnostic provisoire de TSPT chez cette population (Ashbaugh et al., 2016; Weathers et al., 2013).

Les critères d'inclusion et d'exclusion

En plus d'obtenir un score de 31 ou plus à l'échelle de TSPT, les autres critères d'inclusion sont les suivants : 1) être âgé de 18 ans ou plus; 2) parler et lire le français; 3) avoir accès à une connexion internet; et 4) accepter de parler de son expérience. Les critères d'exclusion sont : ne pas répondre aux critères d'inclusion et avoir des antécédents connus de troubles mentaux de type psychotique. Aucun évènement identifié par les femmes dans le point 8.1 du questionnaire COCON n'a été exclu (voir Appendice D). Cette décision tient du fait que les femmes peuvent avoir de la difficulté à identifier l'événement traumatique (Lebigot, 2009).

La technique d'échantillonnage

La technique à choix raisonné, aussi nommé échantillonnage intentionnel, est privilégiée pour effectuer la sélection des participantes à l'étude. Dans le cas d'une recherche qualitative basée sur la TAIC, le chercheur doit effectuer une sélection rationnelle et trouver les personnes qui sont le mieux disposées à donner les informations voulues en vertu de leur expérience et qui acceptent de les partager (Butterfield et al., 2009; Polit & Beck, 2017). Ici, la technique est utilisée pour identifier et sélectionner les femmes les plus susceptibles de fournir les incidents critiques liés au développement d'un TSPT pendant la période de transition vers la maternité et en contexte de pandémie de COVID-19.

Pour la taille d'échantillonnage à adopter, il n'y a généralement pas de règles strictes établies dans une démarche scientifique qualitative (Hennink & Kaiser, 2022). Si certains

auteurs s'appuient sur la méthodologie qu'ils ont choisie ou sur ce qui est jugé utile et crédible pour eux, d'autres se fient plutôt aux délais à respecter pour effectuer la recherche, ou encore, au budget prévu et disponible (Shaheen & Pradhan, 2019). Dans l'étude actuelle, l'étudiante-chercheuse considère la méthodologie de la TAIC qui demande de prendre en compte la redondance des incidents critiques plutôt que le nombre de participantes (Butterfield et al., 2009; Flanagan, 1954; Woolsey, 1986). Dans cette intention, et dans celle d'atteindre l'exhaustivité des incidents critiques, les données sont colligées jusqu'au moment où, épistémologiquement, aucun nouvel incident n'est rapporté par les mères (Butterfield et al., 2009). Dans la littérature scientifique, ce moment est susceptible d'arriver lorsque 50 incidents sont collectés, ou encore, lorsque plusieurs milliers sont colligés (Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Hughes, 2007). Ici, la redondance des incidents critiques s'est produite après 40 incidents, recueillis auprès de 14 femmes.

Le recrutement des participantes

Le recrutement débute en identifiant les participantes du projet COCON ayant obtenu un score clinique à l'échelle de mesure du TSPT (≥ 31/80). Parmi cette liste, les mères ayant préalablement accepté de participer à une entrevue sur leur expérience sont contactées. Lors de l'appel téléphonique, les détails du projet de recherche, y compris ses objectifs et son déroulement, sont expliqués. Si les femmes répondent aux critères d'inclusion et maintiennent leur intérêt à participer, elles sont informées de la compensation financière de 25 dollars qui leur sera versée à la fin du processus de collecte de données. Ensuite, un rendez-vous est convenu à une date et à une heure qui leur

convient sur Zoom, une plateforme de visioconférence professionnelle validée et largement utilisée pendant la pandémie de COVID-19 pour respecter les mesures sanitaires en vigueur (Archibald et al., 2019; Schlegel et al., 2021). Lors de l'appel, il est aussi mentionné que les entretiens sont enregistrés à la fois sur Zoom et sur un enregistreur vocal afin de prévenir tout risque de pertes de données en cas de difficultés techniques. Dans le cas où il est impossible de rejoindre une participante par téléphone, une sollicitation par courriel est envoyée, reprenant les mêmes informations. L'étudiante-chercheuse veille toutefois à être claire, explicite et concise dans les renseignements fournis, dans le but de capter l'attention des mères. Une fois l'accord obtenu, la participante signe le formulaire d'information et de consentement (Appendice C). Les aspects éthiques du projet sont abordés plus en détail plus loin dans le chapitre pour suivre une suite logique.

Les instruments de collecte de données

Dans le cadre de cette recherche, trois outils de collecte de données sont minutieusement sélectionnés et utilisés : le questionnaire de données sociodémographique, l'entretien semi-structuré et le journal de bord.

Le questionnaire de données sociodémographique

Les données sociodémographiques de cette étude sont recueillies à partir du questionnaire de l'étude COCON (de Montigny et al., 2020) pour dresser un portrait des participantes et contextualiser les résultats obtenus. Les données rassemblées et analysées

vont de détails généraux d'ordre sociodémographique tels que le pays de résidence, l'âge et le statut conjugal, à des éléments spécifiquement liés à la période périnatale comme le nombre de grossesse(s), le lieu d'accouchement et le mode de naissance. Elles incluent également les habitudes de consommation, notamment la prise de tabac, de drogue et d'alcool, aussi bien que le score de TSPT des mères. Pour la présente étude, environ le quart des questions du projet COCON ont été utilisées (Appendice D).

L'entretien semi-structuré

Le deuxième outil utilisé est l'entretien semi-structuré. Il est choisi, parce que dans une étude TAIC impliquant des concepts de nature psychologique comme le trouble de stress post-traumatique, il s'agit de l'instrument le plus utile pour obtenir les détails pertinents sur les évènements (Butterfield et al., 2009; Kemppainen, 2000). Effectivement, il repose essentiellement sur la narration du vécu pour la personne qui participe à l'entrevue, et à la précision de son processus de pensées par l'intervieweur (Bradbury-Jones & Tranter, 2008; Butterfield et al., 2009). Cependant, même si l'entretien se déroule sur un mode de conversation, il nécessite la préparation d'un guide d'entretien, tout comme l'acquisition et l'application de certaines habiletés de communication pour organiser la discussion, rester alignée avec le sujet de recherche, et obtenir de riches données (Brinkmann, 2014; Butterfield et al., 2009; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Pour confectionner le guide d'entretien (Appendice E), de multiples lectures scientifiques sont réalisées sur les concepts centraux de l'étude, à savoir ; la transition à la maternité, le stress post-traumatique et la pandémie de COVID-19 (Brinkmann & Kvale, 2015). Ces lectures permettent entre autres de développer une compréhension globale du sujet pour ultérieurement orienter la thématisation du canevas, donner des pistes de réflexion pour les événements potentiellement traumatisants, et faciliter l'intégration de la TAIC au récit de la participante. Une fois rédigé, le canevas est révisé par la directrice du mémoire (F.D.M) et une autre experte de la méthode (D.D). Après avoir pris connaissance de leurs commentaires, des corrections sont apportées, notamment, plus de précisions sur les questions liées aux incidents. Pour continuer, le guide est testé lors de trois entretiens pilotes (Hughes, 2007). Le premier est réalisé avec la co-directrice de l'étudiante-chercheuse (I.L), et les deux autres, avec des participantes ayant obtenu un score seuil limite de TSPT (c'est-à-dire, celles ayant obtenu un score de 27 et 29/80). Ces pré-tests permettent non seulement d'améliorer le guide d'entretien (plus spécifiquement, les questionnements liés à l'expérience de la pandémie pendant la grossesse), mais aussi aux intervieweuses (P.H.H et I.L) de prendre de l'assurance et de se familiariser avec la séquence des thèmes.

Les entretiens étant réalisés virtuellement, ils exigent l'instauration rapide d'un climat favorisant une bonne communication et un lien de confiance pour aborder un sujet aussi délicat et sensible que le trouble de stress post-traumatique (Dempsey et al., 2016). Pour y parvenir, l'intervieweuse (P.H.H ou I.L) demande à la mère, dans la mesure du

possible, de s'isoler dans une pièce fermée, sans bruit, ni personne pour la déranger. Elle lui recommande également de garder sa caméra ouverte afin de créer un contact direct et chaleureux. Les premières questions d'introduction posées sur le contexte comme : « Quel est votre nom ? », « Quel âge avez-vous ? », « Avez-vous un conjoint ou une conjointe? », « Combien d'enfants avez-vous? » et « À quel moment de votre vie coïncidait l'annonce du confinement dû à la pandémie (au moment de la conception, à l'annonce de la grossesse, durant la grossesse, à la naissance, ou à la période postnatale) ? », visent à amorcer l'entretien en douceur et à recueillir des informations sur la composition familiale, tout en créant une opportunité pour la femme de partager son expérience (Brinkmann & Kvale, 2015). Les questions suivantes sont orientées selon le récit, mais aussi selon les messages non-verbaux. Par exemple, lorsque la participante raconte un évènement qui semble significatif ou marquant (c'est à dire important pour elle dans son expérience), la personne qui interroge garde en tête de l'examiner sous l'angle d'un incident gênant, aidant, et/ou souhaité (voir Appendice E, consigne numéro 1) en utilisant des questions spécifiques telles que « Comment vous vous êtes-vous sentie à ce moment-là? ». Cependant, si un moment de silence est présent, c'est-à-dire que la mère prend une pause pour réfléchir et reprendre le fil de sa pensée, l'intervieweuse respecte ce moment et lui laisse le temps pour s'exprimer (Poupart, 2012). Pour manifester son écoute active, celle-ci peut utiliser des signes affirmatifs pour indiquer sa compréhension des réponses verbalisées et son empathie face à la situation (Fortin & Gagnon, 2022). À l'inverse, lors d'un silence significatif, que ce soit parce que la femme reste silencieuse en raison d'un malaise ou parce qu'elle n'a plus rien à dire, l'interrogatrice est amenée,

en fonction du contexte, à poser directement une *question d'interprétation* telle que « Vous semblez mal à l'aise d'aborder X sujet, est-ce que je me trompe ? », ou encore « Si je comprends bien ce que vous me dites...? ». Ces questions permettent de confirmer la compréhension de l'expérience personnelle et de réorienter le récit en fonction de ce qu'il reste à explorer (Poupart, 2012). Pour clore le récit, il est important de réaliser un compte rendu en demandant à l'interviewée « Comment avez-vous trouvé votre expérience d'entrevue ? » ou « Avez-vous quelque chose à ajouter ou à demander ? » (Brinkmann & Kvale, 2015). Ces *questions directes* donnent une dernière opportunité à la personne de verbaliser son expérience ou ses inquiétudes en lien avec son vécu ou l'entrevue (Brinkmann & Kvale, 2015).

Ainsi, pour faire le tour des questions du guide et explorer le même niveau de contenu avec toutes les participantes (Butterfield et al., 2009), les entrevues prennent, en moyenne, 1h30 minutes.

Le journal de bord

Le troisième outil employé est le journal de bord (Appendice F). Il est intégré dans le cadre de cette étude qualitative descriptive basée sur la TAIC car le chercheur doit rapporter le plus objectivement possible l'expérience des participantes, tout en considérant qu'il existe une certaine subjectivité (Viergever, 2019). Pour atteindre cet objectif, l'étudiante-chercheuse documente le déroulement des entrevues et ses observations sur les participantes, ainsi que ses réflexions. Les démarches et les décisions

prises sont aussi inscrites tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Cette façon de faire permet de se recentrer, tout en adoptant une perspective d'observateur visà-vis ses données (Baribeau, 2005).

L'analyse des données

Les données colligées sont analysées selon les trois grandes étapes de la TAIC, à savoir : 1) la détermination du cadre de référence; 2) la formulation des catégories dérivées du regroupement d'incidents similaires; et 3) la détermination du niveau de spécificité et de généralité à utiliser dans la communication des données (Butterfield et al., 2009).

La détermination du cadre de référence

Comme expliqué dans la section du contexte théorique, la recherche s'appuie sur le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979). Cette sélection est retenue puisque ce modèle offre à l'auteure une perspective élargie et souple, permettant de réfléchir de manière approfondie aux évènements potentiellement traumatisants vécus par les mères en période de transition vers la maternité pendant la pandémie de COVID-19. Grâce à ses différents niveaux systémiques, il laisse place à la fois à l'exploration des caractéristiques des individus, mais aussi à celles de ses milieux de vie qui ont le potentiel d'influencer le développement d'un TSPT.

La formulation des catégories dérivées du regroupement d'incidents similaires

Pour organiser les données brutes, les enregistrements audios sont d'abord retranscrits mot à mot pour être postérieurement insérés dans NVivo version 13 (QSR International, 2023), un logiciel reconnu en sciences de la santé pour faciliter l'analyse inductive des données (Elliott-Mainwaring, 2021; Houghton et al., 2017).

Afin de procéder à l'analyse dans NVivo (QSR International, 2023), les transcriptions sont lues et relues par l'étudiante-chercheuse pour lui permettre de s'immerger dans les données. Pour continuer, les incidents critiques sont extraits des textes transcrits, puis des codes initiaux sont assignés à chacun d'entre eux à l'aide d'un raisonnement inductif. Cette assignation vise à décrire de manière précise les incidents critiques pour faciliter leur regroupement ultérieur selon leurs similitudes. Le code élaboré doit donc être concis tout en étant suffisamment explicite pour résumer efficacement chaque incident. De plus, pour chaque incident, un symbole est ajouté. Un (-) représente un incident critique gênant (tout ce qui nuit à l'expérience de la transition vers la maternité en temps de pandémie de COVID-19 et qui est susceptible d'engendrer un TSPT), un (+) désigne un incident critique aidant (tout ce qui aide à bien vivre l'expérience de la transition vers la maternité en temps de COVID-19 et qui est susceptible d'empêcher ou d'atténuer un TSPT), et un (S) pour illustrer un incident critique souhaité (tout ce qui n'était pas présent pendant l'expérience de la transition vers la maternité en temps de pandémie de COVID-19 et qui aurait été apprécié pour corriger ou améliorer le vécu). Voici un exemple du processus réalisé avec un extrait de verbatim :

[...] ma famille venait visiter Éloi, rencontrer Éloi à travers la fenêtre, wow, c'est tellement chaleureux. Tu sais, je veux dire, je suis sarcastique ici. C'était vraiment hors de ce monde de penser que tu vas présenter ton bébé à travers une fenêtre ou à travers un ordinateur si tu fais des appels vidéo. Il y a du monde encore de notre famille qui n'a pas rencontré Éloi parce qu'ils sont hors de la région, puis on ne peut pas aller dans d'autres régions. Donc, même après 10 mois, ils n'ont pas tous rencontré Éloi. Ça me brise le cœur. (Participante COCON 384)

Le code initial généré pour cet exemple est « c'est hors de ce monde de penser que tu vas présenter ton bébé à travers la fenêtre ou par vidéo (-) ».

Après le développement des codes initiaux de manière inductive, la classification des incidents critiques est réalisée en examinant leurs similitudes à travers les différents systèmes du cadre bioécologique de Bronfenbrenner (1979). Avec l'approche inductive de l'analyse, le cadre joue un rôle important pour simplifier considérablement le regroupement des événements similaires vu la profusion de données. Ainsi, pour le code mentionné ci-haut, il est attribué au microsystème « famille élargie ». Ceci apporte une clarté supplémentaire quant à la structuration des données en mettant en évidence les points communs entre les incidents.

Ensuite, les incidents critiques similaires sont regroupés en sous-catégories selon un processus itératif et évolutif, et ce, indépendamment du système du cadre dans lequel il est classé. L'objectif pour cette étape est de trouver un noyau de sens tout en éliminant la contrainte imposée par le système initial de classification, afin de respecter le cadre inductif de la démarche. Cette approche permet de ne pas se fermer aux nouvelles

informations et d'éviter de manquer des éléments significatifs. La sous-catégorie prend seulement forme si 25% des participantes rapportent l'incident en question (Borgen & Amundson, 1984; Butterfield et al., 2009). Pour poursuivre avec le même exemple, les codes initiaux suivants sont regroupés dans la sous-catégorie « être privée de la joie de présenter son bébé et de partager l'évolution de sa première année de vie à sa famille et ses ami(e)s » en raison de leur similitude et de l'assemblage naturel qui ne force pas le sens des données : « c'est hors de ce monde de penser que tu vas présenter ton bébé à travers la fenêtre ou par vidéo (-) », « dans mon pays, les gens n'ont pas encore vu le bébé visuellement et je trouve ça super dur (-) », « j'aurais aimé présenter mon bébé à ma famille (-) », « le plus grave et le plus triste pour moi, c'est que nos familles n'auront pas pu voir notre bébé » (-), « j'aurais voulu présenter notre bébé à tout le monde, mais je n'ai pas eu ce highlight-là (-) », « ce que je trouve le plus difficile, c'est que plusieurs personnes de ma famille ne l'auront jamais vu bébé (-) », « le plus difficile, c'est qu'ils n'auront pas vu toute l'évolution du bébé (-) », etc. (7 participantes sur 14, dont 18 références; 50 %). Les regroupements sont ensuite validés par un deuxième réviseur (I.L).

La détermination du niveau de spécificité et de généralité

Lors de la deuxième étape de catégorisation, l'étudiante-chercheuse revoit les souscatégories précédemment établies, remettant en question l'attribution des incidents critiques à ces groupes. Cette réévaluation est importante pour s'assurer que chaque incident est classé de manière précise et pertinente et que les sous-catégories représentent fidèlement les expériences vécues par les participantes. Par la suite, en vue d'enrichir la compréhension globale du phénomène, des catégories plus générales sont développées,

élargissant ainsi la structure de classification des incidents critiques. À cette fin, des titres auto-descriptifs et des définitions opérationnelles sont attribués aux évènements potentiellement traumatisants vécus par les mères pour mieux caractériser et comprendre leur expérience. À titre illustratif, la sous-catégorie « être privée de la joie de présenter son bébé et de partager l'évolution de sa première année de vie à sa famille et ses ami(e)s » est regroupée avec six autres sous-catégories sous le titre auto-descriptif « se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s ». Cette catégorie se définit par « les moments joyeux habituellement partagés par les femmes avec leur entourage dans la maternité, mais qui n'ont pas pu l'être dans ce contexte particulier ». L'assemblage final permet de faire émerger six sous-catégories qui illustrent bien les événements potentiellement traumatisants des mères en contexte de pandémie de COVID-19. Une dernière catégorie est ensuite créée dans le but d'englober toutes les catégories de manière à fournir une vue d'ensemble plus holistique et plus complète des expériences vécues par les mères. Elle est présentée dans la section « résultats ».

Il est toutefois à noter que les incidents critiques ne pouvant pas être classés au cours du processus d'analyse (ceux-ci doivent représenter moins de 10% des données selon Butterfield et al. (2009)), doivent être intégrés aux catégories et aux sous-catégories déjà créées. L'intégration des neuf derniers incidents s'est donc déroulée de manière aisée, confirmant la justesse du classement déjà établi.

Finalement, pour mieux illustrer la compréhension des événements potentiellement traumatisants vécus par les mères pendant la période périnatale et la pandémie de COVID-19, une figure est élaborée selon une organisation logique et persuasive du discours, c'est-à-dire, suivant une structure rhétorique appropriée. Elle est présentée ultérieurement dans le chapitre des résultats.

Les considérations éthiques

Le présent projet est approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais sous le numéro de certificat 2020-865 (Appendice G).

Dans l'optique de suivre l'énoncé de politique des trois conseils (Gouvernement du Canada, 2022), un document promouvant la conduite de la recherche avec des êtres humains, l'étudiante-chercheuse envoie, dès les explications et l'acceptation du projet au téléphone ou par adresse courriel, un formulaire de consentement pour signature. Ce document contient des informations liées aux objectifs du projet de recherche, à la nature de la participation demandée, aux risques/inconvénients et avantages/bénéfices associés à la contribution volontaire et au droit de retrait, puis à la confidentialité. Il est entre autres stipulé que les risques associés aux procédures prévues dans le cadre de cette étude sont minimaux. Hormis le temps requis pour participer au projet, la participante peut éprouver un inconfort vis-à-vis certaines questions. Chaque mère est invitée à en faire mention pour outrepasser les questions ou être référée à un membre de l'équipe, au besoin. La

professionnelle peut lui apporter le soutien nécessaire en la référant aux différentes ressources appropriées à sa situation. Pour les avantages et les bénéfices associés au projet de recherche, la personne peut non seulement contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques, au développement de meilleurs services pour les familles lors d'un contexte de pandémie, mais aussi retirer un possible bénéfice personnel en termes de réflexions sur sa situation. La participation au projet étant volontaire, la femme est libre de refuser ou de se retirer à n'importe quel moment sans avoir à donner de raison, ni faire connaître sa décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des collaborateurs. La décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de s'en retirer ne comporte aucune conséquence sur les services présents et futurs. Cependant, en cas de retrait, les données recueillies doivent être détruites, ce qui ne s'est pas avéré le cas. Les données colligées chez les mères volontaires sont gardées de manière confidentielle conformément aux lois et règlements applicables dans la province du Québec et aux règlements et politiques du Gouvernement du Canada (2022). Afin de protéger l'identité et la confidentialité des informations personnelles des mères, elles sont identifiées par un numéro de code. Celui-ci n'est pas lié à l'adresse courriel de la participante. Seule la chercheuse principale connait cette information. De plus, les données sont entreposées à l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de cinq ans après la fin de l'étude. Les données électroniques sont conservées sur un serveur sécurisé avec un mot de passe et seront détruites avec un logiciel de destruction.

Les 4 critères de scientificité appliqués

Tout au long de la recherche, une attention très particulière est portée aux différents critères de scientificité développés par Lincoln et Guba (1985), afin de démontrer que les connaissances sont élaborées de manière rigoureuse et transparente. Il s'agit de la crédibilité, de la confirmabilité, de la fiabilité et de la transférabilité, les critères les plus utilisés en recherche qualitative (Polit & Beck, 2017).

La crédibilité

Afin de témoigner une « confiance dans la véracité des données et de leur interprétation » (Polit & Beck, 2017, p. 559), plusieurs stratégies sont mises en place. D'abord, pour améliorer la qualité des données colligées, des entretiens pilotes sont effectués (Hughes, 2007). Subséquemment, pour accroître la probabilité d'obtenir des échanges authentiques et complets avec les participantes, un engagement prolongé, se traduisant par l'investissement d'un temps suffisant pour collecter les données et arriver à leur exhaustivité, est employé (Lincoln & Guba, 1985; Morse, 2015; Polit & Beck, 2017). Aussi, pour capturer les paroles des mères aussi précisément que possible, l'audio des entrevues est enregistré sur deux appareils et minutieusement transcrit en verbatims (Butterfield et al., 2009; McDaniel et al., 2020). Les mots difficiles à comprendre sont confirmés auprès de la co-directrice de mémoire (I.L) pour éviter toute interprétation erronée (Polit & Beck, 2017). Aussi, les premières transcriptions sont lues par la directrice de l'étudiante-chercheuse qui est une experte de la TAIC (F.D.M) (Butterfield et al., 2005). Cela permet une rétroaction constructive sur l'emploi de l'incident avant de poursuivre la collecte de données. Pour continuer, la triangulation des analyses est

effectuée (Savoie-Zajc, 2019). Les incidents critiques et les éléments souhaités de quatre transcriptions sont extraits par une chercheuse indépendante membre du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (C.R), pour être comparés avec les réponses de l'étudiante-chercheuse (Butterfield et al., 2005; Butterfield et al., 2009). Si les incidents ou les éléments souhaités ne correspondent pas, l'écart est discuté pour résoudre la différence. Finalement, une deuxième réviseuse se joint pour procéder à la catégorisation des données (I.L) (Savoie-Zajc, 2019). Le taux de participation de 25 % est considéré pour établir la crédibilité des catégories (Borgen & Amundson, 1984; Butterfield et al., 2009).

La confirmabilité

Pour confirmer que « les résultats reflètent bien les données et non le point de vue de la chercheuse » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 378), l'étudiante-chercheuse procède à une lecture attentive et répétitive de l'intégralité des codes à la fin du processus d'analyse (Polit & Beck, 2017). Elle tient également un journal de bord où sont consignées toutes ses observations et ses réflexions (Fortin & Gagnon, 2022). Ceci lui permet de faire une introspection sur elle-même et sur les données et de s'assurer que les résultats ne sont pas le fruit de son interprétation personnelle, mais le reflet de l'expérience réelle des participantes. Aussi, pour confirmer que la catégorie englobante et les sous-catégories représentent bien les évènements potentiellement traumatisants vécus par les mères en période de transition vers la maternité et de pandémie de COVID-19, la validation interjuge est utilisée (Butterfield et al., 2009). Celle-ci implique l'examen et la comparaison des différents niveaux de catégorisation par des juges indépendants (F.D.M et I.L). En cas

de divergences ou de variations dans l'interprétation des catégories, une discussion approfondie a lieu entre les juges et l'étudiante-chercheuse, puis une décision consensuelle est prise pour assurer la cohérence et la validité du processus de catégorisation.

La fiabilité

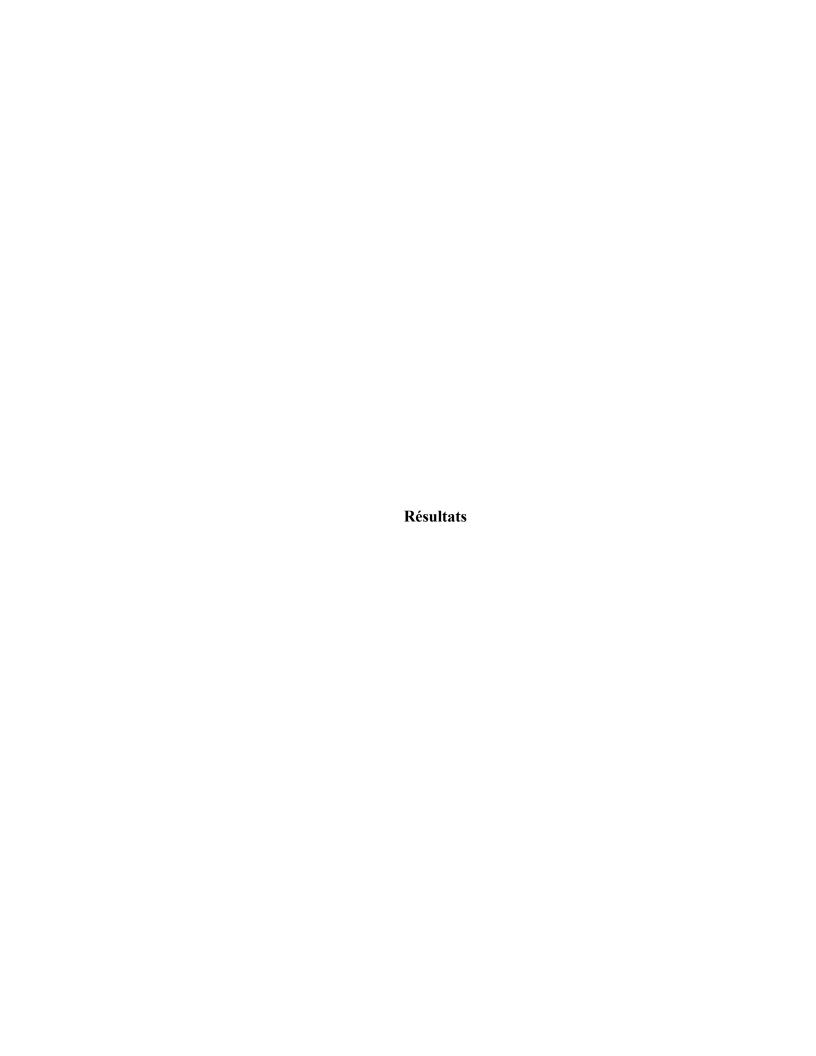
Dans le but de s'assurer du « potentiel de reproduction de l'étude » (Kemp, 2012, p. 121), qui réfère à l'idée que si la recherche est reproduite sous les mêmes conditions, les résultats obtenus seront les mêmes, l'étudiante-chercheuse consigne méticuleusement, dans un journal de bord, toutes les informations relatives au processus de la collecte et de l'analyse des données. De même, elle note les divers moyens employés pour contrôler l'influence du chercheur, ainsi que les justifications des décisions prises tout au long de la recherche. Cette transparence, telle que décrite dans la TAIC (Butterfield et al., 2009), crée un cadre favorable à la reproductibilité de l'étude et offre aux scientifiques la possibilité de générer ces mêmes résultats en utilisant une méthodologie similaire (Drucker-Godard et al., 2014).

La transférabilité

Finalement, pour garantir que les résultats de cette recherche soient transférables à d'autres contextes, paramètres et groupes de participants (Kemp, 2012), l'étudiante-chercheuse prend des mesures pour faciliter l'évaluation de leur applicabilité par d'autres chercheurs. Cela est accompli en veillant à obtenir des données exhaustives et en fournissant une description détaillée et approfondie du contexte de l'étude, du processus

de recherche, des caractéristiques des participantes, ainsi que de l'analyse (Fortin & Gagnon, 2022; Kemp, 2012).

Le prochain chapitre présente les résultats de l'étude, mettant en lumière l'expérience des femmes face aux événements potentiellement traumatisants pendant leur transition à la maternité en période de pandémie. Il examine de près ces expériences, fournissant ainsi un aperçu approfondi de leur vécu.



Ce quatrième chapitre expose les résultats de cette recherche selon la TAIC (Butterfield et al., 2009). D'abord, les données sociodémographiques et cliniques relatives aux participantes de l'étude sont décrites et synthétisées. Ensuite, les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19 sont présentés et détaillés selon les catégories ayant émergé de l'analyse. Cette analyse a mis en lumière les incidents significatifs, offrant ainsi une meilleure compréhension de l'impact psychologique de la pandémie sur ces femmes.

Les données sociodémographiques et cliniques des mères

Quinze femmes ayant vécu la grossesse et/ou la naissance d'un enfant au Canada ou en France, en 2021-2022, étaient admissibles à l'étude. Toutefois, une participante a finalement refusé l'entretien en raison de la présence de symptômes de COVID-19 tels qu'une grande fatigue et des difficultés de concentration. Par conséquent, 14 mères ont participé à la recherche. Leur portrait sociodémographique est synthétisé dans le Tableau 2. Ainsi, sur l'échelle de stress post-traumatique PCL-5 (Ashbaugh et al., 2016; Weathers et al., 2013), huit personnes ont obtenu un score significatif, mais peu élevé (≥ 31 à ≤ 40/80) (n=8, 57,1 %), quatre un score moyennement élevé (≥ 41 à ≤ 50/80) (n=4, 28,6 %), et deux autres un score très élevé (≥ 51/80) (n=2, 14,3 %). Dans cet échantillon, les participantes étaient âgées entre 25 et 40 ans, avec une moyenne d'âge de 31 ans. Elles

habitaient différentes régions administratives du Québec (l'Outaouais (n=4, 28,6 %), la région du Grand Montréal (n=3, 21,4 %), la Montérégie (n=2, 14,3 %), la Capitale-Nationale (n=1, 7,1 %), la Mauricie (n=1, 7,1 %), l'Estrie (n=1, 7,1 %) et le Saguenay (n=1, 7,1 %)) ou en France (l'Auvergne-Rhône-Alpes (n=1, 7,1 %)). Les femmes vivaient toutes en couple avec le père de leur enfant (n=14, 100 %) et quatre d'entre elles étaient mariées (n=4, 28,6 %). La majorité avait un diplôme universitaire (n=10, 71,4 %), alors que certaines avaient un diplôme d'études collégiales (n=2, 14,3 %), ou avaient complété 11 années d'études ou moins (n=2, 14,3 %). Concernant leur occupation, huit avaient un emploi à temps complet (n= 8, 57,1 %), deux à temps partiel (n=2, 14,3 %), trois étaient mères au foyer (n=3, 21,4 %), et une était étudiante (n=1, 7,1 %). Finalement, en ce qui concerne les habitudes de consommation après la naissance, quatre fumaient (n=4, 28,6 %), huit consommaient de l'alcool de façon occasionnelle (n=8, 57,1 %), et une prenait du cannabis (n=1, 7,1 %).

 Tableau 2

 Le portrait des données sociodémographiques des participantes

	Caractéristiques	(n)	(%)
Score de	≥ 31 à ≤ 40/80	8	57,1
	$\geq 41 \ \dot{a} \leq 50/80$	4	28,6
	≥ 51/80	2	14,3

		Caractéristiques	(n)	(%)
	24 à 29 au 30 à 35 au	6 5	42,9 35,7	
Âge	36 à 41 an	3 31ans	21,4	
Région socio- administrative	Canada (QC)	Montérégie Outaouais Région du Grand Montréal Capitale-Nationale Mauricie Estrie Saguenay Auvergne-Rhône-Alpes	2 4 3 1 1 1	14,3 28,6 21,4 7,1 7,1 7,1 7,1 7,1
Statut matrimonial	Mariée	fait (couple cohabitant)	4	28,6 71,4

		Caractéristiques	(n)	(%)		
	Secondair	e incomplet (7-10 ans)	1	7,1		
	Secondaire complet (11 ans)			7,1		
	Études co	2	14,3			
Scolarité	(13-14 ans)					
	Diplôme u	4	28,6			
	universita					
	Études de	2 et 3 ^{ième} cycles universitaires (≥18 ans)	6	42,9		
Statut	Travailleu	se à temps complet	8	57,1		
d'emploi avant	Travailleu	2	14,3			
-	Parent à la maison			21,4		
la grossesse	Étudiante			7,1		
	Tabac	Oui	4	28,6		
		Non	10	71,4		
Habitudes de	Alcool	Oui	8	57,1		
consommation		Non	6	42,9		
	Drogues	Oui	1	7,1		
		Non	13	92,9		

En ce qui a trait au portrait des données cliniques des participantes (voir Tableau 3), près de la moitié ont accouché de leur premier bébé pendant la pandémie (n=6, 42,9 %). Les autres (n=8, 51,1 %) avaient déjà entre un et quatre enfants, avec une moyenne de deux par foyer. La moitié des participantes avaient déjà vécu d'un à trois décès périnataux, comprenant des fausses couches ou des interruptions volontaires ou médicales de grossesse (n=7, 50,0 %). Pour ce qui est des accouchements actuels, trois se sont déroulés en maison de naissance (n=3, 21,4 %) et 11 en milieu hospitalier (n=11, 78,6 %). Le mode d'accouchement était majoritairement vaginal (n=10, 71,4 %), mais près du tiers des participantes québécoises ont eu recours à une césarienne (n=4, 28,6 %), dépassant le taux annuel de césariennes au Québec (26,1 %) (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Finalement, la durée de la grossesse variait entre 27 et 42 semaines, avec un seul accouchement pré-terme (n=1, 7,1 %).

 Tableau 3

 Le portrait des données cliniques des participantes

	Caractéristiques	n	%
Parité	Primipare	6	42,9
	Multipare	8	7,1

	Caractéristiques	n	%
Antécédents de décès périnataux	Fausse-couche (avant 20 semaines de grossesse) Avortement / interruption volontaire de grossesse Interruption médicale de grossesse	4 2 1	28,6 14,3 7,1
Lieux d'accouchement	Maison de naissance Hôpital	3	21,4 8,6
Mode de naissance	Vaginale Césarienne planifiée Césarienne d'urgence	10 2 2	71,4 14,3 4,3
Âge gestationnel	< 37 semaines ≥ 37 semaines	1	7,1 2,9

Une synthèse plus détaillée des portraits sociodémographique et clinique des participantes est présentée dans le Tableau 4 pour avoir un meilleur aperçu de la description de chacune d'entre elles lors de la présentation des résultats.

Tableau 4La synthèse des portraits sociodémographique et clinique des participantes

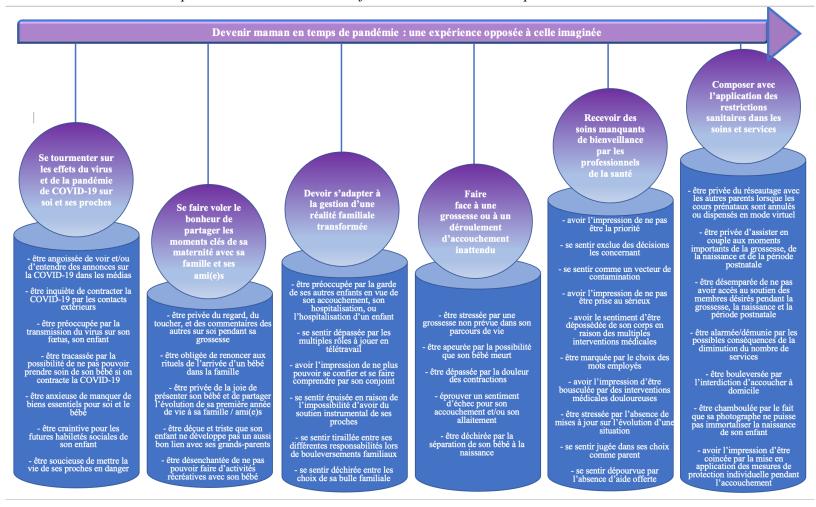
Pseudo- nymes	Score de TSPT	Âge	Parité	Antécédents de décès périnataux	Lieux d'accouche- ment	Mode de naissance
Amélia	42	38	Multipare	Oui	Maison de naissance	Vaginal
Béatrice	40	32	Multipare	Non	Hôpital	Césarienne planifiée
Camille	70	34	Primipare	Non	Hôpital	Vaginal
Daphnée	31	35	Primipare	Non	Hôpital	Vaginal
Éloise	36	40	Multipare	Oui	Maison de naissance	Vaginal
Fannie	44	28	Primipare	Non	Hôpital	Vaginal
Geneviève	46	36	Multipare	Oui	Hôpital	Vaginal
Hélène	36	25	Multipare	Non	Hôpital	Césarienne d'urgence
Ilianne	32	31	Multipare	Non	Hôpital	Vaginal
Jade	59	28	Multipare	Non	Hôpital	Césarienne planifiée
Kayla	49	30	Primipare	Non	Hôpital	Césarienne d'urgence
Léonie	31	29	Primipare	Non	Hôpital	Vaginal
Mathilde	31	26	Primipare	Non	Maison de naissance	Vaginal
Noémie	51	26	Multipare	Oui	Hôpital	Vaginal

Les évènements périnataux potentiellement traumatisants chez les mères

Il convient ici de rappeler que cette étude, basée sur la méthodologie de la TAIC de Butterfield et al. (2009), visait à répondre à la question de recherche suivante : Quels sont les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un trouble de stress post-traumatique chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19 ? L'analyse des données a permis de faire émerger une catégorie englobante : « Devenir maman en temps de pandémie : une expérience opposée à celle imaginée » qui regroupe six sous-catégories : se tourmenter sur les effets du virus et de la pandémie de COVID-19 sur soi et ses proches; se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s; devoir s'adapter à la gestion d'une réalité familiale transformée; faire face à une grossesse ou à un déroulement d'accouchement inattendu; recevoir des soins manquants de bienveillance par les professionnels de la santé; et composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services. La catégorie englobante est détaillée dans les paragraphes qui suivent et les sous-catégories sont explicitées à partir des incidents s'y rattachant. Aussi, des extraits de verbatims issus des propos des participantes sont intégrés pour appuyer chaque sous-catégorie. La Figure 3 illustre la structure hiérarchique de tous ces évènements dans une perspective temporelle, les participantes ayant vécu différents évènements en période périnatale selon la progression de la pandémie de COVID-19 et des mesures sociosanitaires. Elle offre ainsi une représentation graphique concrète de la complexité et de la diversité des expériences vécues par les participantes au cours de cette période particulière.

Figure 3

Les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19



Devenir maman en temps de pandémie : une expérience opposée à celle imaginée

La catégorie englobante fait référence aux évènements vécus par les 14 participantes pendant la transition vers la maternité en contexte de pandémie de COVID-19. Cette période est marquée par des circonstances uniques et sans précédent, qui altèrent profondément leur expérience de la maternité. Ainsi, les évènements relevés se démarquent nettement des expériences antérieures des mères, de la perception sociale de la maternité et même des idéaux souvent associés à cette période.

Se tourmenter sur les effets du virus et de la pandémie de COVID-19 sur soi et ses proches

Cette première sous-catégorie comporte sept incidents critiques qui totalisent 127 références. Elle traite à la fois des peurs, des angoisses et des préoccupations constantes qui ont été rapportées par les futures et nouvelles mères en lien avec le fait d'attraper ou de transmettre le virus, mais aussi, des effets à court, à moyen, et à long terme de la pandémie sur soi et ses proches.

Être angoissée de voir et/ou d'entendre des annonces sur la COVID-19 dans les médias

Le premier incident de cette sous-catégorie a été signalé par 12 femmes (n=12, 85,7 %) et concerne la peur de voir et/ou d'entendre des annonces sur les statistiques (les chiffres liés à l'augmentation des cas de COVID-19 et des décès), sur les mesures

sanitaires (tels que le confinement et le couvre-feu) et sur la transmission fœto-maternelle, à la télévision, à la radio ou sur Internet. En ce sens, une participante a évoqué :

[...] je vis dans l'angoisse de ce reconfinement encore une fois. Je me dis, non, ce n'est pas possible. On ne peut pas vivre comme ça. C'est dans ces moments-là, quand il y a une possibilité de reconfinement ou quand l'état sanitaire ne va pas que j'ai le moral qui ne va pas fort, et c'est là où je repense à tous ces mauvais évènements en fait pendant ma grossesse ou pendant mon accouchement [...]. (Fannie)

En contraste, deux femmes (n=2, 14,3 %) ont indiqué ne pas ressentir d'appréhension face aux annonces présentées dans les médias, en raison de leur profession et de leurs connaissances. Une mère a témoigné cela concernant l'annonce du confinement :

[...] Je travaille dans le réseau, donc moi je travaillais sur la pandémie depuis la fin janvier. Moi là, le 13 mars, c'est une journée comme --, oui c'était une vague là, mais ça faisait déjà depuis la fin janvier que j'étais sur des comités de sécurité civile, qu'on regardait les statistiques. On le voyait venir. (Éloise)

Être inquiète de contracter la COVID-19 par les contacts extérieurs

Le second incident, qui concerne la crainte d'être contaminée par la COVID-19 lors de visites familiales, de déplacements dans les centres commerciaux, et surtout, lors de passages dans les établissements de santé, a été énoncé par huit personnes (n=8, 57,1 %). Parmi ce nombre, deux (n=2, 14,3 %) l'ont abordé de manière non inquiétante en soulignant que, selon les preuves scientifiques, les complications seraient mineures pour

leur âge. En revanche, les six autres (n=6, 42,9 %) l'ont vécu de manière difficile. La participante suivante a raconté son vécu traumatisant en lien avec ses suivis de grossesse :

À chaque fois qu'il fallait que j'aille à un rendez-vous, il fallait que je fasse de la méditation dans l'auto parce que je sais que juste d'aller quelque part c'était un stresseur. Au même moment où il n'y avait plus de masques, il n'y avait pas de désinfectant, on ne savait pas c'était quoi le virus, on était juste tous confinés. Tu sais, je me cachais avec mon foulard pour peut-être que ça fasse quelque chose [...]. (Jade)

Être préoccupée par la transmission du virus sur son fœtus, son enfant

Le troisième incident a été cité par 12 mères (n=12, 85,7 %) et expose les préoccupations par rapport à la possibilité que leur bébé soit infecté par la COVID-19 pendant la grossesse ou après la naissance. À cet effet, huit participantes (n=8, 57,1 %) craignaient que leur bébé soit en contact avec des gens contaminés à la maison où à l'hôpital :

[...] je me préparais à accoucher quasiment à la maison toute seule puis d'appeler les ambulanciers parce que tu n'as pas le choix puis de dire « ne bougez pas là, restez dehors, vous ne donnerez pas la COVID à mon bébé, puis on va gérer l'accouchement à distance comme ça ». [...] moi, c'est vraiment ça qui m'a plus stressée. [...] (Amélia)

Les quatre autres (n=4, 28,6%) n'avaient pas d'inquiétude pour cet incident. Deux mères se disaient protégées par le fait d'habiter en campagne, et deux autres ont ajouté que leur enfant devait se confronter au virus pour être en mesure de le combattre :

Ma fille, elle a eu son premier rhume il y a 1 mois, mais c'est très bien. Moi j'étais très contente qu'elle l'ait parce qu'elle commence à avoir ses anticorps. Moi j'étais super fière, elle a son premier rhume. C'est son corps qui s'active

et qui la protège en fait, tu vois. Puis elle a besoin de se confronter à ce genre de bactérie pour pouvoir se renforcir en fait, c'est important. Et là je ne comprends pas trop ce qu'on fait parce qu'on se fragilise en faisant ça et ouais après j'entends bien qu'il y a plein de gens qui sont super fragiles et qui vont mourir de cette maladie-là, mais en même temps si on ne s'y confronte pas et bien on s'en cachera toute notre vie. Puis moi je n'ai pas envie de vivre dans une vie qui est confinée quoi. (Daphnée)

Être tracassée par la possibilité de ne pas pouvoir prendre soin de son bébé si on contracte la COVID-19

Le quatrième incident, qui a été signalé par un peu plus du quart des participantes (n=4, 28,6 %), se rapporte à la crainte de ne plus être en mesure de prendre soin de leur bébé si elle et leur conjoint contractent la COVID-19 et développent des symptômes incapacitants ou nécessitant une hospitalisation. Ainsi, une participante a affirmé :

[...] c'est sûr que j'étais stressée. C'est la crainte de l'inconnu là. [...] Si on l'attrape, je me suis dit, si on n'est plus capable de s'occuper de notre bébé, qu'est-ce qu'on fait ? C'est toutes des choses qu'on n'a pas les données. [...] Donc, c'est ça. C'est beaucoup de craintes, de peurs, je te dirais là. (Léonie)

Être anxieuse de manquer de biens essentiels pour soi et le bébé

Le cinquième incident, également mentionné par quatre participantes (n=4, 28,6%), concerne l'angoisse liée à l'incapacité éventuelle de se procurer les aliments nécessaires au bon développement du fœtus, ainsi que les produits de première nécessité pour nourrir et maintenir le bébé propre et au chaud après la naissance, en cas de fermeture de commerces ou de pénuries. Les faits ont été rapportés comme suit par une participante :

Je n'ai pas été m'acheter plein de papier de toilette, mais moi c'était surtout côté alimentaire qui me faisait peur parce que je me disais s'il y a des pénuries,

moi là, je suis enceinte. Puis, quand ma petite va arriver, s'il n'y a plus de lait de bébé --. Je ne savais pas si j'allais être capable d'allaiter. Ou, des couches. Tu sais, on avait des couches lavables, mais je ne sais pas, du savon. On dirait que tout manquait fait que je suis devenue hyper anxieuse de manquer de quelque chose ou que ma fille manque de quelque chose. Je pense qu'en l'espace d'une semaine, j'avais un nouveau congélateur à la maison, puis j'avais stocké tous les aliments de base. (Camille)

Être craintive pour les futures habiletés sociales de son enfant

Le sixième incident, évoqué par neuf mères (n=9, 64,3 %), concerne les craintes entretenues face aux effets des mesures sanitaires (par exemple, le port du masque, la distanciation physique, le confinement) sur les capacités ultérieures de leur enfant à pouvoir interagir avec les autres, à percevoir et à comprendre les messages communiqués, à choisir une réponse appropriée à ces messages, et à l'émettre correctement par des moyens verbaux et non verbaux selon la situation sociale. À cet effet, la moitié des participantes (n=7, 50 %) entretenait de profondes craintes sur l'entrée éventuelle à la garderie et/ou à la maternelle :

Je me demande si mon fils va pouvoir faire une rentrée scolaire comme tout le monde [...], s'il va continuer à vivre avec des gens masqués autour de lui, si les échanges sociaux seront terminés, si on va pouvoir retourner dans un monde comme en 2019 ou si --, est-ce que maintenant tout ça, c'est terminé? C'est ça que je me pose comme question. Est-ce qu'on va lui interdire de prendre dans les bras des camarades, de jouer avec des amis, de toucher les gens quoi. Enfin, pour un enfant, c'est normal d'être tactile et de toucher les gens, les choses, et tout ça [...]. (Fannie)

À l'inverse, seule Éloise croyait que sa fille « a toute sa vie pour socialiser » et qu'elle a « juste besoin d'elle pour le moment ».

Être soucieuse de mettre la vie de ses proches en danger

Le septième et dernier incident de cette sous-catégorie a été signalé par quatre personnes (n=4, 28,6 %) et concerne la crainte de contaminer ses parents, ses frères, ou ses sœurs en cas de contact, malgré l'émission de consignes sanitaires. Des inquiétudes ont été émises de cette façon :

Ma plus grande peur, c'est de mettre mes parents en danger parce que mes parents, on les fréquente malgré les consignes. On les fréquente, mais on a choisi de ne pas fréquenter --. On n'a pas de garderie, on n'a pas rien, on ne va pas à l'épicerie. Tu sais, on se confine à 100%, mais je fréquente mes parents. Donc, c'est ma plus grande peur là quand j'avais potentiellement été exposée parce qu'Éloi était fiévreux. Il a eu la roséole, puis il a fallu qu'il fasse le test de COVID. Mais il avait vu mes parents, donc ça m'a vraiment mis dans tous mes états [...]. (Jade)

Se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s

Cette deuxième sous-catégorie inclut cinq incidents critiques totalisant 81 références, pour représenter les moments joyeux habituellement partagés par les femmes avec leur entourage dans la maternité, mais qui n'ont pas pu l'être dans ce contexte particulier.

Être privée du regard, du toucher, et des commentaires des autres sur soi pendant sa grossesse

Ce premier incident a été rapporté par cinq primipares (n=5, 35,7 %) pendant la grossesse et durant le confinement et fait référence au manque de reconnaissance physique dans le processus psychique du devenir mère. À ce propos, celles-ci déploraient le fait que personne ne puisse admirer et toucher leur bedaine pour les féliciter et les complimenter, puis se sentir mère. Une participante a témoigné :

Ce que j'ai trouvé le plus difficile, c'est que personne ne m'a vue enceinte. Tu sais, j'avais besoin de partager [...], de me sentir connectée, parce que là, il y avait juste moi qui trouvais ça spécial, puis c'est gros là. C'est toutes des premières fois. Tu sais, on dirait que tout le monde te trouve belle quand tu es enceinte là. Donc, de me faire dire « ah, tu es donc ben belle » puis me faire poser des questions sur « comment ça va », tout ça, puis juste de partager ça [...] --. (Camille)

Être obligée de renoncer aux rituels de l'arrivée d'un bébé dans la famille

Ce second incident est engendré par la distanciation physique ou le confinement, et concerne le fait de devoir renoncer aux célébrations prénatales telles que le « shower ». Pour les femmes qui attendaient leur premier enfant (n=5, 35,7 %), abandonner l'idée du magasinage en prévision de leur arrivée a semblé avoir laissé de profondes marques :

Cela m'a extrêmement navrée et déprimée de ne pas pouvoir faire des achats pour mon futur enfant. Je m'étais toujours dit que je ferais des journées entières de shopping avec ma meilleure amie, que ce serait un moment génial et émouvant, car c'était mon premier bébé [...]. J'ai l'impression d'avoir loupé quelque chose, une expérience et des souvenirs que je n'aurai jamais. Aujourd'hui, quand je vais dans un magasin de vêtements pour mon fils, je passe obligatoirement devant les rayons nouveau-nés et j'ai un pincement au

cœur, car je n'ai pas pu être dans ces rayons à me dire « Quelle taille je prends ? Naissance ou 1 mois ? ». (Fannie)

Cependant, pour les mères multipares comme Amélia, le magasinage en ligne n'a montré aucun effet psychologique négatif : « À mon cinquième, ce n'est pas grave là. Je veux dire, j'avais déjà tout. Je n'en avais pas besoin [...]. C'est des petits vêtements ici et là [...] ».

Être privée de la joie de présenter son bébé et de partager l'évolution de sa première année de vie à sa famille et ses ami(e)s

L'incident suivant inclut les propos de 10 participantes en période postnatale (n=10, 71,4 %) et se rapporte à l'incapacité de pouvoir montrer son bébé à ses proches immédiatement après la naissance et dans les jours, les semaines, et les mois suivants pour qu'ils constatent tous les changements physiques et liés au développement de l'enfant. Dans cette perspective, l'une d'entre elles a mentionné :

C'est l'isolement [...] je pense qui est le plus dur là. Tu sais, toute l'évolution qu'un bébé fait en 1 an --. Je sais que ma famille va finir par le voir un jour, mais ils ne l'auront jamais vu bébé, jamais. [...] Ils vont le voir quand il va marcher, puis parler. Ce sont des moments qui ne reviendront jamais. Puis souvent, dans les conférences de presse, ils disent « on va se reprendre ». Oui, on va se reprendre, mais ça, ça ne reviendra jamais là. C'est bien beau des photos, puis des vidéos, mais ce n'est pas la même affaire. [...] C'est ça que je trouve le plus dur. (Léonie)

Être déçue et triste que son enfant ne développe pas un aussi bon lien avec ses grandsparents

Le prochain incident s'intéresse au rapport de proximité émotionnelle, qui se définit par le sentiment d'attachement, d'amour, et d'affection habituellement construit entre les grands-parents et l'enfant, mais qui n'était pas possible en raison de l'absence de contacts physiques entre ceux-ci. Ainsi, quatre mères (n=4, 28,6 %) se sont dites déçues et peinées de ne pas voir ces liens se développer entre les deux générations :

Mes parents, mes beaux-parents sont tous les deux proches de la maison. On est à dix minutes là, de tout le monde. Puis, j'ai toujours vu mes parents et mes beaux-parents toutes les fins de semaine avec les enfants pour qu'ils développent un bon lien avec eux autres, mais là, lui il n'a pas cette chance. [...] Fait que c'est vraiment de la déception puis de la tristesse. (Ilianne)

Être désenchantée de ne pas pouvoir faire d'activités récréatives avec son bébé

Le dernier incident de cette sous-catégorie a été évoqué par la moitié des participantes (n=7, 50 %) et concerne toutes les activités qu'elles se sont imaginées faire avec leur bébé après la naissance, mais qui n'étaient pas possibles en raison de la distanciation physique ou du confinement. Ce faisant, ces mères ont exprimé leur désenchantement face à l'incapacité de participer aux matinées cinéma maman-bébé, au cardio-poussette, ainsi qu'à des sorties au parc ou sur les terrasses, et de partir en voyage. À titre d'exemple, une nouvelle professeure a spécifié qu'elle attendait avec impatience son congé de maternité :

[...] j'ai eu des années assez mouvementées côté doctorat, enseignement, puis je me suis vraiment donnée à fond. Alors, mon congé de maternité, je voulais bien l'investir, puis faire plein de choses que je n'avais pas faites, pas pris le temps de faire. Et là, j'étais pognée à la maison. J'ai trouvé ça bien plate là. [...] J'aurais participé à des groupes. Moi, j'aime ça, je suis très communautaire. [...] j'aurais aimé ça faire du cardio-poussette. Ce genre d'affaires-là. Ouin, ça m'a manqué beaucoup. (Camille)

Devoir s'adapter à la gestion d'une réalité familiale transformée

Cette troisième sous-catégorie compte six incidents critiques et englobe 114 références. Elle fait mention des défis importants avec lesquels les participantes ont dû composer dans leur vie familiale en raison des mesures sanitaires instaurées par le gouvernement.

Être préoccupée par la garde de ses autres enfants en vue de son accouchement, son hospitalisation, ou l'hospitalisation d'un enfant

Ce premier incident a été déclaré par six multipares (n=6, 42,9 %) et porte sur le niveau élevé de stress lié à la gestion de la garde d'enfants. Il se présente notamment lors d'imprévus de santé pendant la grossesse ou autour du moment de la naissance, nécessitant une réévaluation constante de ses choix en fonction des mesures sanitaires en vigueur. À ce sujet, une participante a raconté:

C'est la préparation pour l'accouchement. C'est d'être incertaine de savoir qui allait pouvoir être présent, comment ça allait se dérouler. [...] On était en zone orange, puis j'approchais de ma date, puis là, on parlait de retomber en zone rouge. [...] Ça l'a été plus l'incertitude qui était difficile là, les zones. [...] ça changeait beaucoup d'éléments. Qui allait pouvoir s'occuper de Benjamin à

la maison ? Est-ce qu'on a le droit d'avoir de l'aide ou on n'a pas le droit ? (Hélène)

Se sentir dépassée par les multiples rôles à jouer en télétravail

Cet incident-ci a été occasionné par la fermeture des établissements non essentiels où travaillaient les parents, incluant les écoles et les garderies que fréquentaient leur(s) enfant(s). Si une petite proportion de mères a rapporté le fait d'être obligées de travailler à la maison comme une opportunité de passer moins de temps sur la route (n=2, 14,3 %) et d'avoir plus de temps en famille pour créer de beaux liens (n=3, 21,4 %), cinq (n=5, 35,7 %) ont estimé que la conciliation travail-famille était une gymnastique difficile :

Je n'ai pas de flashbacks de mon isolement actuel, mais de mon télétravail avec les enfants à la maison où je travaillais à temps plein. Souvent, je me dis : Comment j'ai fait ? Comment je faisais pour y arriver ? J'étais enceinte de 36 semaines, j'avais les enfants à la maison à temps plein, je travaillais le soir, les fins de semaine pour essayer d'arriver, puis de finaliser ça. Une chance qu'il y avait une date de fin et que je connaissais la date de fin puis que je partais et que ça s'arrêtait parce que je n'aurais pas pu passer à travers. Tu deviens en survie là. Tu survis aux évènements [...]. (Ilianne)

Avoir l'impression de ne plus pouvoir se confier et se faire comprendre par son conjoint

L'incident subséquent découle du sentiment de sept femmes (n=7, 50 %) de ne plus pouvoir partager leur vécu avec leur partenaire comme elles le faisaient avant la pandémie. Cette situation est attribuée aux soucis et aux problèmes de santé mentale de leur conjoint, qui les rendaient moins disponibles et compréhensifs à leur égard. L'extrait suivant en témoigne :

[...] mon conjoint est plus vieux, puis dans ma tête [...]. Il n'y a rien qui peut le briser. [...] Je me disais : oui ok, il y a la pandémie, mais on est ensemble, nos deux enfants sont en santé, on a une belle maison, on est dans les rénovations. J'ai de la misère à comprendre pour vrai. Je sais que la santé mentale ce n'est pas quelque chose que tu contrôles, mais [...]. [...] j'ai l'impression de justement ne plus avoir personne à qui me raccrocher. [pleure]. [...] tout est plus dur. Là, quand je vis une moins bonne journée, je ne vais pas aller lui en parler. Tu ne vas pas dire à un alcoolique que tu as le goût de boire là. Ce bout-là, je le trouve plus dur parce que justement, quand avant j'avais une mauvaise journée, je lui contais ma journée, puis il était en maudit avec moi et on en riait [...]. (Geneviève)

Se sentir épuisée en raison de l'impossibilité d'avoir du soutien instrumental de ses proches

Le prochain incident est autant rapporté chez les mères primipares que les multipares en période postnatale et concerne le soutien social. Tandis qu'Amélia se disait « autosuffisante » et que Béatrice trouvait que le confinement amenait de « l'aide véritable parce que la personne ne vient pas juste prendre un café », plusieurs (n=6, 42,9 %) se sentaient écrasées par l'absence d'aide directe dans leur environnement pour compléter les différentes activités de la vie quotidienne (se nourrir, nourrir le bébé, se laver) et domestique (faire le ménage de la maison, la lessive). Avec la fermeture des frontières, l'une d'entre elles a décrit :

[...] depuis le décès [de ma belle-mère], mon beau-père venait 6 mois, il partait quelques semaines, il revenait. Puis là, il partait en janvier et il n'a pas pu revenir. [...] Honnêtement, au début ça me faisait un petit peu plaisir là parce que quand tu viens d'accoucher, tu aimes ça passer du temps en sous-vêtements [...]. Mais c'est sûr qu'après un temps -- [...]. Tu sais, nous autres, on a des poules. Mon beau-père s'occupait des poules, s'occupait de la piscine. [...]. Là, il manquait comme une roue dans le carrosse [...]. (Geneviève)

Se sentir tiraillée entre ses différentes responsabilités lors de bouleversements familiaux

L'incident suivant a été rapporté par quatre participantes (n=4, 28,6 %) qui ont dû faire face au dilemme de choisir entre s'occuper de leur enfant ou prendre en charge un autre membre de la famille lors d'événements malheureux comme une hospitalisation ou un décès. Un extrait en particulier exprime bien ce point :

Ma mère est décédée au mois de juillet [...]. Elle est restée 15 jours à l'hôpital, les 15 premiers jours de juillet. C'est moi qui ai pris la décision de la débrancher. Donc, je faisais les allers-retours à l'hôpital. Je devais faire garder mon fils, donc c'était compliqué. Il avait 1 mois et demi [...]. Voilà, j'étais tiraillée entre ma mère qui n'a jamais été là pour moi, mais que moi je devais être là pour elle, et mon fils qui venait tout juste de naitre et que je devais laisser. Avec toute cette situation sanitaire, ça fait beaucoup de choses qui ont été très dures à vivre. (Fannie)

Se sentir déchirée entre les choix de sa bulle familiale

Le dernier incident appartenant à cette sous-catégorie a été nommé par quatre participantes (n=4, 28,6 %) et résulte des divergences d'opinions face aux restrictions de contacts physiques pendant la pandémie. En effet, lorsque les mères devaient éviter de fréquenter les personnes extérieures à leur domicile ou sélectionner une seule cellule de personnes avec laquelle entrer en contact pour limiter le risque de transmission du virus, elles se disaient fortement peinées de devoir inclure ou exclure des personnes de leur famille. En effet, ce choix occasionnait parfois des tensions déchirantes entre les différents membres et cela n'était pas évident :

Avec la COVID, ça l'a été difficile de savoir sur quel pied balancer. Il y a des normes qui sont données, mais on s'est laissé une certaine flexibilité. [...] Ça peut créer des conflits avec les autres proches quand on refuse. Tu sais, mon

frère a un enfant de deux ans. [...] Eux, ils sont permissifs pour bien des choses. [...] Nous, on a fermé les portes beaucoup plus parce qu'on essayait de respecter les normes sanitaires. Ça l'a créé des tensions. [...] Ça l'a été plus difficile. [...] Nous, dans notre petite bulle, dans la maison, ça allait super bien, mais avec les mamies, les papis, les tantes, ça l'a été difficile. (Hélène)

Faire face à une grossesse ou à un déroulement d'accouchement inattendu

Cette quatrième sous-catégorie compte cinq incidents et 112 références relatant l'annonce inattendue d'une grossesse dans le parcours de vie, ainsi que des évènements imprévus survenant tout au long de la grossesse, de l'accouchement et/ou de la naissance. Certains ont été engendrés par la pandémie, et d'autres, non.

Être stressée par une grossesse non prévue dans son parcours de vie

Le premier incident qui a été rapporté dans la sous-catégorie mentionnée est d'apprendre la grossesse lorsqu'elle n'est pas prévue, ou encore, lorsqu'elle n'est pas souhaitée au moment où elle se produit. Si deux participantes ont témoigné que l'annonce de la grossesse a été un renouveau après une expérience traumatisante vécue dans le passé telle une perte périnatale (n=2, 14,3 %), dix (n=10, 71,4 %) étaient d'avis que l'annonce était un choc :

[...] quand j'ai appris que j'étais enceinte, [...] je suis devenue hyper anxieuse. [...] Je me disais : bon, ben là c'est une pandémie, c'est le début de la fin, il va en avoir d'autres et ça va être encore pire. Je voyais comme tous les scénarios catastrophes là. Moi, je suis tombé vraiment dans la panique là. (Camille)

Être apeurée par la possibilité que son bébé meurt

Le prochain incident a été décrit par six participantes (n=6, 42,9 %) et porte sur la peur que leur bébé décède pendant la grossesse ou au moment de la naissance. Cette peur pouvait être associée à des expériences antérieures négatives telles qu'un décès périnatal ou un accouchement prématuré. Elle pouvait aussi découler de complications médicales présentes comme des décélérations du rythme cardiaque ou un prolapsus du cordon ombilical. Les propos suivants résument bien cette situation :

[...] j'avais peur d'accoucher prématuré. Puis, même avant d'avoir du travail préterme, c'était une anxiété, une peur vraiment présente. Je disais aussi surtout que j'avais peur de perdre le bébé. C'était vraiment quelque chose qui m'envahissait beaucoup vu que j'avais eu un prématuré avant puis que ça ne c'était pas très bien passé. C'est quelque chose qui venait vraiment vraiment vraiment m'envahir trop. Ça devenait toxique à quel point j'y pensais. J'en pleurais souvent le soir. (Noémie)

Être dépassée par la douleur des contractions

L'incident suivant a été exprimé par quatre femmes (n=4, 28,6 %) et est en lien avec l'effet de surprise et d'immersion dans la douleur des contractions. Celles-ci ont affirmé avoir eu de la difficulté à surmonter la souffrance physique pour pouvoir profiter pleinement du moment présent. La participante suivante a expliqué :

J'avais des attentes là. [...] Ça fait 26 ans que ma mère me raconte [...] que pour elle, l'accouchement c'est beau, puis elle recommencerait n'importe quand. [...] Tu sais, elle a imprégné sa vision de l'accouchement en moi, puis finalement, j'ai eu un mur dans la face. C'était intense là. J'ai eu comme un 2 heures et demie de travail actif là, puis les contractions s'enchainaient des fois sans vraiment stopper. Ça diminuait, mais ça recommençait. Je n'avais pas de pause. Je n'ai vraiment pas aimé ça. Ça l'a été long avant que je réussisse à

dire « ok, on en veut un autre enfant », puis que j'arrive à parler de ce que j'ai vécu. (Mathilde)

Éprouver un sentiment d'échec pour son accouchement et/ou son allaitement

L'incident subséquent a été nommé par 10 mères (n=10, 71,4 %) et concerne le sentiment d'échec ressenti lorsque celles-ci ne parvenaient pas à mener leur grossesse à terme, avaient recours à des médicaments ou à des procédures médicales pour donner naissance (comme la péridurale, l'épisiotomie ou la césarienne), ou encore, n'arrivaient pas à allaiter leur enfant. À cet égard, l'expérience de l'allaitement a été verbalisée comme suit :

Quand je vois une fille qui me dit « Ah, ça fait 18 mois que j'allaite », ben honnêtement, ça c'est quelque chose qui me fait vraiment beaucoup de peine [...]. C'est [...] un échec que je n'ai pas --. J'ai abandonné peut-être trop vite. De la lâcheté. Je suis beaucoup autodénigrante sur ce sujet-là, puis je sais que je ne devrais pas le faire parce que j'ai fait du mieux que je pouvais. Puis, c'est un sujet qu'honnêtement normalement je n'en parle pas parce que sinon ça vient vraiment me chercher. Là, en ce moment, j'en parle parce que c'est pour ton projet. Mais honnêtement, maintenant, quand je parle de toute la situation, je ne parle pas de l'allaitement parce que sinon ça remonte vraiment trop trop d'émotions. (Noémie)

Être déchirée par la séparation de son bébé à la naissance

Cet incident implique le fait de ne pas pouvoir être en contact avec son bébé après sa naissance. Que ce soit parce que celui-ci nécessitait des soins immédiats dans la salle d'accouchement ou à l'unité néonatale, ou que la proximité ne pouvait pas être respectée en raison de l'applicabilité des mesures sanitaires, les femmes trouvaient extrêmement difficile de ne pas pouvoir voir leur nouveau-né à la naissance, de ne pas y avoir accès, et

de ne pas pouvoir pratiquer de contact peau à peau (n=4, 28,6 %). À l'exception de Noémie qui s'attendait déjà à être séparée de son fils en raison de son deuxième accouchement prématuré, les trois autres se disaient très troublées par ce moment de séparation visuel ou physique :

Même encore aujourd'hui, je vois des filles qui accouchent sur Instagram puis longtemps, quand j'étais dans mon trou noir, je n'étais pas capable de le regarder parce que je me sentais comme si moi je ne le méritais pas. [...] Je voyais qu'il y avait des femmes qui étaient en césarienne, qui avaient leur bébé en peau à peau, puis je leur en voulais, je leur en voulais profondément. Pourquoi elles ont eu le droit, puis moi je n'ai pas eu le droit d'avoir mon bébé [...] ? (Jade)

Recevoir des soins manquants de bienveillance par les professionnels de la santé

Cette cinquième sous-catégorie compte 10 incidents et 159 références rapportant les attitudes, les comportements et les paroles des professionnels de la santé, qui, aux yeux des femmes, manquent d'humanisme. Ceux-ci peuvent être en lien, ou non, avec la pandémie.

Avoir l'impression de ne pas être la priorité

Durant toute leur expérience périnatale, cinq participantes (n=5, 35,7 %) ont eu le sentiment de ne pas être considérées comme étant importantes aux yeux des professionnels de la santé. L'une d'elles explique comment elle a trouvé son épisode de soins lors de sa deuxième tentative d'épidurale :

Ce que j'avais l'impression, c'est [...] que j'étais la chose la moins importante dans la salle. J'avais cette impression-là, et pourtant, c'est moi la patiente. [...] j'aurais pu mourir, puis ils s'en foutaient. [...] toutes les décisions étaient prises pour que mon enfant --. Puis, c'est bien honnêtement que le fœtus aille bien là avant la naissance et qu'après ça le bébé aille bien, mais la maman elle, ce n'est rien que l'incubateur. (Kayla)

Se sentir exclue des décisions les concernant

Pendant la naissance, l'incident le plus souvent rapporté par les participantes (n=9, 64,3 %) concerne le fait que les professionnels de la santé prenaient souvent des décisions pour elles, et ce, sans les informer, et sans obtenir leur consentement libre et éclairé auparavant. En conséquence, celles-ci ont fréquemment ressenti un sentiment d'exclusion par rapport aux choix qui les concernaient. Voici un témoignage illustrant cette expérience :

Ce qui m'a perturbé, c'est l'épisiotomie là. Je n'ai pas compris. [...] En fait, le médecin ce n'était pas le mien en plus. La mienne est venue me voir avant de quitter son service. [...] Elle est venue me voir et elle m'a dit que « ça ne serait pas elle qui m'accoucherait malheureusement ». Mais du coup, l'autre médecin qui est arrivée, elle m'a juste dit « bien je coupe », puis elle a coupé. Je n'ai pas eu trop d'informations par rapport à ça. (Daphnée)

Se sentir comme un vecteur de contamination

Cet incident-ci a été rapporté par quatre futures ou nouvelles mères (28,6%) et est directement lié aux changements de comportement des professionnels de la santé pendant la pandémie. En effet, une femme qui a obtenu un résultat négatif de COVID-19 avant sa césarienne et qui n'avait pas de symptôme, a révélé comment elle s'est sentie lors de son deuxième accouchement :

Je me sentais comme dans un film étrange, que je ne devais pas être présente. Je me sentais comme si je ne devais pas être réveillée. [...] Comment que les professionnels de la santé me faisaient sentir, c'est comme si c'était moi le virus. On ne voulait pas me voir de trop près, [...] me toucher parce que je suis dégueulasse [...]. C'est ça, des fois je me sentais encore plus toute seule parce que c'était moi la contaminée [...]. (Jade)

Avoir l'impression de ne pas être prise au sérieux

Pour cet incident, quatre participantes (n=4, 28,6 %) ont mentionné que, durant leur séjour, elles ont eu l'impression que les professionnels de la santé minimisaient l'importance des propos rapportés concernant leur santé physique ou psychologique. En ce sens, une mère a allégué :

Je n'ai pas l'impression que mon intelligence a été respectée ni mon instinct par raison. [...] Comment est-ce que tu peux dire à une patiente qu'elle a tort quand elle te dit qu'elle est en douleur ? Il me semble que si la patiente te dit « j'ai l'impression que la péridurale ne fonctionne pas », pourquoi tout de suite tu te dis « elle est en train de me mentir ? ». Ça ne se peut pas. Tu sais, au lieu d'investiguer : ok, il y a-tu un problème, est-ce que le cathéter est bien installé ? [Soupir] (Kayla)

Avoir le sentiment d'être dépossédée de son corps en raison des multiples interventions médicales

Dans cet incident, cinq participantes (n=5, 35,7 %) ont rapporté que, quand les professionnels de la santé utilisaient des procédures médicales pendant la naissance, celles-ci avaient le sentiment de ne plus avoir de maîtrise sur leur corps et trouvaient cela traumatisant. Une femme a raconté son expérience lorsqu'elle a reçu la péridurale :

Contrairement à ce que j'avais lu dans le livre [...] où c'est toi qui es maître de tout ça, bien là, j'avais l'impression d'être dépossédée. [...] Je n'étais plus

vraiment présente à la fin. [...] En plus, je n'ai jamais été hospitalisée. J'ai eu la chance de ne jamais rien me casser [...]. Puis tout d'un coup, je suis vraiment branchée de partout. Tu ne peux pas bouger un bras là. Tu ne peux même plus te lever pour aller aux toilettes. Ils t'ont mis une sonde. [...] J'étais vraiment pétrifiée un moment donné là. (Daphnée)

Être marquée par le choix des mots employés

Dans toute leur expérience, plusieurs participantes (n=4, 28,6 %) ont mentionné avoir été blessées par les propos utilisés par les professionnels de la santé. L'une d'entre elles a exposé comment son expérience après la naissance l'a touchée jusqu'à plus de huit mois après son retour à la maison :

J'avais mal pris leurs réflexions du fait qu'on m'avait dit [...] « une maman, ça allaite son fils ». Voilà, c'est la phrase qui m'a fait beaucoup de mal. Ça m'a perturbée pendant des mois parce que je me suis dit « je ne suis pas une maman, je ne l'ai pas allaité, je ne lui ai pas donné les défenses immunitaires comme on m'a dit ». [...] Dès [...] sa naissance, je n'ai pas fait ce qu'il fallait pour lui. [...] Ça a beaucoup joué sur mes premiers moments, et je pense que ça a été un lien entre ce qu'ils m'ont dit [...] et le fait de me dire que mon fils serait mieux sans moi. (Fannie)

Avoir l'impression d'être bousculée par des interventions médicales douloureuses

Le prochain incident a aussi été signalé par quatre participantes (n=4, 28,6 %) et concerne le sentiment de ne pas avoir été traitée avec délicatesse lors des procédures médicales durant l'accouchement. Ces mères ont eu l'impression d'avoir été heurtées physiquement par les professionnels de la santé. L'une d'entre elles a mis en relief les différences dans le comportement des infirmières dans leurs soins :

[...] admettons qu'il fallait qu'elles pèsent sur ma plaie là pour que le sang sorte, il y en a qui y allait comme si j'étais une vache laitière là, quasiment

avec le coude dans le ventre. Puis, il y en a d'autres qui le faisaient, elles prenaient un peu plus de temps. C'était plus délicat, mais elles le faisaient quand même. [...] Tu sais, l'autre j'ai eu mal pendant une heure. Puis cette infirmière-là qui a pris le temps, bien je n'ai pas eu mal. Juste peut-être 10 minutes. C'est ça, ce sont juste des petits détails de même, mais qui fait que l'expérience est moins troublante puis moins désagréable. (Kayla)

Être stressée par l'absence de mises à jour sur l'évolution d'une situation

L'incident suivant a été exprimé par 10 femmes sur 14 (n=10, 71,4 %) et concerne le stress ressenti lorsque les professionnels de la santé omettaient de fournir des informations sur l'évolution d'une situation, que ce soit à la mère elle-même et/ou à son conjoint. Dans le cas d'une chirurgie néonatale, une participante a témoigné :

L'opération me stressait à la base parce que je n'aime pas vraiment les opérations [...] Ils nous avaient dit que ça allait prendre 3 heures environ puis après 4h30 mon fils n'était toujours pas revenu fait que j'angoissais vraiment beaucoup. Je m'imaginais le pire, ça n'a pas de sens. [...] J'ai pleuré beaucoup. [...] c'était long. Je trouvais ça long. Je ne comprenais pas pourquoi mon fils n'était pas là. (Noémie)

Se sentir jugée dans ses choix comme parent

Le prochain incident a été signalé par un peu plus de 25% des participantes (n=4, 28,6%). Celui-ci se produisait lorsque les mères prenaient une décision concernant la santé ou le bien-être de leur enfant, et que les professionnels de la santé ne semblaient pas être en accord avec leur choix. Une participante, qui est aussi infirmière en périnatalité, a partagé ceci en lien avec les hypoglycémies de son nouveau-né :

[...] je me suis sentie un peu jugée là parce que j'ai persévéré beaucoup avec l'allaitement puis j'avais l'impression que les filles au poste se disaient juste « fais juste lui donner un peu de supplément ». Comme, « arrête de t'acharner

pour qu'on arrête de le piquer ». Mais il était tout le temps correct au bout de la ligne avec les glycémies intraveineuses, fait que j'étais comme pourquoi j'y donnerais s'il est correct ? [...] J'avais l'impression que des fois elles disaient « si tu veux qu'on lui offre un complément, tu nous le diras ». [...] je sentais que c'était une option et qu'elles attendaient que je la prenne. Je me sentais mal à l'hôpital à cause de ça. (Léonie)

Se sentir dépourvue face à l'absence d'aide offerte

Le dernier incident de cette sous-catégorie concerne le sentiment de manquer de soutien de la part des professionnels de la santé dans son expérience périnatale, mais surtout, en période postnatale. Alors que trois participantes multipares (n=3, 21,4 %) ont indiqué apprécier la bulle d'intimité laissée par les infirmières, les autres (n=11, 78,6 %) ont affirmé que d'être laissées à elles-mêmes dans l'apprentissage de leur nouveau rôle a été difficile. En ce sens, une primipare a mentionné :

Je n'avais personne à côté de moi, même pas une infirmière pour [...] le biberon. [...] j'étais seule avec mon bébé dans les bras qui pleurait et je me suis dit, mais je fais quoi ? Je me suis dit non, ce n'est pas possible. C'est un cauchemar. On ne peut pas me laisser toute seule. [...] J'étais terrorisée, je pleurais, je ne savais pas quoi faire. Je n'avais qu'une envie, c'est d'appeler mon mari et de lui dire « mais viens me chercher, on s'en va ». Je me suis dit, de toute façon ils ne servent à rien à l'hôpital, je n'ai pas de soutien de la part du personnel soignant. (Fannie)

Composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services

Cette sixième et dernière sous-catégorie compte sept incidents et 193 références reflétant les changements marquants vécus par les femmes dans l'offre de services dans le système de la santé pendant leur transition vers la maternité.

Être privée du réseautage avec les autres parents lorsque les cours prénataux sont annulés ou dispensés en mode virtuel

Le premier incident a été exprimé par cinq mères (n=5, 35,7 %) et traite de la déception de ne pas pouvoir partager leur expérience avec d'autres parents lorsque les cours prénataux étaient annulés ou dispensés en mode virtuel. Celles-ci ont aussi partagé leur rancœur quant à l'impossibilité de créer des liens durables avec les autres couples qui attendaient un enfant. Une participante a évoqué cet incident en ces termes :

[...] moi j'étais dans un groupe de [...] « centering pregnancy » [...]. Mais ils ont été obligés de les arrêter parce qu'il y avait la pandémie là. [...]. C'est juste que c'est le *fun* ces groupes-là parce qu'ils te demandent « toi, qu'est-ce que tu penses de ça ? », « peux-tu partager ton expérience ? », puis j'avais vraiment apprécié ça à ma première grossesse. [...] tu racontes ton expérience puis elle donne un peu de théorie et les gens qui n'ont pas encore vécu ça, ils peuvent parler de leurs inquiétudes [...]. Ça fait du bien de connecter puis de partager l'expérience. [...] À ma première grossesse, je m'étais fait des amies, puis on a comme gardé contact avec les bébés puis tout ça. Tu les vois grandir et c'est bien le *fun* là. (Béatrice)

Être privée d'assister en couple aux moments importants de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale

La grande majorité des participantes (n=11, 78,6 %) a indiqué avoir subi les conséquences des changements majeurs imposés par les établissements de santé en ce qui concerne la participation du conjoint aux différents moments importants de la période périnatale. Pour les mères primipares (n=6, 42,9%), l'impossibilité d'assister ensemble aux premières échographies pour découvrir le sexe du bébé, observer sa morphologie, et

écouter les premiers battements de cœur était particulièrement perturbante. Une participante a exprimé son ressenti :

Enfin, Sébastien est notre premier enfant à tous les deux [...]. [Mon mari] n'a jamais pu venir avec moi aux rendez-vous, aux consultations, alors qu'on [...] vit ensemble, on est masqué [...]. J'en ai beaucoup voulu au personnel soignant parce que mon mari n'a jamais pu [...] entendre son cœur, [...] le voir [...]. Ça m'a angoissée. Ça m'a fait faire des terreurs nocturnes. Ça m'a vraiment rendue malade les derniers mois [...]. (Fannie)

Cependant, pour cinq multipares, l'interdiction du partenaire d'assister aux rendezvous prénataux n'était pas dérangeante, car ce n'était pas leur premier enfant. Voici le témoignage d'une mère :

[On avait] déjà vécu les échographies, tout ça --. Mais je crois que si ça avait été mon premier bébé puis que j'avais été dans la situation de la COVID, j'aurais trouvé ça plate que mettons mon conjoint ne puisse pas être là et parler avec le chirurgien par exemple pour qu'il m'explique toutes les étapes. [...] (Béatrice)

Pour l'accouchement, c'est l'impossibilité de vivre les grosses contractions, la naissance du bébé, et les premiers pleurs de l'enfant en tant que couple qui a été marquant.

Une mère a rapporté :

Tu sais, il a manqué 45 minutes. C'est juste 45 minutes dans --, mais c'est un moment tellement important. Il m'attendait dans la salle de réveil. Je me dis si --. [soupirs]. Je ne sais pas. Qu'est-ce que ça l'aurait changé ? [...] on aurait pu être ensemble. Tu sais, un moment de couple, de famille, que tu veux vivre ensemble. Tu planifies avoir un enfant ensemble, tu veux le vivre au bout ensemble, puis là, je n'ai pas pu l'avoir. Je pense que ça l'aurait tout changé. [...] Je n'aurais peut-être pas eu mon problème d'attachement avec mon garçon [...]. (Jade)

En ce qui concerne la période postnatale, c'est le fait de ne pas assister conjointement aux premiers soins de l'enfant et à l'allaitement qui a été traumatisant :

Le premier bain que j'ai donné à mon fils, je l'ai fait seule avec une sage-femme qui m'accompagnait pour me montrer les gestes à faire. J'étais terrorisée. [...] J'avais envie de pleurer. Ce moment magique ne l'a pas été, car il n'a pas pu être partagé avec le père de mon enfant. [...] je me sentais coupable, car moi je pouvais donner le bain à mon fils, et pas mon mari. Il n'avait pas le droit de venir, donc il n'a pas donné de bain à son fils jusqu'à qu'on rentre à la maison, soit 6-7 jours après l'accouchement. (Fannie)

Être désemparée de ne pas avoir accès au soutien des membres désirés pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale

L'incident suivant est le seul à avoir été évoqué par toutes les participantes (n=14, 100 %). Il découle de l'impossibilité d'accéder au soutien des personnes souhaitées (par exemple, le conjoint, la mère, les enfants, la doula) dans son expérience périnatale. Pendant la grossesse et la naissance, c'était surtout le manque de soutien psychologique d'un proche qui pouvait être source de traumatisme. En période postnatale, c'était plutôt l'absence de soutien instrumental qui pouvait l'être. Une participante a partagé ceci en lien avec l'accouchement :

Il y a un moment donné que les conjoints n'avaient pas le droit d'assister à l'accouchement, puis la maman était toute seule. [...] je ne voulais juste pas être toute seule. [...] J'avais juste peur de ça, et honnêtement, je ne comprends même pas qu'on ait pensé un moment donné que les femmes devaient accoucher toutes seules. Je ne comprends pas, [...] mais vraiment pas. Non, je n'ai pas les mots là. On ne peut pas faire ça à quelqu'un. Une femme qui est aussi vulnérable qu'à ce moment-là, puis qui a vraiment juste besoin d'être entourée et d'être dans un climat de confiance en fait --. Tu sais, c'est quand même ça le plus important quoi. Ils ont été super bons, mais tout le

professionnalisme n'enlèvera jamais le fait que tu as besoin de te sentir épaulée, soutenue, puis dans un climat de confiance. (Daphnée)

Être alarmée / démunie par les possibles conséquences de la diminution du nombre de services

Pour cet incident, 11 mères (n=11, 78,6 %) ont affirmé avoir subi des changements notables dans le suivi de leur grossesse et/ou dans la prise en charge postnatale. Ainsi, pour les femmes enceintes, c'est l'espacement des rendez-vous en présentiel et le recours à des consultations téléphonique qui ont suscité de vives inquiétudes :

Je suis rendue à 21 semaines. [...] des suivis avec les médecins là, on n'en a pas ben ben là. [...] Ils me mettent ça aux 5-6 semaines au lieu d'aux 4 semaines, puis un en téléphonique, un en personne. [...] Tu ne les vois pas et ils n'écoutent pas le cœur. Puis, c'est mon quatrième et moi j'ai toujours senti mes bébés de bonne heure-là. [...] rendue à 17 semaines, je ne la sentais pas encore. J'étais inquiète, mais normalement, j'aurais eu un rendez-vous où on aurait écouté le cœur, mais là, rien. [...] Ils disent « on attend, tu vas avoir un écho à 20 semaines ». Bon ok, mais c'est parce que si on n'avait pas eu la pandémie, j'aurais eu un rendez-vous, on aurait écouté le cœur. J'aurais été rassurée, puis ça l'aurait fini là. Mais là, on n'a pas ça. Fait qu'on n'est pas nécessairement rassurée quand on a des questionnements là. (Ilianne)

En période postnatale, c'est l'absence de visites à domicile par un professionnel de la santé pour évaluer la santé physique de leur enfant qui a été extrêmement troublante, de même que le manque d'aide en personne pour l'allaitement (via les haltes ou les centres locaux de services communautaires). Les participantes ont également souligné que l'incapacité d'avoir recours à une frénotomie pour faciliter l'allaitement a été une épreuve marquante. Une participante a fait part des difficultés à obtenir tous ces types d'aide :

[...] On a eu des problèmes de prise au sein, puis ça n'a pas fonctionné l'allaitement malheureusement. [...] Je n'ai pas pu avoir de soutien à domicile. Il n'y a pas eu de clinique pour m'aider. La seule personne qui a pu m'aider au début, c'était par téléphone, puis des photos par message e-mail. Donc ça, c'était juste pour me dire « ben oui, il a un frein de langue », « ok, merci, qu'est-ce qu'on fait maintenant, qui peut m'aider en pandémie » ? Tu sais, on est au 30 mars là, deux semaines dans le confinement. [...] Tout, tout, tout, est fermé. [...] Puis, avec mon autre, j'avais été dans les cliniques. Malheureusement, les cliniques étaient fermées. [...] Mon allaitement, je suis encore en deuil avec là [...]. (Jade)

Être bouleversée par l'interdiction d'accoucher à domicile

Le prochain incident a été soulevé par quatre femmes (n=4, 28,6 %). Celles-ci ont mentionné que l'impossibilité de pouvoir effectuer une nidification physique et psychologique pour accueillir leur nouveau-né à la maison, notamment en gonflant la piscine d'accouchement et en installant le matériel nécessaire pour la sage-femme, a réduit la portée de l'expérience qu'elles souhaitaient vivre pour cet évènement spécial. Les verbatims suivants ont été livrés en lien avec l'incapacité de préparer son bain à domicile en vue de la naissance :

Ça me revient vraiment souvent que 12 heures avant --. [...]. Les trois premiers mois là, ça l'a été vraiment épouvantable. [...] C'était vraiment récurent là sur le fait de ne pas pouvoir accoucher à la maison [...]. [...] Ça revenait tout le temps, tout le temps, tout le temps. [...] tellement, que physiquement, j'avais mal. J'ai eu, là, pendant trois mois, même presque quatre mois, une douleur à l'utérus comme une césarienne. (Éloise)

Être chamboulée par le fait que sa photographe ne puisse pas immortaliser la naissance de son enfant

L'avant-dernier incident a été évoqué négativement par quatre participantes (n=4, 28,6 %) et concerne le fait de ne pas pouvoir avoir de souvenirs du travail et de la naissance de leur enfant par une photographe professionnelle en raison de l'interdiction d'avoir la présence d'un tiers pour ce moment spécial. Une participante a entre autres souligné que l'absence de photos l'empêchait de revivre l'ambiance qui avait été créée lors de la naissance de son enfant :

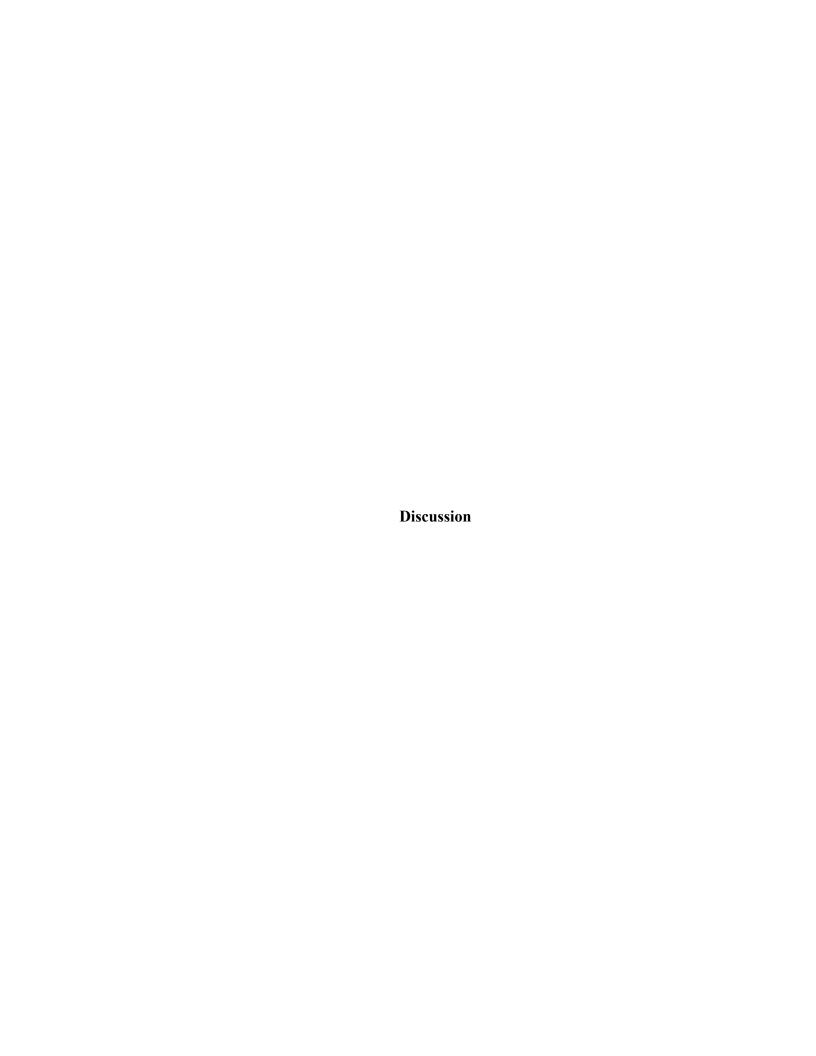
Moi là, c'est stupide, mais c'est de ne pas avoir mon accompagnante photographe. Ça me fait vraiment suer là, puis j'en pleure encore de ne pas avoir de souvenirs de cet événement-là parce que je ne pouvais pas --. [...] Je voulais qu'elle prenne des photos puis --. [...] Tu sais, c'est artistique puis tout ça. J'en avais parlé de ça avec elle avant même d'accoucher parce que c'était comme un regret que j'avais de ma première, de n'avoir aucun souvenir. [...] C'est comme l'affaire que j'ai sur le cœur et qui va rester. Puis ça, c'est en lien avec la pandémie. (Éloise)

Avoir l'impression d'être coincée par la mise en application des mesures de protection individuelle pendant l'accouchement

L'incident final a été rapporté par sept mères (n=7, 50 %) qui ont été contraintes de rester dans leur chambre et/ou de porter un masque de procédure. En effet, même si celles-ci comprenaient la nécessité de respecter les mesures sanitaires, elles ont exprimé le sentiment de dépendance à l'égard du personnel, le manque d'air, de force pour pousser, et même, le sentiment d'être un animal. En lien avec le port du masque durant le travail une femme a rapporté :

Cela a été tout simplement horrible. Je me suis sentie comme un animal avec une muselière. J'avais du mal à respirer et à reprendre mon souffle entre les contractions et la force que je devais donner pour pousser lors de l'accouchement --. [..] J'étais anormalement rouge et essoufflée [...] (Fannie).

Le prochain chapitre met en lien ces résultats avec les écrits scientifiques existants.



Ce chapitre présente la discussion des résultats de cette étude qualitative descriptive qui s'appuie sur la méthodologie de la TAIC. L'objectif était de mieux comprendre ce qui, dans le regard des mères ayant un score clinique de TSPT-PP (≥ 31/80 au PCL-5), constitue des évènements potentiellement traumatisants lors de la grossesse, de la naissance de leur enfant et de la période post-natale en temps de pandémie de COVID-19. Elle cherchait donc à répondre à la question suivante : Quels sont les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie? L'analyse des entrevues effectuées auprès de 14 participantes présentant des niveaux élevés de symptômes associés au TSPT, a permis d'identifier une catégorie principale : « Devenir maman en temps de pandémie : une expérience opposée à celle imaginée » et six sous-catégories : se tourmenter sur les effets du virus et de la pandémie de COVID-19 sur soi et ses proches; se faire voler le bonheur de partager les moments clés de sa maternité avec sa famille et ses ami(e)s; devoir s'adapter à la gestion d'une réalité familiale transformée; faire face à une grossesse ou à un déroulement d'accouchement inattendu; recevoir des soins manquants de bienveillance par les professionnels de la santé; et composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services.

Dans la première partie de ce chapitre, le potentiel traumatique des évènements rapportés par les mères de cette étude est abordé. Ensuite, la perspective de

Bronfenbrenner (1979) est mise de l'avant afin de pouvoir discuter des expériences périnatales vécues par les participantes en les comparant aux écrits existants. La deuxième partie de ce chapitre propose des recommandations visant divers aspects de la discipline infirmière, tels que la formation, la pratique clinique, la gestion, la recherche et le politique. Enfin, la troisième et dernière partie aborde les forces et les limites de l'étude.

Pour débuter, il est important de mentionner que les incidents vécus par les mères de l'étude varient en intensité et en fréquence. D'une part, certains d'entre eux évoquent des dangers (par exemple : « être inquiète de contracter la COVID-19 par les contacts extérieurs » et « être apeurée par la possibilité que son bébé meurt ») et sont reconnu comme étant à forts potentiels de créer un traumatisme important (American Psychiatric Association, 2013). D'autre part, des incidents qui pourraient s'avérer plus anodins (par exemple : « être bouleversée par l'interdiction d'accoucher à domicile » et « être chamboulée par le fait que sa photographe ne puisse pas immortaliser la naissance de son enfant ») ont aussi été rapportés avec beaucoup d'intensité chez les participantes de l'étude. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette constatation. D'abord, avec tous les bouleversements occasionnés par le contexte de la pandémie et des mesures sociosanitaires (en plus de ceux normalement occasionnés par la transition vers la maternité), il est possible que les défenses psychiques habituellement utilisées comme moyen de protection aient été affaiblies par les nombreux stresseurs (Association canadienne pour la santé mentale, 2024; Lebigot, 2015; Scaer, 2014). Habituellement,

lorsqu'une situation stressante se présente, l'organisme tente d'appliquer des mécanismes pour se protéger (Association canadienne pour la santé mentale, 2024; Lebigot, 2015). Cependant, lorsque plusieurs sources de stress font surface, l'individu peut soudainement subir une perte au niveau des limites protectrices (Lebigot, 2015; Scaer, 2014). Ainsi, la barrière de protection devient plus mince et il y a limitation des défenses (Lebigot, 2015). Aussi, les mères qui ont subi un traumatisme antérieur comme un décès périnatal, sont plus susceptibles d'être retraumatisées avec un évènement pouvant paraître plus banal (Myers et al., 2015). La réalité étant très subjective, il importe de prêter une attention particulière à tous les évènements, car même ceux qui semblent insignifiants peuvent avoir de lourdes répercussions sur la santé mentale maternelle.

Pour comparer les évènements mentionnés par les mères aux écrits existants, la perspective de Bronfenbrenner (1979) est utilisée comme lentille scientifique. Celle-ci met en évidence que le découpage des résultats selon les différents systèmes contribuant au développement des femmes comme mères ne peut se faire de manière arbitraire. En effet, l'interinfluence entre chaque niveau systémique est souvent imbriquée. Alors que certaines catégories de notre étude tendent à se situer plus spécifiquement dans un seul niveau systémique, par exemple, la catégorie 5 qui se situe dans le microsystème de relations entre les mères et les professionnels de la santé (recevoir des soins manquants de bienveillance par les professionnels de la santé), d'autres, comme la catégorie 6 (composer avec l'application des restrictions sanitaires dans les soins et services),

reflètent des enjeux liés au macrosystème et à l'exosystème. La discussion des résultats tient donc compte de ces interrelations entre les différents niveaux systémiques au sein des sous-catégories.

S'inquiéter de la santé de son bébé et de sa capacité à être une bonne mère

Parmi les nombreux incidents rapportés par les mères, un nombre significatif était lié à des appréhensions et des inquiétudes, en particulier en ce qui concerne la possibilité de contracter la COVID-19 et ses répercussions sur la capacité à prendre soin de son enfant. En effet, plusieurs participantes ont exprimé des craintes quant à leur aptitude à assurer les soins nécessaires à leur bébé en cas de contraction du virus, comme l'allaitement, ainsi que des préoccupations concernant l'accès aux biens essentiels pour répondre à ses besoins, telle que la préparation commerciale. De plus, l'absence de contacts sociaux en raison des mesures sanitaires a suscité beaucoup d'inquiétudes quant au développement des habiletés sociales de leur enfant. Ainsi, pour les participantes de l'étude, la COVID-19 a eu un impact significatif sur leur ontosystème (les perceptions et les attentes qu'elles avaient quant à leur capacité à prendre soin de leur bébé et à assurer son bon développement psychosocial) et, par extension, sur leur microsystème mèreenfant. Ces constats corroborent les résultats de recherches antérieures, qui ont également mis en évidence ces mêmes préoccupations chez les femmes enceintes et les nouvelles mères (Jones et al., 2022; Marino et al., 2023).

La période de transition à la maternité étant déjà reconnue comme une période de changements majeurs dans le développement, il est fréquent que les mères se questionnent sur leur capacité à intégrer leur nouvelle identité, à assumer leur nouveau rôle, et par conséquent, à être une bonne mère (Laney et al., 2015). En effet, plusieurs auteurs soulignent que, même en dehors du contexte de pandémie, l'allaitement, la fourniture de soins adéquats et le bon développement psychosocial de l'enfant sont des sources de préoccupation importantes (Neves Carvalho et al., 2017). Donc, en y ajoutant le contexte de la pandémie et les décisions macrosystémiques qui limitent l'aide des proches et des professionnels de la santé, tout comme l'accès aux commerces et établissements, il est plausible que les interrogations sur soi comme personne et comme mère soient davantage augmentées. Dans la littérature scientifique, il est stipulé que les niveaux de stress et d'anxiété élevés sont étroitement corrélés au trouble de stress post-traumatique postpartum (Dikmen-Yildiz et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022).

La maternité en période de confinement : une expérience invisible aux yeux des autres et marquée par la solitude

Pour continuer, le fait de vivre la grossesse, la naissance de son enfant et/ou la période postnatale de manière invisible et isolée constitue d'autres expériences hautement significatives pour les participantes de l'étude. En effet, en raison des décisions macrosystémiques concernant par exemple le confinement qui interdisait les contacts et les rassemblements, les mères ont indiqué avoir été privés du regard, du toucher et des

commentaires des autres à leur sujet pendant leur grossesse. Elles ont aussi souligné l'absence de moments de partage où leurs proches et ami(e)s auraient pu admirer leur ventre arrondi et célébrer l'arrivée imminente de leur enfant, comme lors des fêtes prénatales. Bien que ces interrelations aient été documentées dans l'expérience microsystémique des mères pendant la COVID-19 (Ajayi et al., 2021; Vermeulen et al., 2022), aucune étude qualitative antérieure à la nôtre n'a porté sur la compréhension de ces évènements en tant que source potentielle de traumatisme. Pourtant, on sait que la grossesse représente un point central saillant dans le chronosystème des femmes et un évènement essentiel dans la construction sociale de l'identité maternelle (l'ontosystème) et du microsystème mère-enfant (Ionio et al., 2022). En effet, les femmes enceintes qui perçoivent plus de soutien social dans leurs relations microsystémiques ont tendance à évaluer leur corps changeant de manière plus positive tout au long de la grossesse (Pieta et al., 2021). Cette positivité est connue pour être corrélée à une bonne santé mentale chez les mères (Pieta et al., 2021). Cependant, une moins bonne perception de la grossesse peut être corrélée aux symptômes de stress post-traumatique des femmes enceintes (Ionio et al., 2022), et conséquemment, se poursuivre chez les femmes en période postnatale (Muzik et al., 2016). Partant de ces prémisses, les expériences traumatisantes des participantes peuvent être potentiellement expliquées.

Pour ce qui est de la mesure interdisant les contacts physiques avec les personnes extérieures à la maisonnée, les mères ont souligné des préoccupations particulières

concernant le développement d'une proximité entre les grands-parents et les petitsenfants. Pour les participantes de l'étude, le développement de liens forts entre eux avait une grande importance. Pour certaines, il y avait un deuil que les grands-parents n'aient pas pu développer un lien significatif avec leur petit-enfant (Hayslip & Fruhauf, 2019). Ainsi, cet évènement ajoute une dimension significative à notre compréhension des impacts psychosociaux de cette crise sanitaire.

Le manque de soutien instrumental et psychologique des proches

Les mères participant à cette étude ont aussi mis de l'avant les défis liés à la garde d'enfants, à la réalisation des tâches domestiques, aux soins du nouveau-né et à l'accomplissement des différentes responsabilités qui ne peuvent être partagés avec les autres membres de leur famille pendant la grossesse, mais surtout après la naissance en contexte de COVID19. Dans les écrits scientifiques, il est largement reconnu que l'arrivée d'un enfant demande une quantité considérable de temps, d'énergie et d'investissement, ce qui limite souvent les opportunités pour les mères d'accomplir toutes les activités de la vie quotidienne (Merriman et al., 2023). Le soutien instrumental des proches est alors documenté comme étant un élément crucial pour une transition à la maternité réussie (Schwab-Reese et al., 2017). En effet, ce soutien est démontré comme ayant un rôle protecteur pour la santé mentale des mères (Razurel & Kaiser, 2015).

Cependant, avec le contexte de la pandémie de COVID-19 et les décisions relatives au macrosystème comme le confinement, des modifications ont été constatées dans le microsystème du travail des parents. Le confinement a amené les mères à travailler à partir de leur domicile, à faire l'école à leurs enfants à la maison, tout en s'occupant des tâches déjà encourues par la transition (Goyal, De La Rosa, et al., 2022). Les responsabilités des mères ont donc considérablement été augmentées, tandis que le soutien social a été diminué de manière significative (Goyal, De La Rosa, et al., 2022). Il est donc possible que cette surcharge, ajoutée au fait de prendre soin de membres de la famille malades ou décédés a pu contribuer au sentiment d'épuisement des mères de l'étude, et par le fait même, à une expérience potentiellement traumatisante. Il est largement reconnu que le sentiment d'épuisement des mères peut amener des symptômes dépressifs, qui eux peuvent contribuer aux symptômes de stress post-traumatique (Oh et al., 2016; Shahar et al., 2015). Ce qui a aussi pu contribuer à cette expérience traumatisante, c'est l'absence de soutien instrumental et émotionnel de la part de leur partenaire. Ceux-ci ayant été eux aussi touchés par le contexte de la pandémie de COVID-19, il a pu être difficile pour les participantes de s'appuyer physiquement et émotionnellement sur leur partenaire. Selon la perspective écosystémique de Bronfenbrenner (1979), lorsqu'un membre de la famille est affecté par une situation, cela touche tous les autres. Ainsi les troubles de santé mentale de la mère peuvent être expliqués, en partie, par la fragilisation de la santé mentale du père. Cet incident, faisant donc partie du microsystème conjugal, est un facteur de risque

connu, mais pas en tant qu'évènement potentiellement traumatisant en contexte de pandémie de COVID-19.

Faire face à des situations stressantes, menaçantes ou incertaines dans le parcours de vie et l'expérience de la maternité, et à la détresse émotionnelle qu'elles génèrent

Les situations stressantes, menaçantes ou incertaines dans le parcours de vie des femmes et leur expérience de la maternité ont également été abordées. D'abord, certaines femmes ont mentionné que l'annonce de leur grossesse a été vécue comme un choc parce qu'elle n'était pas prévue à ce moment-là. Il est bien établi que l'arrivée d'un enfant lorsque l'on ne s'y attend pas peut susciter des sentiments négatifs (par exemple, de l'incrédulité, de la peur, de la tristesse et de la colère), et ce, surtout lorsque l'on n'est pas préparé (Abajobir et al., 2017; Mohammadi et al., 2018). En effet, il est stipulé que certaines caractéristiques de l'ontosystème des mères, comme l'absence de préparation mentale, physique et financière peuvent aggraver ces sentiments (Mohammadi et al., 2018). Par conséquent, il n'est pas étonnant que le fait d'avoir un enfant de manière inattendue dans le contexte de la pandémie de COVID-19 soit encore plus anxiogène (Raybould et al., 2023). Le manque d'informations sur les conséquences du virus sur le bébé, les obstacles pour accéder aux cliniques d'avortement et aux autres services de périnatalité (VanBenschoten et al., 2022) et la possibilité de vivre de l'insécurité financière ou alimentaire (Azevedo et al., 2023; Dolin et al., 2021) constituent quelques exemples d'enjeux macrosystémiques rendant l'annonce encore plus déstabilisante. Il est alors possible que le couple se projette dans une situation complexe et non désirée.

Outre l'annonce de la grossesse, la surprise liée à la forte douleur des contractions a aussi été mentionnée par les participantes comme un facteur induisant un sentiment de perte de contrôle et une grande détresse émotionnelle perdurant plusieurs mois après l'accouchement et envahissant grandement leur quotidien. Dans les écrits scientifiques, il est reconnu que les attentes, les croyances et les expériences antérieures (l'ontosystème) façonnent la perception de l'expérience de la naissance et son impact émotionnel (Holopainen et al., 2020; Latifnejad Roudsari et al., 2015). Ainsi, lorsque la douleur est plus intense que prévu, cela peut être perçu comme traumatisant, en particulier lorsque ces attentes ne sont pas alignées avec la réalité de l'accouchement (Rodríguez-Almagro et al., 2019). De plus, le manque de soutien de la part des professionnels de la santé ou du conjoint, notamment en raison des restrictions de la pandémie de COVID-19 pourrait avoir accentué la perception de la douleur des contractions. En effet, plusieurs études ont établi que le soutien infirmier et du conjoint sont essentiels pour aider les femmes à gérer la douleur et à vivre une expérience positive de la naissance (Thomson et al., 2019; Van der Gucht & Lewis, 2015). Par conséquent, avec tous ces facteurs combinés, il est plausible que les participantes de cette étude aient trouvé cette expérience très difficile à vivre.

Ensuite, d'autres incidents signalés par les mères étaient liés à des complications de la grossesse ou de l'accouchement. Le travail prématuré est un exemple évoqué par les participantes comme étant une expérience teintée d'un sentiment de trahison de leur corps. Cette perception n'est pas inhabituelle chez les mères de prématurés et est souvent accompagnée d'un profond sentiment de culpabilité (Beck & Harrison, 2017). Le contexte de la pandémie, et plus précisément ses modifications exosystémiques (telles que la modification de l'accès aux services de périnatalité), ont probablement accentué ce sentiment. En effet, les femmes étaient déjà inquiètes face à la diminution du nombre de consultations prénatales et à la généralisation du recours aux consultations téléphoniques, redoutant de passer à côté d'informations importantes (Cruz-Ramos et al., 2023; Kolker et al., 2021; Vermeulen et al., 2022). La survenue du travail prématuré est donc venue confirmer ces craintes, renforçant leur appréhension quant à la possibilité d'avoir manqué des signes et symptômes à surveiller. De plus, elles ont dû être séparées de leur bébé à la naissance puisque celui-ci nécessitait des soins plus spécialisés. Être séparée de son bébé à la naissance est bien connu comme pouvant être anxiogène, ce qui peut aggraver la détresse émotionnelle (Ionio et al., 2016). La pandémie de COVID-19 a pu amplifier ce sentiment de stress en raison des restrictions de visites à l'unité néonatale pour diminuer le risque de contamination (Darcy Mahoney et al., 2020). Cette séparation mère-bébé a aussi été mentionnée par certaines participantes comme facteur stressant, mais dans d'autres contextes que le travail prématuré, notamment au bloc opératoire. Il s'agit ainsi d'un élément significatif pouvant augmenter considérablement le risque de stress posttraumatique. Dans les écrits scientifiques, le contact peau-à-peau est connu pour atténuer les symptômes de stress post-traumatique en réduisant la peur et la culpabilité des mères liées au mauvais déroulement de la naissance (Abdollahpour et al., 2017; Kahalon et al., 2022). Il est donc possible que la séparation du microsystème mère-enfant ait joué un rôle important dans la détérioration de la santé mentale des mères. Enfin, plusieurs ont exprimé le sentiment d'avoir échoué leur accouchement ou leur allaitement. Ce sentiment d'échec s'est manifesté, par exemple, lorsque l'accouchement a été instrumentalisé ou quand leur allaitement est devenu trop difficile et a dû être abandonné. Lorsque le déroulement de l'accouchement ou de l'allaitement ne correspond pas aux attentes que les mères s'en sont faites, cela peut entraîner de la déception et plonger les femmes dans un sentiment de remise en question et de détresse émotionnelle (Schneider, 2018).

Finalement, tous ces évènements stressants, menaçants ou à caractère imprévisible sont déjà susceptibles, en dehors du contexte de pandémie, d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique. Lorsqu'on y ajoute le contexte de pandémie, ces évènements deviennent encore plus potentiellement dévastateurs pour la santé mentale des femmes.

Les répercussions de la COVID-19 sur l'insatisfaction des soins reçus par les professionnels de la santé

D'autres incidents concernaient l'insatisfaction à l'égard des soins reçus, mettant en lumière les attitudes, les comportements et les paroles des professionnels de la santé

perçus comme négligents ou manquant de bienveillance. Les mères ont notamment exprimé s'être senties exclues des décisions concernant leur propre santé et ont manifesté du désarroi face à l'absence d'assistance pour des soins de base. Ces résultats font écho à ceux d'autres recherches qui ont également relevé ces tendances (Vermeulen et al., 2022). Toutefois, un aspect unique identifié dans notre étude, et peu discuté dans les écrits existants, est le sentiment de se percevoir comme un vecteur potentiel de contamination, induit par le personnel malgré l'absence de symptômes. Les femmes ont trouvé cette situation difficile à accepter. Ainsi, ces diverses expériences mettent en évidence une relation de confiance altérée entre les femmes et le personnel médical.

En dehors du contexte de la pandémie, le microsystème de relations entre les professionnels de la santé et les mères est reconnu comme un facteur déterminant de l'évaluation par les femmes de leur expérience de la naissance (Henriksen et al., 2017). Une expérience négative de la naissance peut engendrer toutes sortes de symptômes liés à la santé mentale tels que des symptômes dépressifs (Bell & Andersson, 2016), d'anxiété (Bell et al., 2016) et même de stress post-traumatique (Beck & Casavant, 2019). Le contexte de la pandémie de COVID-19 a pu amplifier les perceptions négatives des femmes à l'égard des soins reçus et de leur relation avec les professionnels de la santé, augmentant ainsi le risque de TSPT comme le suggèrent les résultats de l'étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces constats, notamment les caractéristiques des établissements de santé liées aux enjeux exo et macro systémiques. Effectivement, certaines recherches

suggèrent que les pénuries de personnel soignant, aggravées par le confinement général, les infections parmi le personnel et les départs précipités liés aux grossesses des infirmières, ont surchargé le personnel déjà en place (Schmitt et al., 2021). Cette surcharge a pu diminuer la disponibilité du personnel pour répondre aux besoins des femmes et a possiblement accru le mécontentement de ces dernières quant à leur expérience de la naissance (Schmitt et al., 2021). De plus, les fréquents changements macrosystémiques dans les politiques sanitaires ont semé la confusion parmi le personnel soignant, les directives étant souvent perçues comme ambiguës (Schmitt et al., 2021). La transmission d'informations que même les professionnels de la santé ne maîtrisaient pas a vraisemblablement contribué au stress des mères en raison du manque de clarté sur l'évolution de la situation. En outre, le port d'équipement de protection individuelle, les mesures d'hygiène et la distanciation physique recommandés pour limiter la propagation du virus ont pu renforcer le sentiment des femmes d'être des vecteurs potentiels de contamination.

Les effets des restrictions de la COVID-19 sur les services de périnatalité : quand les mesures sanitaires amènent à la déshumanisation de soins

Les multiples changements de politiques de soins en réponse à la COVID-19, ont profondément perturbé les soins et les services normalement destinés aux femmes enceintes et aux nouvelles mères, suscitant un sentiment de déshumanisation chez les participantes de l'étude. Le fait d'être privée de la présence du partenaire lors des

moments importants de la période périnatale, le manque de soutien des proches dans les soins et services et l'interdiction d'accoucher à domicile ont été perçus comme un recul significatif par rapport aux nombreux progrès réalisés en matière de périnatalité depuis les années 1970, suite à l'avènement du mouvement d'humanisation des naissances (Rivard, 2012). Principalement, ce mouvement visait à renforcer le rôle familial lors de la naissance, en donnant aux parents la possibilité de contrôler et de s'impliquer pleinement dans cet évènement important de leur vie, améliorant par le fait même leur bien-être psychologique (Rivard, 2012). Néanmoins, en contradiction avec ces principes, les décisions du macrosystème et de l'exosystème concernant les restrictions sanitaires dans les établissements de santé ont compromis ces avancées historiques (les progrès effectués dans le chronosystème des femmes qui enfantent) affectant sérieusement la santé mentale des femmes.

Dans cette perspective, les changements déshumanisants liés aux caractéristiques des soins et des services périnataux (l'exosystème) peuvent potentiellement avoir engendré des symptômes post-traumatiques chez les femmes concernées. À cet égard, de nombreux chercheurs mettent en évidence que les changements socio-politiques influencent fortement la réaction psychologique au trauma (Gafiatulina et al., 2018; Mounir, 2021), un constat qui résonne avec les résultats de cette étude. Toutefois, les traumatismes associés aux modifications de services de santé durant la grossesse restent peu explorés. À ce sujet, les participantes ont spécifiquement souligné que l'absence du

père lors d'évènements significatifs tels que l'échographie de 20 semaines, le premier bain ou l'allaitement, a profondément marqué leur expérience postnatale ainsi que leur première année de vie en tant que parents. Ces témoignages apportent un éclairage précieux sur les défis de la période périnatale, qui possèdent un potentiel traumatisant significatif chez ces mères. Par ailleurs, les participantes de l'étude ont perçu le port d'équipement de protection individuelle, tel que les masques, comme une source de déshumanisation, accentuant la perte de leur autonomie corporelle. Bien que ce phénomène soit déjà connu des études quantitatives en tant qu'évènement potentiellement traumatisant (Gluska et al., 2021), il n'avait pas été exploré qualitativement. Ce faisant, l'apport de cette perspective enrichit notre compréhension actuelle du traumatisme.

En ce qui concerne l'interdiction d'accoucher à domicile, les participantes de l'étude ont rapporté des difficultés significatives liées au processus de « nidification », indispensable pour se préparer psychologiquement et physiquement à l'arrivée de leur nouveau-né. Cet incident a majoritairement touché les mères ayant vécu un décès périnatal à leur domicile et était d'une très grande signification pour faire face à cet évènement douloureux de leur passé. Il est reconnu que l'utilisation de stratégies d'adaptation telle qu'un accouchement à domicile peut faciliter la croissance post-traumatique suite à un tel évènement (Alvarez-Calle & Chaves, 2023). Ainsi, l'impossibilité de mobiliser une telle stratégie peut avoir limité leur processus de guérison. Pour terminer, les restrictions empêchant la présence de photographes professionnels lors des accouchements ont privé

les mères de souvenirs précieux. Pendant l'accouchement, souvent marqué par la douleur, il peut être difficile pour les femmes de se souvenir clairement de l'évènement, rendant ces photos d'autant plus importantes. Ces observations, documentées pour la première fois dans cette recherche, révèlent des aspects fondamentaux de l'expérience maternelle qui influencent le bien être émotionnel des mères et apportent une contribution significative à notre compréhension globale de ces expériences.

Les prochains paragraphes abordent les recommandations selon les cinq axes de la discipline infirmière.

Les recommandations selon les cinq axes de la discipline infirmière

À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, plusieurs recommandations peuvent être formulées en fonction des cinq axes de la discipline infirmière, à savoir : le politique, la gestion, la formation, la pratique clinique, et la recherche (Pepin et al., 2017).

Le politique

D'abord, en ce qui concerne le politique, il est crucial pour les infirmières de s'engager afin de favoriser des progrès en matière de soins de santé, et encore plus dans des contextes difficiles comme la pandémie de COVID-19 (Brousseau, 2021; Pepin et al., 2017). En effet, les infirmières jouent un rôle essentiel en première ligne des services de périnatalité pour les femmes, et il est donc important qu'elles soient politiquement actives

pour soutenir la santé maternelle. Ainsi, pour protéger la santé mentale des mères, l'inclusion des résultats de cette étude aux tables de concertation des gestionnaires de la santé et des services sociaux, de même qu'à celles des décideurs gouvernementaux peut s'avérer bénéfique. En effet, les connaissances issues de cette recherche peuvent moduler positivement les réflexions des cadres en faveur d'une amélioration de l'expérience périnatale des femmes. De plus, les connaissances de cette étude peuvent aussi impacter sur les pensées des dirigeants politiques lorsqu'il est question des décisions entourant la mise en application des mesures sanitaires dans la population, puisque les femmes qui vivent la période de transition à la maternité constituent un groupe particulièrement vulnérable sur le plan de la santé mentale (Daehn et al., 2022).

En effet, revoir les lignes directrices nationales, les politiques de santé, les plans d'action et les standards de pratique en périnatalité pour les adapter aux périodes de crise et aux avancées scientifiques concernant le TSPT est essentiel. Dans un contexte où l'accessibilité des soins et des services est restreinte et a un impact considérable sur la santé mentale des femmes (Iyengar et al., 2021; Kirubarajan et al., 2023; Mari et al., 2023), il est important de maintenir l'accès aux cliniques d'avortement, aux soins prénataux tels que les cours préparatoires à la naissance, ainsi qu'aux services postnataux. De plus, étant donné l'importance du soutien social et psychologique des proches (Bohren et al., 2019; Razurel & Kaiser, 2015), il est crucial de préserver l'accès à ce soutien, tant à domicile que dans les établissements de santé. Pour ce faire, des recommandations

précises doivent être établies pour encadrer et permettre la présence des proches pendant la grossesse, la naissance et la période post-natale. À titre d'exemple, dans les établissements de santé, l'autorisation d'une personne de confiance pourrait être envisagée tout au long de la période périnatale, que ce soit pour les suivis de la grossesse, l'accouchement, ou la période suivant la naissance pour les rendez-vous avec l'enfant. À domicile, cela pourrait se traduire par l'autorisation d'une bulle familiale ou amicale jusqu'à ce que l'enfant ait un an.

La gestion

En plus de l'amélioration des mesures gouvernementales entourant l'expérience des futures et des nouvelles mères, il est également nécessaire que les gestionnaires des établissements de santé créent un environnement favorable à l'efficacité et à l'efficience des soins et des services de périnatalité (Pepin et al., 2017). Pour concilier la qualité et l'humanisation des soins dans un contexte de transformation rapide, il est important que les gestionnaires prêtent une attention particulière à l'aspect de la communication avec les infirmières (Folse, 2022; Fowler et al., 2021; Pepin et al., 2017). Effectivement, pour offrir un soutien accru aux équipes et répondre efficacement aux besoins des femmes, il est impératif que les gestionnaires transmettent, sans tarder, les nouvelles procédures liées aux mesures sociosanitaires aux cheffes d'équipes, en s'assurant qu'elles les comprennent bien avant de les communiquer aux autres membres. À cet effet, des réunions d'équipe pourraient se tenir au début de chaque quart de travail pour informer le personnel des

modifications. Pour les infirmières qui ne sont pas présentes à la réunion, la création d'une plateforme en ligne pourrait faciliter la diffusion des informations et améliorer la compréhension des changements par le personnel soignant.

Les gestionnaires ayant également la responsabilité de faciliter le développement des compétences des membres de leur équipe qui pratiquent comme soignantes (Pepin et al., 2017), ces personnes pourraient jouer un rôle clé dans l'incitation des infirmières à une réflexion approfondie sur leur savoir-être et leur savoir-faire (Howatson-Jones, 2016). Pour y parvenir, des questions visant à stimuler la prise de conscience des pratiques des infirmières auprès des femmes et de leur famille pourraient être élaborées. De plus, elles pourraient les inviter à une analyse critique des constantes et des changements dans leur pratique depuis l'avènement de la pandémie. L'analyse et la synthèse des réponses recueillies pourraient permettre aux gestionnaires de développer des représentations visuelles détaillées des comportements et des pratiques de soins des infirmières, tout en concevant des ateliers pédagogiques visant à enrichir la sensibilisation des soignantes à leur pratique professionnelle.

La formation

Au niveau de la formation académique des étudiantes en soins infirmiers et en sciences infirmières, approfondir le contenu des cours théoriques en périnatalité pour y inclure des notions sur le TSPT est impératif (Li et al., 2019). Il en est de même pour les

infirmières à la formation continue et les professionnels œuvrant déjà dans le continuum de périnatalité (Martinez-Vázquez et al., 2021; Moran Vozar et al., 2021). Une sensibilisation à l'existence, à la fréquence, aux conséquences, et finalement, aux évènements potentiellement traumatisants pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale, peut inciter les étudiantes et les infirmières à adopter une approche plus attentive, empathique et respectueuse des femmes (Moran Vozar et al., 2021), surtout dans des contextes difficiles comme la pandémie de COVID-19. En effet, l'objectif est de maximiser les expériences positives de la grossesse et de la naissance, tout en réduisant les expériences négatives liées à l'insatisfaction et la déshumanisation. Cela étant dit, une conscientisation à l'exploration sensible des évènements potentiellement traumatisants pendant l'examen de la trajectoire de vie des femmes est essentielle en raison du potentiel de résurgence du traumatisme (Geller & Stasko, 2017). Comme celles-ci vont possiblement fréquenter les services de maternité lors de leurs prochains suivis de grossesse, il est capital de mieux comprendre leur histoire de grossesse et de naissance afin de mieux les accompagner et prévenir le développement d'un TSPT (Geller & Stasko, 2017).

La pratique clinique

Concernant la pratique clinique, il est primordial que les infirmières incluent un dépistage des symptômes de TSPT pour toutes les futures et les nouvelles mères (Geller & Stasko, 2017; Grisbrook & Letourneau, 2021; Kara et al., 2021). Des questions directes

liées au bien-être psychologique, et plus particulièrement, aux expériences antérieures de grossesses et de naissances traumatisantes, y compris l'expérience périnatale en pandémie, peut constituer une opportunité de dépister précocement les femmes à risque de développer un TSPT, et ainsi, d'agir à titre préventif (Grisbrook & Letourneau, 2021; Kara et al., 2021). Il en est de même pour la santé psychologique actuelle des femmes. Des questions portant sur les peurs, les préoccupations et les bouleversements vécus par les mères pendant la grossesse, et tout au long de la période périnatale peut être bénéfique pour répertorier un trouble de santé mentale. Aussi, l'inclusion d'activités de prévention peut être utile pour diminuer le risque de TSPT des femmes. On peut par exemple penser à l'enseignement de stratégies de réduction de la détresse psychologique et à l'éducation des symptômes traumatiques courants. D'ailleurs, à cet effet, une revue systématique a démontré les bénéfices d'utiliser de telles pistes pour diminuer le risque de TSPT en période périnatale (Dekel et al., 2023). De plus, les infirmières doivent tenir compte des besoins particuliers des mères en leur offrant un soutien flexible, individualisé et allant au-delà de la période de 72 heures habituellement établie. En effet, les mères doivent pouvoir compter sur du soutien spécifique leur étant destiné, et cela, tant et aussi longtemps qu'elles en auront besoin. Dans un contexte de pandémie où les niveaux de stress et de détresse sont très élevés (Shorey et al., 2021), et souvent associés aux symptômes de stress post-traumatique (Dikmen-Yildiz et al., 2017), le suivi psychologique est encore plus nécessaire.

La recherche

Finalement, la poursuite de la recherche sur les évènements potentiellement traumatisants vécus lors de la transition à la maternité et pendant la pandémie est indispensable, car ce domaine reste largement sous-exploré malgré son incidence et les conséquences non négligeables sur la santé mentale des mères et des familles (Choi et al., 2020). Dans cette perspective, il serait intéressant d'examiner de manière approfondie le rôle de la construction sociale de l'identité maternelle dans le contexte de la COVID-19 et son lien dans le développement du TSPT. Une autre voie de recherche à examiner plus en profondeur serait les perceptions des mères du rôle des photographes professionnels dans la création d'une expérience de naissance plus positive et plus humaine. Enfin, la tenue d'études longitudinales pour examiner l'expérience des grossesses et des naissances suivantes pourrait permettre d'explorer les répercussions à long terme sur la santé mentale des mères ayant vécu la période périnatale précédente en temps de pandémie. En effet, il est reconnu que la période périnatale subséquente peut redéclencher des souvenirs traumatiques passés et/ou exacerber la mauvaise santé mentale (Geller & Stasko, 2017; Holopainen et al., 2020).

Les prochains paragraphes abordent les forces et les limites de l'étude.

Les forces et les limites de l'étude

Les forces de l'étude

Dans cette étude, plusieurs forces méritent d'être mises en exergue. En premier lieu, l'alliance forgée entre les intervieweuses et les interviewées a permis de créer un climat de grande confiance, ce qui a donné lieu à des entrevues riches de sens pour répondre à la question de recherche (DeJonckheere & Vaughn, 2019). En deuxième lieu, la méthodologie rigoureuse appliquée à tout le processus de recherche pour augmenter la crédibilité des données a permis la création de catégories et de sous-catégories étoffées, exhaustives et représentatives des expériences vécues (Butterfield et al., 2009). En troisième et dernier lieu, il convient de souligner l'originalité de l'étude, tant au niveau de la méthodologie utilisée que du sujet choisi (Buckley, 2023). En effet, cette recherche se distingue en tant que première étude exploratoire des évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un TSPT chez les mères, en contexte de pandémie de COVID-19. De manière novatrice, elle ne s'intéresse pas seulement au vécu potentiellement traumatisant de l'accouchement, mais englobe également ceux liés à la grossesse et à la période postnatale. Peu d'études ont jusqu'à présent investigué l'entièreté du vécu d'un phénomène dans la période périnatale, et encore moins dans un contexte d'évènements traumatisants. Les résultats obtenus permettent non seulement de confirmer le vécu de certains évènements, mais également, d'en identifier de nouveaux. Ces avancées scientifiques peuvent évidemment contribuer

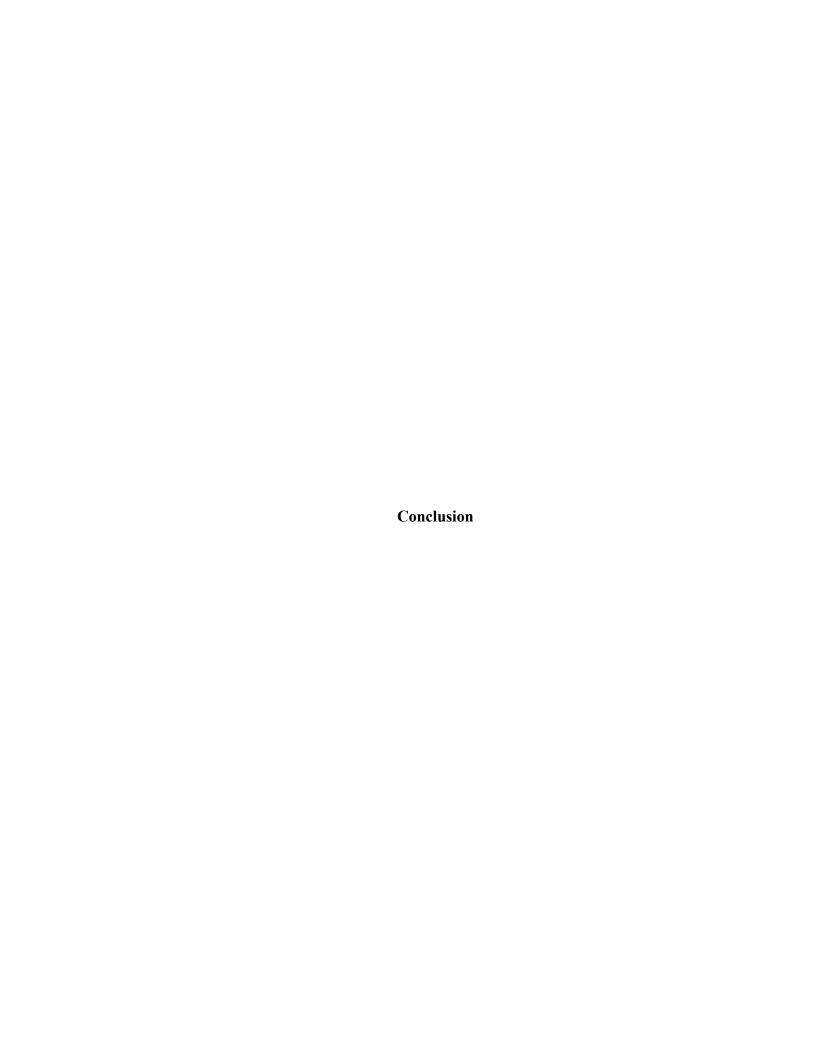
à mieux accompagner les futures et les nouvelles mères dans ces contextes de vulnérabilité.

Les limites de l'étude

En ce qui a trait aux limites de l'étude, il est crucial de mentionner celles associées à la phase de recrutement. Effectivement, l'utilisation de critères de sélection excluant les participantes ayant un score inférieur à 31 sur l'échelle de mesure PCL-5 du TSPT peut avoir contribué à éliminer un bassin de femmes pouvant avoir développé un TSPT plus tardivement en période postnatale (Schobinger et al., 2020). Ce bassin n'a donc pas pu être entendu sur leur vécu, qui aurait pu être différent des résultats obtenus. De plus, au plan de la collecte des données, l'implication d'une deuxième intervieweuse dans la réalisation des entretiens peut avoir introduit des variations dans l'exploration approfondie de l'expérience des mères (Rosenblatt, 2012). Pour circonscrire cette limite, des pré-tests ont préalablement été réalisés, afin de comparer le discours des intervieweuses, qui s'est avéré, somme toute, assez similaire. La méthode de collecte rétrospective des données constitue une troisième limite de cette étude. Elle peut comporter le risque que les participantes oublient ou omettent certains détails, ou même, créent des éléments fictifs, ce qui peut affecter la crédibilité de l'étude (Fridlund et al., 2017). Cependant, les incidents vécus par les participantes revêtent une telle importance qu'ils ont un impact significatif sur la mémoire et la vie quotidienne, réduisant ainsi la possibilité de reconstruction après le vécu des évènements (Flanagan, 1954). Outre ces

éléments, la question de la transférabilité des résultats à d'autres populations ou à d'autres contextes nationaux et internationaux se pose. En effet, la petite taille de l'échantillon peut constituer une limite à la transférabilité (Vasileiou et al., 2018). Néanmoins, selon le modèle pragmatique développé par Malterud et al. (2015), « le pouvoir informatif » de l'échantillon révèle des résultats significatifs malgré sa petite taille. La formulation d'un objectif spécifique, le recrutement d'un échantillon diversifié et l'application de solides bases théoriques sont parmi les aspects énoncés par le modèle qui permettent d'en attester (Malterud et al., 2015). Cependant, malgré les similitudes d'expériences observées auprès des participantes québécoises et françaises, un échantillon plus représentatif de la diversité culturelle aurait pu améliorer la transférabilité des résultats, puisque la culture est reconnue comme une influence au vécu potentiellement traumatisant des mères (Hansford & Jobson, 2022; Wilde, 2020). Finalement, comme dernière limite, il convient de mentionner la possible subjectivité dans l'analyse des données (Polit & Beck, 2017). En effet, même si les propos rapportés par les participantes ont été mainte fois validés lors des entretiens, qu'un journal de bord réflexif a été complété après chaque entrevue et tout au long de l'analyse pour se recentrer sur les données, et que la triangulation des analyses des chercheuses a également été employée, il existe toujours une certaine marge d'interprétation (Morse, 2015; Polit & Beck, 2017). La possession de certaines croyances en regard du phénomène et les expériences personnelles et professionnelles actuelles et antérieures des chercheuses sont des composantes qui sont sujettes à influencer les données (Dyar, 2022; Johnson et al., 2020). Bien que la validation croisée avec les

participantes aurait pu atténuer cette interprétation subjective (Butterfield et al., 2009), cette option n'était pas envisageable compte tenu des contraintes de temps pour réaliser un mémoire de maîtrise. Toutefois, selon certains auteurs, il est à propos de nuancer que la subjectivité est aussi considérée comme « des moyens incontournables de construction des savoirs, et non comme des obstacles » (Anadón & Guillemette, 2006, p.28).



La période périnatale représente une période particulièrement propice au développement de problèmes de santé mentale tel que le trouble de stress post-traumatique. La période de pandémie de COVID-19 a augmenté la présence et l'intensité des facteurs de risques associés au TSPT et a fragilisé les facteurs de protection habituellement reconnus pour protéger la santé mentale des mères. En effet, les études quantitatives menées à ce sujet ont démontré des taux jusqu'à quatre fois plus élevés de TSPT au cours de cette période spécifique (Liu et al., 2021; Ostacoli et al., 2020). Or, force est de constater qu'aucune étude a été menée sur l'expérience périnatale potentiellement traumatisante des mères présentant des symptômes significatifs de stress post-traumatique. Ainsi, le but de cette étude consistait à mieux comprendre, ce qui, dans le regard des mères ayant un score clinique de TSPT-PP au PCL-5 (≥ 31/80), constitue des évènements potentiellement traumatisants lors de la grossesse, de la naissance de leur enfant et de la période postnatale en temps de pandémie à COVID-19.

La technique améliorée des incidents critiques de Butterfield et al. (2009) a été utilisée comme guide méthodologique pour réaliser l'étude. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 14 mères présentant des niveaux élevés de symptômes associés au TSPT. La théorie bioécologique de Bronfenbrenner (1979) a guidé la collecte et l'analyse des données, ce qui a permis l'émergence de thèmes et l'identification des évènements périnataux potentiellement traumatisants chez les mères,

2 à 12 mois après la naissance de leur enfant, dans un contexte de pandémie de COVID-19.

Les résultats ont mis en lumière des expériences qui se distinguent nettement du vécu habituel des futures et des nouvelles mères, ainsi que des perceptions sociales de la maternité et des idéaux qui entourent cette période. Tout d'abord, les résultats de l'étude ont exposé les nombreuses appréhensions et inquiétudes des mères concernant notamment la possibilité de contracter la COVID-19 et les répercussions sur leur capacité à prendre soin de leur bébé. Ensuite, les résultats ont souligné le sentiment des mères de s'être fait voler le bonheur de partager leur grossesse et la naissance de leur enfant. Cela s'explique notamment par l'absence de célébrations et de rituels marquant l'arrivée de leur bébé, et l'absence de présentation du nouveau-né en face à face à ses proches. Pour continuer, l'analyse a montré que les mères étaient extrêmement déçues et tristes que leur enfant n'ait pas développé pas un aussi bon lien avec leurs grands-parents, compte tenu de l'absence de contacts. Les résultats ont aussi relevé des défis importants et traumatisants liés à la garde d'enfants, au télétravail, aux choix concernant les responsabilités familiales et au manque de soutien social. Les mères ont aussi mentionné avoir été stressées par une grossesse non prévue dans leur parcours de vie et encore moins en contexte de pandémie. Aussi, elles se sont dit déstabilisées par les complications médicales de la grossesse et de l'accouchement. D'autres ont avoué avoir été déstabilisées par l'échec de la naissance et la séparation mère-enfant. Enfin, les résultats ont révélé des soins manquants de

bienveillance pendant la grossesse et la naissance, de même qu'une déshumanisation de la période périnatale.

Puisque les écrits identifient la transition à la maternité comme un facteur de grande vulnérabilité sur la santé mentale des mères et que la pandémie de COVID-19 est une situation sans précédent, il n'est pas étonnant de constater des défis et des évènements potentiellement traumatisants non répertoriés dans les connaissances scientifiques actuelles. En effet, les mères ont vécu des évènements hors du commun dans une période qui est normalement censée apporter de la joie aux futures et aux nouvelles mères et aux autres membres de la famille.

Compte tenu du fait que les infirmières ont un rôle important dans le suivi des femmes enceintes et des nouvelles accouchées, il est essentiel qu'elles soient conscientes des nombreux évènements potentiellement traumatisants vécus par les futures et les nouvelles mères. Une meilleure connaissance de ces évènements outillera davantage les infirmières à mieux accompagner et soutenir ces femmes pour qu'elles vivent des expériences plus positives de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale.



- Abajobir, A. A., Alati, R., Kisely, S., & Najman, J. M. (2017). Antecedents and maternal health outcomes of unintended pregnancy: A systematic review. *Ethiopian Medical Journal*, 55(4), 325-354.
- Abdollahpour, S., Bolbolhaghighi, N., & Khosravi, A. (2017). The effect of early skin-to-skin contact on the mental health of mothers in traumatic childbirths. *International Journal of Health Studies*, 2(4), 5-9. https://doi.org/10.22100/ijhs.v2i4.147
- Agence de la santé publique du Canada. (2017a). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 : un rapport du système canadien de surveillance périnatale*. Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2017b). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html
- Agence de la santé publique du Canada. (2020a). *Chapitre 3 : soins pendant la grossesse*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3-fr.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2020b). *Indicateurs de la santé périnatale : statistiques rapides*. Centre de surveillance et de recherche appliquée. https://sante-infobase.canada.ca/isp/pdf/PHI_QS_FRE.pdf
- Agius, A., Xuereb, R. B., Carrick-Sen, D., Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The coexistence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 36, 70-79. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.013
- Ajayi, K. V., Harvey, I. S., Panjwani, S., Uwak, I., Garney, W., & Page, R. L. (2021). Narrative analysis of childbearing experiences during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(5), 284-292. https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000000042

- Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *Journal of Women's Health*, 24(1), 100-106. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872
- Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 541-566. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131. https://doi.org/10.1080/02646839808404563
- Alvarez-Calle, M., & Chaves, C. (2023). Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*, *121*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103651
- Ambihaipahan, R., Chisnall, G., Vindrola-Padros, C., & Irvine, L. (2023). Accessing health information during the COVID-19 pandemic: The experience of NHS maternity service users. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 851-861. https://doi.org/10.1186/s12884-023-06160-w
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee opinion No. 757: Screening for perinatal depression. *132*(5), e208-e212. https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000002927
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive. *Recherches Qualitatives*, 5(1), 26-37.
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using zoom videoconferencing for qualitative data collection: Perceptions and experiences of researchers and participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1-8. https://doi.org/10.1177/1609406919874596
- Aromataris, E., & Riitano, D. (2014). Constructing a search strategy and searching for evidence. *American Journal of Nursing*, 114(5), 49-56. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000446779

- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*, *11*(10), 1-16. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645
- Association canadienne pour la santé mentale. (2024). *Trouble de stress post-traumatique*. https://cmha.ca/fr/brochure/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt/#:~:text=Qu'est%2Dce%20que%20le,8%20%25%20des%20gens%20au%20Canada.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706
- Ayers, S., Bond, R., & Wijma, K. (2013). Risk factors for PTSD after birth in a normal population: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), e1-e31. https://doi.org/10.1080/02646838.2014.892345
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. https://doi.org/10.1080/13548500600708409
- Azevedo, F. M., de Morais, N. d. S., Silva, D. L. F., Candido, A. C., Morais, D. d. C., Priore, S. E., & Franceschini, S. d. C. C. (2023). Food insecurity and its socioeconomic and health determinants in pregnant women and mothers of children under 2 years of age, during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1087955
- Barbosa-Leiker, C., Smith, C. L., Crespi, E. J., Brooks, O., Burduli, E., Ranjo, S., Carty, C. L., Hebert, L. E., Waters, S. F., & Gartstein, M. A. (2021). Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03665-0
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. Recherches qualitatives, 2, 98-114.

- Bastani, P., Jafari, A., & Ha, D. H. (2023). The mutual relationship of the policymakers, providers, and the community on the children's oral health: New windows for more discussions. *Archives of Public Health*, 81(1), 69-72. https://doi.org/10.1186/s13690-023-01073-8
- Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224. https://doi.org/10.1097/00006199-200407000-00004
- Beck, C. T. (2017). The anniversary of birth trauma: A metaphor analysis. *The Journal of Perinatal Education*, 26(4), 219-228. https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.4.219
- Beck, C. T., & Casavant, S. (2019). Synthesis of mixed research on posttraumatic stress related to traumatic birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(4), 385-397. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.004
- Beck, C. T., & Harrison, L. (2017). Posttraumatic stress in mothers related to giving birth prematurely: A mixed research synthesis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(4), 241-257. https://doi.org/10.1177/1078390317700979
- Bell, A., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression:

 A systematic review. *Midwifery*, 100(39), 112-123. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014
- Bell, A., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: A prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 219-227. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x
- Benoit, B., Aston, M., Price, S., Iduye, D., Sim, S. M., Ollivier, R., Joy, P., & Nassaji, N. A. (2023). Mothers' access to social and health care systems support during their infants' first year during the COVID-19 pandemic: A qualitative feminist poststructural study. *Nursing Reports*, 13(1), 412-423. https://doi.org/10.3390/nursrep13010038
- Bergunde, L., Garthus-Niegel, S., Alexander, N., & Steudte-Schmiedgen, S. (2022). Perinatal mental health research: Towards an integrative biopsychosocial approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(4), 325-328. https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2101781

- Bernecki DeJoy, S., Mandel, D., McFadden, N., & Petrecca, L. (2021). Concerns of women choosing community birth during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(5), 624-630. https://doi.org/10.1111/jmwh.13290
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-85. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2
- Bolgeo, T., Gambalunga, F., Di Matteo, R., Gatti, D., Roberti, E., Dealberti, D., Fadda, B., Grassi, E., Gambarini, L., Iacorossi, L., & Maconi, A. (2022). Becoming a mother during the COVID-19 pandemic: The lived experience as told by birthing mothers: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4138-4144. https://doi.org/10.1111/jonm.13890
- Borgen, W. A., & Amundson, N. E. (1984). The experience of unemployment: Implications for counselling the unemployed. Nelson Canada.
- Bornstein, E., Gulersen, M., Husk, G., Grunebaum, A., Blitz, M. J., Rafael, T. J., Rochelson, B. L., Schwartz, B., Nimaroff, M., & Chervenak, F. A. (2020). Early postpartum discharge during the COVID-19 pandemic. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(9), 1008-1012. https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0337
- Bott, G., & Tourish, D. (2016). The critical incident technique reappraised: Using critical incidents to illuminate organizational practices and build theory. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 11(4), 276-300. https://doi.org/10.1108/QROM-01-2016-1351
- Bradbury-Jones, C., & Tranter, S. (2008). Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 399-407. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04811.x
- Bradley, N. L., DiPasquale, A. M., Dillabough, K., & Schneider, P. S. (2020). Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal* 192(22), E609-E610. https://doi.org/10.1503/cmaj.200634

- Breuer, C., Hüffmeier, J., Hibben, F., & Hertel, G. (2020). Trust in teams: A taxonomy of perceived trustworthiness factors and risk-taking behaviors in face-to-face and virtual teams. *Human Relations*, 73(1), 3-34. https://doi.org/10.1177/00187267/88/872/
- Brinkmann, S. (2014). Unstructured and semi-structured interviewing. Dans P. Leavy (Éd.), *The Oxford handbook of qualitative research* (Vol. 2, pp. 424-456). Oxford University Press.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3e éd.). Sage publications. https://vbn.aau.dk/en/publications/interviews-learning-the-craft-of-qualitative-research-interviewin
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard university press. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=P-A3&dq=Bronfenbrenner,+U.+(1979). The+ecology+of+human+development:+Experiments+by+nature+and+design.+ Harvard+university+press.+&ots=yALXOZSUea&sig=IruKyn9-sZttldySOs-oaUBJnN8&redir_esc=y#v=onepage&q=Bronfenbrenner%2C%20U.%20(1979).%20The%20ecology%20of%20human%20development%3A%20Experiments %20by%20nature%20and%20design.%20Harvard%20university%20press.&f=f alse
- Brousseau, S. (2021). L'AIIC: la voix politique des infirmières et infirmiers au Canada. *Soins d'urgence*, 2(1), 6-7. https://doi.org/10.7202/1101989ar
- Brunton, R., & Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: A systematic review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 111, 1-16. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104802
- Buckley, R. (2023). Originality in research publication: Measure, concept, or skill? *Journal of Travel Research*, 62(5), 1159-1163. https://doi.org/10.1177/00472875221095214
- Butler, A., Hall, H., & Copnell, B. (2016). A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 241-249. https://doi.org/10.1111/wvn.12134

- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., & Maglio, A.-S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475-497. https://doi.org/10.1177/1468794105056924
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Maglio, A.-S. T., & Amundson, N. E. (2009). Using the enhanced critical incident technique in counselling psychology research. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 43(4), 265-282.
- Capanna, F., Haydar, A., McCarey, C., Bernini Carri, E., Bartha Rasero, J., Tsibizova, V., Helmer, H., Makatsarya, A., & Di Renzo, G. C. (2022). Preparing an obstetric unit in the heart of the epidemic strike of COVID-19: Quick reorganization tips. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 35(7), 1412-1418. https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1749258
- Carballo, M., Hernandez, M., Schneider, K., & Welle, E. (2005). Impact of the tsunami on reproductive health. *98*(9), 400-403. https://doi.org/10.1177/014107680509800904
- Cassar, E., & Spiteri, G. (2022). First-time mothers' experiences of antenatal education during the COVID-19 pandemic. *MIDIRS Midwifery Digest*, *32*(2), 196-200. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=158841023 &lang=fr&site=ehost-live
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. (2020). Mesures pour les accouchements : info-covid-19. Gourvernement du Québec.
- Charvat, E., Horstman, H. K., Jordan, E., Leverenz, A., & Okafor, B. (2021). Navigating pregnancy during the COVID-19 pandemic: The role of social support in communicated narrative sense-making. *Journal of Family Communication*, 21(3), 167-185. https://doi.org/10.1080/15267431.2021.1932503
- Chen, Y., Yang, X., Guo, C., Liao, Y., Guo, L., Chen, W., Chen, I., Krewski, D., Wen, S. W., & Xie, R.-H. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder following caesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health*, 29(2), 200-209. https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7750
- Choi, K. R., Records, K., Low, L. K., Alhusen, J. L., Kenner, C., Bloch, J. R., Premji, S. S., Hannan, J., Anderson, C. M., & Yeo, S. (2020). Promotion of maternal—infant mental health and trauma-informed care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(5), 409-415. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.07.004

- Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 100(51), 60-74. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007
- Combellick, J., Basile Ibrahim, B., Julien, T., Scharer, K., Jackson, K., & Powell Kennedy, H. (2022). Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. *Birth* 49(2), 341-351. https://doi.org/10.1111/birt.12616
- Combellick, J., Ibrahim, B. B., Scharer, K., Brickley, T., Julien, T., & Kennedy, H. P. (2023). Applying lessons learned from the COVID-19 pandemic to future threats to the perinatal care system. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(3), 333-339. https://doi.org/10.1111/jmwh.13481
- Cousineau, M.-È. (2020). Les conjoints pourront retourner dans les salles d'échographie. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/sante/580580/les-peres-pourront-retourner-dans-les-salles-d-echographie?
- Crocq, M. A., & Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5*: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.). Elsevier Masson.
- Cruz-Ramos, M. C., Resurrección, D. M., & Hernández-Albújar, Y. (2023). Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis. *Midwiferv*, 121, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103669
- Cullen, S., Doherty, J., & Brosnan, M. (2021). Women's views on the visiting restrictions during COVID-19 in an Irish maternity hospital. *British Journal of Midwifery*, 29(4), 216-223. https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.4.216
- Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S., & Renneberg, B. (2022). Perinatal mental health literacy: Knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-22. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y
- Darcy Mahoney, A., White, R. D., Velasquez, A., Barrett, T. S., Clark, R. H., & Ahmad, K. A. (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of Perinatology*, 40(Suppl 1), 36-46. https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7

- Darwiche, J., Milek, A., Antonietti, J.-P., & Vial, Y. (2019). Partner support during the prenatal testing period after assisted conception. *Women and Birth*, 32(2), e264-e271. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.006
- Davanzo, R., Merewood, A., & Manzoni, P. (2020). Skin-to-skin contact at birth in the COVID-19 era: In need of help! *American Journal of Perinatology*, *37*(S 02), S1-S4. https://doi.org/10.1055/s-0040-1714255
- de Montigny, F., & Goudreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans C. Lacharité, & J.-P. Gagnier (Éds.), Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action (pp. 183-208). Chenelière Éducation.
- de Montigny, F., Pierce, T., Gervais, C., Corno, G., Côté, I., Da Costa, D., Dubeau, D., Meunier, S., Noël, R., Peloquin, K., Verdon, C., Zeghiche, S., Ross Plourde, M., Emond, T., & Horsch, A. (2020). *Projet COCON*. https://cerif.uqo.ca/fr/projet-cocon
- de Montigny, F., Pierce, T., Gervais, C., René, C., & Corno, G. (2021). Accueillir son nouveau-né en temps de COVID-19- Le soutien reçu fait la différence! Résumé de recherche des résultats préliminaires du Projet COCON-Accueil d'un nouveau-né pour la Direction de santé mère-enfant du MSSS. Qc.
- de Montigny, F., Verdon, C., Pierce, T., René, C., Landry, I., Corno, G., Murphy, M., & Silveiro, S. (2023). Vivre un décès périnatal en contexte de pandémie. *Études sur la mort*, 159, 123-146. https://doi.org/10.3917/eslm.159.0123
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), 1-8. https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057
- Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2023). A systematic review of interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder following childbirth. *Medrxiv*, 1-38. https://doi.org/10.1101/2023.08.17.23294230
- Dempsey, L., Dowling, M., Larkin, P., & Murphy, K. (2016). Sensitive interviewing in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 39(6), 480-490. https://doi.org/10.1002/nur.21743

- Diamond, R. M., & Colaianni, A. (2022). The impact of perinatal healthcare changes on birth trauma during COVID-19. *Women and Birth*, 35(5), 503-510. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.003
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009
- Dol, J., Hughes, B., Aston, M., McMillan, D., Tomblin Murphy, G., & Campbell-Yeo, M. (2023). Impact of COVID-19 restrictions on the postpartum experience of women living in Eastern Canada during the early pandemic period: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship* 55(1), 178-186. https://doi.org/10.1111/jnu.12843
- Dolin, C. D., Compher, C. C., Oh, J. K., & Durnwald, C. P. (2021). Pregnant and hungry: Addressing food insecurity in pregnant women during the COVID-19 pandemic in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *3*(4), 1-7. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100378
- Draganović, S., Bosankić, N., & Ramic, J. (2021). The lived experiences of pregnancy and motherhood in Bosnian women during COVID-19: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Psychology Open*, 80(1-2), 50-61. https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000004
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2014). Chapitre 10. Validité et fiabilité de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (4e éd., pp. 297-331). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0297
- Dubeau, D., & Devault, A. (2012). Le modèle bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds.), La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale. Chenelière éducation.
- Dyar, K. L. (2022). Qualitative inquiry in nursing: Creating rigor. *Nursing Forum*, *57*(1), 187-200. https://doi.org/10.1111/nuf.12661
- Eanes, L. (2023). The social-ecological theory of child development: A framework for nurse-led initiatives and models of care. Dans C. L. Betz (Éd.), *Worldwide successful pediatric nurse-led models of care* (pp. 13-23). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22152-1 2

- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: A systematic review. *Diagnostics*, *12*(11), 1-18. https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598
- Elkouri, R. (2020). Le droit de ne pas accoucher seule. *La Presse* https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2020-04-07/le-droit-de-ne-pas-accoucher-seule
- Elliott-Mainwaring, H. (2021). Exploring using NVivo software to facilitate inductive coding for thematic narrative synthesis. *British Journal of Midwifery*, 29(11), 628-632. https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.11.628
- Enlow, M. B., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 487-503. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007
- Eri, T. S., Blix, E., Downe, S., Vedeler, C., & Nilsen, A. B. V. (2022). Giving birth and becoming a parent during the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis of 806 women's responses to three open-ended questions in an online survey. *Midwifery*, 109, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103321
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 100(200), 148-155. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082
- Farewell, C. V., Jewell, J., Walls, J., & Leiferman, J. A. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1-8. https://doi.org/10.1177/2150132720944074
- Feeley, N., Zelkowitz, P., Cormier, C., Charbonneau, L., Lacroix, A., & Papageorgiou, A. (2011). Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Applied Nursing Research*, 24(2), 114-117. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.004
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A metasynthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185-193. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004

- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*(4), 327-358. https://doi.org/10.1037/h0061470
- Folkerth, L. A., & Bell, S. A. (2016). Women's mental health and intimate partner violence following natural disaster: A scoping review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(6), 648-657. https://doi.org/10.1017/S1049023X16000911
- Folse, V. N. (2022). Communication and conflicts. Dans P. S. Yoder-Wise, & S. Sportsman (Éds.), *Leading and Managing in Nursing* (8e éd., pp. 178-196). Elsevier Health Sciences.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (4e éd.). Chenelière éducation.
- Fowler, K. R., Robbins, L. K., & Lucero, A. (2021). Nurse manager communication and outcomes for nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1486-1495. https://doi.org/10.1111/jonm.13324
- Fridlund, B., Henricson, M., & Mårtensson, J. (2017). Critical incident technique applied in nursing and healthcare sciences. *SOJ Nursing & Health Care*, 3(1), 1-5. https://doi.org/10.15226/2471-6529/3/1/00125
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Nespoli, A. (2022). The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women & Birth*, 35(3), 242-253. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.001
- Furuta, M., Sandall, J., & Bick, D. (2012). A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-26. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-125
- Gafiatulina, N. K., Rachipa, A., Vorobyev, G. A., Kasyanov, V. V., Chapurko, T. M., Pavlenko, I. I., & Samygin, S. (2018). Socio-political changes as a socio-cultural trauma for the social health of Russian youth. *Modern Journal of Language Teaching Methods*, 8(8), 87-93.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161-170. https://doi.org/10.1017/S003329171600235X

- Geller, P. A., & Stasko, E. C. (2017). Effect of previous posttraumatic stress in the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(6), 912-922. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.04.136
- Gluska, H., Mayer, Y., Shiffman, N., Daher, R., Elyasyan, L., Elia, N., Weiner, M. S., Miremberg, H., Kovo, M., & Biron-Shental, T. (2021). The use of personal protective equipment as an independent factor for developing depressive and post-traumatic stress symptoms in the postpartum period. *European Psychiatry*, 64(1), 1-9. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.29
- Gouvernement du Canada. (2022). Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, décembre 2022. https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf

- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Grisbrook, M.-A., & Letourneau, N. (2021). Improving maternal postpartum mental health screening guidelines requires assessment of post-traumatic stress disorder. *Canadian Journal of Public Health*, 112(2), 240-243. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00373-8
- Groulx, T., Bagshawe, M., Giesbrecht, G., Tomfohr-Madsen, L., Hetherington, E., & Lebel, C. A. (2021). Prenatal care disruptions and associations with maternal mental health during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 1-8. https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.648428

- Grundström, H., Malmquist, A., Ivarsson, A., Torbjörnsson, E., Walz, M., & Nieminen, K. (2022). Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications—A cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 25(2), 485-491. https://doi.org/10.1007/s00737-022-01219-7
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), 1-12. https://doi.org/10.1002/c12.1230
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørlie, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: A qualitative study. *Birth*, 40(3), 182-191. https://doi.org/10.1111/birt.12054
- Hansford, M., & Jobson, L. (2022). Sociocultural context and the posttraumatic psychological response: Considering culture, social support, and posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(4), 669-679. https://doi.org/10.1037/tra0001009
- Harvey, B., & Durand, S. (2015). *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf
- Harville, E., Xiong, X., & Buekens, P. (2010). Disasters and perinatal health: A systematic review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 65(11), 713-728. https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31820eddbe
- Hayslip, B. J., & Fruhauf, C. A. (2019). *Grandparenting: Influences on the dynamics of family relationships*. Springer Publishing Company.
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Group, B. S. (2017). Factors related to a negative birth experience A mixed methods study. *Midwifery*, *51*, 33-39. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004

- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Manzanares, M. D., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143-150. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042
- Hoga, L. A. K., Gouveia, L. M. R., Higashi, A. B., & de Souza Zamo-Roth, F. (2013). The experience and role of a companion during normal labor and childbirth: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Evidence Synthesis*, 11(12), 121-156. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2013-1178
- Holdren, S., Crook, L., & Lyerly, A. (2024). Birth setting decisions during COVID-19: A comparative qualitative study. *Women's Health* 20, 1-8. https://doi.org/10.1177/17455057241227363
- Holopainen, A., Stramrood, C., Van Pampus, M. G., Hollander, M., & Schuengel, C. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: Women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 28(8), 488-496. https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.8.488
- Hopkins, T., & Hellberg, S. N. (2021). Trauma and PTSD in the perinatal period. Dans E. Cox (Éd.), *Women's mood disorders: A clinician's guide to perinatal psychiatry* (pp. 191-229). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71497-0_16
- Houghton, C., Murphy, K., Meehan, B., Thomas, J., Brooker, D., & Casey, D. (2017). From screening to synthesis: Using nvivo to enhance transparency in qualitative evidence synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 873-881. https://doi.org/10.1111/jocn.13443
- Howatson-Jones, L. (2016). Reflective practice in nursing. Learning Matters.
- Hughes, H. (2007). Critical incident technique. Dans H. Hugues, K. Williamson, & A. Lloyd (Éds.), *Exploring methods in information literacy research* (pp. 49-66). Charles Sturt University.
- Huynh, T., Boise, C., Kihntopf, M. E., Schaefer, A. A., & Schafer, M. (2023). "Fear and anxiety is what I recall the best.": A phenomenological examination of mothers' pregnancy experiences during COVID-19 in the United States. *Midwifery*, 122, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103700
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Rendement du système de santé : taux de césariennes*. https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet

- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, *12*(4), 604-621. https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093
- Ionio, C., Gallese, M., Fenaroli, V., Smorti, M., Greco, A., Testa, I., Zilioli, A., & Bonassi, L. (2022). COVID-19: What about pregnant women during first lockdown in Italy? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(6), 577-589. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1928614
- Irvine, L. C., Chisnall, G., & Vindrola-Padros, C. (2024). The impact of maternity service restrictions related to COVID-19 on women's experiences of giving birth in England: A qualitative study. *Midwifery*, 128, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103887
- İsbir, G. G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: An experimental study. *Applied Nursing Research*, 100(32), 227-232. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013
- Iyengar, U., Jaiprakash, B., Haitsuka, H., & Kim, S. (2021). One year into the pandemic: A systematic review of perinatal mental health outcomes during COVID-19. Frontiers in Psychiatry, 12, 1-30. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.674194
- Jackson, L., De Pascalis, L., Harrold, J. A., Fallon, V., & Silverio, S. A. (2022). Postpartum women's experiences of social and healthcare professional support during the COVID-19 pandemic: A recurrent cross-sectional thematic analysis. *Women & Birth*, 35(5), 511-520. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.002
- Jaffe, E. F., Spach, N. C., Sullivan, K. A., Lyerly, A. D., & Goldfarb, I. T. (2023). Experiences navigating the pregnancy care continuum during the COVID-19 pandemic. *Women's Health Issues*, 33(3), 235-241. https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.11.002
- Javaid, S., Barringer, S., Compton, S. D., Kaselitz, E., Muzik, M., & Moyer, C. A. (2021). The impact of COVID-19 on prenatal care in the United States: Qualitative analysis from a survey of 2519 pregnant women. *Midwifery*, 98, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102991

- Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 138-146. https://doi.org/10.5688/ajpe7120
- Jones, K., Harrison, V., Moulds, M. L., & Lazard, L. (2022). A qualitative analysis of feelings and experiences associated with perinatal distress during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 572-591. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04876-9
- Joy, P., Aston, M., Price, S., Sim, M., Ollivier, R., Benoit, B., Akbari-Nassaji, N., & Iduye, D. (2020). Blessings and curses: Exploring the experiences of new mothers during the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports*, 10(2), 207-219. https://doi.org/10.3390/nursrep10020023
- Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2022). Mother-infant contact after birth can reduce postpartum post-traumatic stress symptoms through a reduction in birth-related fear and guilt. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 1-32. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110716
- Kang, H. S., Son, Y., Kim, M. J., & Chae, S. M. (2021). Experiences of nurses caring for perinatal women and newborns during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 8(6), 3358-3365. https://doi.org/10.1002/nop2.881
- Kara, P., Nazik, E., Nazik, H., & Özer, D. (2021). Post-traumatic stress disorder and affecting factors in pregnant women in the COVID-19 pandemic. *Psychiatria Danubina*, 33(2), 231-239. https://doi.org/10.24869/psyd.2021.231
- Karavadra, B., Stockl, A., Prosser-Snelling, E., Simpson, P., & Morris, E. (2020). Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: A qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2
- Kaselitz, E., Finkbeiner, C., Javaid, S., Barringer, S., Compton, S. D., Muzik, M., & Moyer, C. A. (2022). COVID-19 and decision-making for pregnant women: Taking or relinquishing control in response to a pandemic. *Journal of Pregnancy*, 2022(1), 1-6. https://doi.org/10.1155/2022/6436200

- Kemp, S. J. (2012). Constructivist criteria for organising and designing educational research how might an educational research inquiry be judged from a constructivist perspective? *Constructivist Foundations*, 8(1), 118-125.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264-1271. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01597.x
- Ketner, S. L., Gravesteijn, C., & Verschuur, M. J. (2019). Transition to parenthood: It does not get easier the next time. Exploring ways to support well-being among parents with newborns. *Journal of Family Social Work*, 22(3), 274-291. https://doi.org/10.1080/10522158.2018.1499063
- Kinser, P., Jallo, N., Amstadter, N., Thacker, L., Jones, E., Moyer, S., Rider, A., Karjane, N., & Salisbury, A. (2021). Depression, anxiety, resilience, and coping: The experience of pregnant and new mothers during the first few months of the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health* 30(5), 654-664. https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8866
- Kinser, P., Jallo, N., Moyer, S., Weinstock, M., Barrett, D., Mughal, N., Stevens, L., & Rider, A. (2022). "It's always hard being a mom, but the pandemic has made everything harder": A qualitative exploration of the experiences of perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 109, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103313
- Kirubarajan, A., Patel, P., Tsang, J., Prethipan, T., Sreeram, P., & Sierra, S. (2023). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on fertility care: A qualitative systematic review. *Human Fertility*, 26(1), 61-68. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1938245
- Kolker, S., Biringer, A., Bytautas, J., Blumenfeld, H., Kukan, S., & Carroll, J. C. (2021). Pregnant during the COVID-19 pandemic: An exploration of patients' lived experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04337-9
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reproductive Health*, 18(1), 1-39. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6

- Lacharité, C. (2012). Les politiques sociales en périnatalité : pratiques institutionnelles et expériences personnelles. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds.), La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale (pp. 20-35). Chenelière Éducation.
- Lalor, J., Ayers, S., Agius, J. C., Downe, S., Gouni, O., Hartmann, K., Nieuwenhuijze, M., Oosterman, M., Turner, J. D., & Karlsdottir, S. I. (2021). Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: The psychosocial impact of suboptimal care. *Bjog*, 128(11), 1720-1725. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16844
- Lalor, J., Sheaf, G., Mulligan, A., Ohaja, M., Clive, A., Murphy-Tighe, S., Ng, E. D., & Shorey, S. (2023). Parental experiences with changes in maternity care during the Covid-19 pandemic: A mixed-studies systematic review. *Women and Birth*, *36*(2), e203-e212. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.004
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, *15*(2), 126-145. https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440
- Larose, F., Boulanger, D., & Couturier, Y. (2013). Brève introduction à l'évaluation de programmes ou de projets en perspective écologique. Presse de l'Université de Sherbrooke.

 https://www.researchgate.net/publication/5168591 Breve introduction a l%27e valuation de programmes ou de projets en perspective ecologique#fullTextF ileContent
- Latifnejad Roudsari, R., Zakerihamidi, M., Merghati Khoei, E., & Kazemnejad, A. (2015). Comparing the cultural beliefs related to mode of delivery among pregnant women and women with childbirth experiences as vaginal delivery or cesarean section. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24(120), 54-68.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. Stress et Trauma, 9(4), 201-204.
- Lebigot, F. (2015). Le traumatisme psychique. *Trauma Revue*, 4(1), 5-11.

- Lepage, G. (2020). Des futures mères devront accoucher seules à l'Hôpital juif de Montréal. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/sante/576410/hopital-general-juif-plus-d-accompagnateur-pendant-les-accouchements
- Lewin, K. (1937). Psychoanalysis and topological psychology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *1*(6), 202-211.
- Li, Y., Cannon, L. M., Coolidge, E. M., Darling-Fisher, C. S., Pardee, M., & Kuzma, E. K. (2019). Current state of trauma-informed education in the health sciences: Lessons for nursing. *Journal of Nursing Education*, 58(2), 93-101. https://doi.org/10.3928/01484834-20190122-06
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications. https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8
- Linden, K., Domgren, N., Zaigham, M., Sengpiel, V., Andersson, M. E., & Wessberg, A. (2022). Being in the shadow of the unknown Swedish women's lived experiences of pregnancy during the COVID-19 pandemic, a phenomenological study. *Women and Birth 35*(5), 440-446. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.007
- Liu, C. H., Erdei, C., & Mittal, L. (2021). Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 295, 1-18. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113552
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives. Lippincott Williams & Wilkins.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2015). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444
- Mari, F., Capasso, M., & Caso, D. (2023). Exploring the psychosocial impact of the Covid-19 pandemic on women's perinatal experiences and wellbeing: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *35*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100805

- Marino, J. A., Meraz, K., Dhaliwal, M., Payán, D. D., Wright, T., & Hahn-Holbrook, J. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on infant feeding practices in the United States: Food insecurity, supply shortages and deleterious formula-feeding practices. *Maternal & Child Nutrition*, 19(3), 1-14. https://doi.org/10.1111/mcn.13498
- Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 1-11. https://doi.org/10.3390/jpm11050338
- Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Li, K. G., Chan, S. J., & Dekel, S. (2021). COVID-19 positivity associated with traumatic stress response to childbirth and no visitors and infant separation in the hospital. *Scientific Reports*, 11(1), 1-8. https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4
- McDaniel, M. M., Borgen, W. A., Buchanan, M. J., Butterfield, L. D., & Amundson, N. E. (2020). The philosophical underpinnings of the enhanced critical incident technique. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *54*(4), 738-755. https://doi.org/10.47634/cjcp.v54i4.68139
- McEvoy, J. (2020). Les futures mamans devront accoucher sans leur proche à l'Hôpital général juif. Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690988/accouchements-les-accompagnateurs-interdits-a-lhopital-general-juif
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219-237. https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646
- Merriman, B., Jarmoc, G., van der Rijn, M., & Pierre-Joseph, N. (2023). Impact of COVID-19 on mental health and resiliency of pregnant and parenting adolescents and young adults: A qualitative study. *Journal of Pediatric Healthcare*, 37(5), 484-491. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.03.002
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Politique de périnatalité* 2008-2018: un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-02.pdf

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2024). Revenir à l'essentiel : plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf
- Mohammadi, E., Nourizadeh, R., Simbar, M., & Rohana, N. (2018). Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: A qualitative study. *Midwifery*, 62, 81-85. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.023
- Molgora, S., & Accordini, M. (2020). Motherhood in the time of coronavirus: The impact of the pandemic emergency on expectant and postpartum women's psychological well-being. Frontiers in Psychology, 11, 1-16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567155
- Montgomery, E., De Backer, K., Easter, A., Magee, L. A., Sandall, J., & Silverio, S. A. (2023). Navigating uncertainty alone: A grounded theory analysis of women's psycho-social experiences of pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic in London. *Women and Birth*, 36(1), e106-e117. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.002
- Moran Vozar, T. E., Van Arsdale, A., Gross, L. A., Hoff, E., & Pinch, S. (2021). The elephant in the delivery room: Enhancing awareness of the current literature and recommendations for perinatal PTSD. *Practice Innovations*, *6*(1), 1-16. https://doi.org/10.1037/pri0000134
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. https://doi.org/10.1177/1049732315588501
- Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Poitras, V., Gray, C., Garcia, A. J., Barrowman, N., Adamo, K. B., & Duggan, M. (2018). Lignes directrices canadiennes sur l'activité physique durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(11), 1538-1548. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.003
- Mounir, S. (2021). Trauma et évènement traumatique : les réfugiés du Kosovo et les autres de la planète. *Équilibre en Tête*, *13*(3).

- Munk-Olsen, T., Maegbaek, M., Johannsen, B., Liu, X., Howard, L. M., Di Florio, A., Bergink, V., & Meltzer-Brody, S. (2016). Perinatal psychiatric episodes: A population-based study on treatment incidence and prevalence. *Translational Psychiatry*, 6(10), e919-e919. https://doi.org/10.1038/tp.2016.190
- Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., Seng, J., & Abelson, J. L. (2016). PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depression and Anxiety*, 33(7), 584-591. https://doi.org/10.1002/da.22465
- Myers, H. F., Wyatt, G. E., Ullman, J. B., Loeb, T. B., Chin, D., Prause, N., Zhang, M., Williams, J. K., Slavich, G. M., & Liu, H. (2015). Cumulative burden of lifetime adversities: Trauma and mental health in low-SES African Americans and Latino/as. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 243-251. https://doi.org/10.1037/a0039077
- National center for PTSD. (2018). *PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp
- Neves Carvalho, J. M. d., Ribeiro Fonseca Gaspar, M. F., & Ramos Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 35(3), 285-294. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935-941. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011
- Oh, W., Muzik, M., McGinnis, E. W., Hamilton, L., Menke, R. A., & Rosenblum, K. L. (2016). Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment.

 Journal of Affective Disorders, 200, 133-141.

 https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.037
- Organisation mondiale de la santé. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1

- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchialla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., & Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-8. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5
- Oxtoby, C., Ferguson, E., White, K., & Mossop, L. (2015). We need to talk about error: Causes and types of error in veterinary practice. *Veterinary Record*, 177(17), 438-438. https://doi.org/10.1136/vr.103331
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine*, 18(3), 1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583
- Panda, S., O'Malley, D., Barry, P., Vallejo, N., & Smith, V. (2021). Women's views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 103, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103092
- Papon, S. (2023). En 2022, des naissances au plus bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Institut national de la statistique et des études économiques. https://www.insee.fr/fr/statistiques/7670212
- Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2014). Infant developmental outcomes: A family systems perspective. *Infant and Child Development*, 23(4), 353-373. https://doi.org/10.1002/icd.1830
- Pathak, B. G., Sinha, B., Sharma, N., Mazumder, S., & Bhandari, N. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 101(6), 391-402G. https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Chenelière Éducation.

- Pięta, M., Rzeszutek, M., Lendzion, M., Grymowicz, M., Pięta, W., Kasperowicz, A., Kucharski, M., Przybył, M., & Smolarczyk, R. (2021). Body image during pregnancy in the era of coronavirus disease 2019: The role of heterogeneous patterns of perceived social support. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.742525
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10e éd.). Wolters Kluwer.
- Poupart, J. (2012). L'entretien de type qualitatif : réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. *Sur le Journalisme*, 1(1), 60-71.
- Praetorius, R. T., Maxwell, D. R., Williams, J. R., Hulama, K., & Tamura, A. (2023). "I didn't get to have this experience with anyone": Experiences of becoming a mother during the pandemic. *Social Work in Mental Health*, 21(5), 561-585. https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2190437
- QSR International. (2023). *NVivo qualitative data analysis software* (version 13). https://help-nv.qsrinternational.com/20/win/Content/about-nvivo/installation.htm#InstallNVivo
- Raybould, A., Mynarska, M., & Sear, R. (2023). "The future is unstable": Exploring changing fertility intentions in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 55(4), 229-238. https://doi.org/10.1111/psrh.12248
- Razurel, C., & Kaiser, B. (2015). The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women and Health*, 55(2), 167-186. https://doi.org/10.1080/03630242.2014.979969
- Rice, K., & Williams, S. (2021). Women's postpartum experiences in Canada during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *CMAJ Open*, 9(2), E556-E562. https://doi.org/10.9778/cmajo.20210008
- Rice, K., & Williams, S. (2022). Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth*, 35(5), 484-492. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.008
- Riley, V., Ellis, N., Mackay, L., & Taylor, J. (2021). The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. *Midwifery*, 101, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103061

- Rivadeneyra-Sicilia, A., González-Rábago, Y., Ramel, V., & García-Zurita, I. (2024). The lived experience of receiving and providing antenatal care during the Covid-19 crisis in Southern Europe: An exploratory qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 39, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100949
- Rivard, A. (2012). Les enjeux et les repères conceptuels. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds.), La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale (pp. 2-19). Chenelière Éducation.
- Roberts, E. (2014). *Exploration of the lived experience of post-traumatic stress disorder following a medical event* [Thèse de doctorat]. University of Sheffield. https://etheses.whiterose.ac.uk/4921/7/Liz%20Roberts%20090135589%20Amendments%20Thesis%20%282%29.pdf
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1-13. https://doi.org/10.3390/ijerph16091654
- Rodríguez-Gallego, I., Strivens-Vilchez, H., Agea-Cano, I., Marín-Sánchez, C., Sevillano-Giraldo, M. D., Gamundi-Fernández, C., Berná-Guisado, C., & Leon-Larios, F. (2022). Breastfeeding experiences during the COVID-19 pandemic in Spain: A qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, *17*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s13006-022-00453-0
- Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: Women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56(5), 488-493. https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00051.x
- Rosenblatt, P. C. (2012). One interviewer versus several: Modernist and postmodernist perspectives in qualitative family interviewing. *Journal of Family Theory & Review*, 4(2), 96-104. https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2012.00120.x
- Rudrum, S. (2022). Pregnant Canadians and public health communication during the early pandemic. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 21(1), 32-41. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=170900475 &lang=fr&site=ehost-live

- Ruiz-Mirazo, E., Lopez-Yarto, M., & McDonald, S. D. (2012). Group prenatal care versus individual prenatal care: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(3), 223-229. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35182-9
- Sakowicz, A., Matovina, C. N., Imeroni, S. K., Daiter, M., Barry, O., Grobman, W. A., & Miller, E. S. (2021). The association between the COVID-19 pandemic and postpartum care provision. *American Journal of Obstetrics & Gynecology 3*(6), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100460
- Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017. Recherches Qualitatives, 38(1), 32-52. https://doi.org/10.7202/1059646ar
- Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation and disease* (3e éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203081822
- Schlegel, E. C., Tate, J. A., Pickler, R. H., & Smith, L. H. (2021). Practical strategies for qualitative inquiry in a virtual world. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4035-4044. https://doi.org/10.1111/jan.15000
- Schmiedhofer, M., Derksen, C., Dietl, J. E., Häussler, F., Louwen, F., Hüner, B., Reister, F., Strametz, R., & Lippke, S. (2022). Birthing under the condition of the COVID-19 pandemic in Germany: Interviews with mothers, partners, and obstetric health care workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1-24. https://doi.org/10.3390/ijerph19031486
- Schmitt, N., Mattern, E., Cignacco, E., Seliger, G., König-Bachmann, M., Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2021). Effects of the Covid-19 pandemic on maternity staff in 2020 a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21, 1-25. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07377-1
- Schneider, D. A. (2018). Birthing failures: Childbirth as a female fault line. *The Journal of Perinatal Education*, 27(1), 20-31. https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.1.20
- Schnurr, P. (2023). *Epidemiology and impact of PTSD*. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/epidemiology.asp

- Schobinger, E., Stuijfzand, S., & Horsch, A. (2020). Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: A prospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.562054
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. l. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Schwab-Reese, L. M., Schafer, E. J., & Ashida, S. (2017). Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. *Women & Health*, 57(6), 723-740. https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1181140
- Shahar, G., Herishanu-Gilutz, S., Holcberg, G., & Kofman, O. (2015). In first-time mothers, post-partum depressive symptom prospectively predict symptoms of post-traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 168-170. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.021
- Shaheen, M., & Pradhan, S. (2019). Sampling in qualitative research. Dans M. Gupta, M. Shaheen, & K. P. Reddy (Éds.), *Qualitative techniques for workplace data analysis* (pp. 25-51). IGI Global. https://doi.org/10.4018/978-1-5225-5366-3.ch002
- Shaw, C., Gallagher, K., Petty, J., Mancini, A., & Boyle, B. (2021). Neonatal nursing during the COVID-19 global pandemic: A thematic analysis of personal reflections. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(3), 165-171. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.011
- Shorey, S. Y., Ng, E. D., & Chee, C. Y. (2021). Anxiety and depressive symptoms of women in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(7), 730-740. https://doi.org/10.1177/14034948211011793
- Shuman, C., Morgan, M., Chiangong, J., Pareddy, N., Veliz, P., Peahl, A., & Dalton, V. (2022). "Mourning the experience of what should have been": Experiences of peripartum women during the COVID-19 pandemic. *Maternal and Child Health Journal*, 26(1), 102-109. https://doi.org/10.1007/s10995-021-03344-8

- Silverio, S. A., De Backer, K., Easter, A., von Dadelszen, P., Magee, L. A., & Sandall, J. (2021). Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation. *Midwifery*, 102, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103116
- Simpson, A., Baxter, N., Sorvari, A., Boury, H., Shore, E., Bogler, T., Campbell, D., & Gagliardi, A. (2024). Strategies to support maternal and early childhood wellness: Insight from parent and provider qualitative interviews during the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, *14*(1), 1-10. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079479
- Spatz, D. L., & Froh, E. B. (2021). Birth and breastfeeding in the hospital setting during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 46(1), 30-35. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000672
- Statistique Canada. (2023). *Naissances*, 2022. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230926/dq230926a-fra.htm#:~:text=En%202022%2C%20il%20y%20a,(48%2C6%20%25).
- Sufredini, F., Catling, C., Zugai, J., & Chang, S. (2022). The effects of social support on depression and anxiety in the perinatal period: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 319, 119-141. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.005
- Tandoc, E. C., Jenkins, J., & Craft, S. (2019). Fake news as a critical incident in journalism. *Journalism Practice*, 13(6), 673-689. https://doi.org/10.1080/17512786.2018.1562958
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, *16*, 1-20. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4
- Turner, S. E., Brockway, M., Azad, M. B., Grant, A., Tomfohr-Madsen, L., & Brown, A. (2023). Breastfeeding in the pandemic: A qualitative analysis of breastfeeding experiences among mothers from Canada and the United Kingdom. *Women and Birth*, *36*(4), e388-e396. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.002
- Van der Gucht, N., & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), 349-358. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005

- van Steijn, M. E., Scheepstra, K. W., Zaat, T. R., van Rooijen, D. E., Stramrood, C. A., Dijksman, L. M., Valkenburg-van den Berg, A. W., Wiltenburg, W., van der Post, J. A., & Olff, M. (2021). Severe postpartum hemorrhage increases risk of posttraumatic stress disorder: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* & *Gynecology*, 42(4), 335-345. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1735343
- VanBenschoten, H., Kuganantham, H., Larsson, E. C., Endler, M., Thorson, A., Gemzell-Danielsson, K., Hanson, C., Ganatra, B., Ali, M., & Cleeve, A. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on access to and utilisation of services for sexual and reproductive health: A scoping review. *BMJ Global Health*, 7(10), 1-14. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009594
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 1-18. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7
- Vermeulen, J., Bilsen, J., Buyl, R., De Smedt, D., Gucciardo, L., Faron, G., & Fobelets, M. (2022). Women's experiences with being pregnant and becoming a new mother during the COVID-19 pandemic. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *32*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100728
- Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: Method or methodology? *Qualitative Health Research*, 29(7), 1065-1079. https://doi.org/10.1177/1049732318813112
- Vik, E. S., Kongslien, S., Nedberg, I. H., Mariani, I., Valente, E. P., Covi, B., & Lazzerini, M. (2023). Women's experiences and views on early breastfeeding during the COVID-19 pandemic in Norway: Quantitative and qualitative findings from the IMAgiNE EURO study. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s13006-023-00553-5
- Voulgari, R., & Koutrouba, K. (2021). Examining the depth of primary schoolteachers' reflection through the critical incident technique. *Educational Studies*, 1-19. https://doi.org/10.1080/03055698.2021.1980863
- Vygotsky, L. (1978). *Cultural communication and cognition: Vygotskian perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Walsh, T. B., Reynders, R., & Davis, R. N. (2022). New parent support needs and experiences with pediatric care during the COVID-19 pandemic. *Maternal & Child Health Journal*, 26(10), 2060-2069. https://doi.org/10.1007/s10995-022-03496-1
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) Extended criterion A [measurement instrument]. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5 criterionA_f orm.PDF
- Wilde, L. (2020). Trauma across cultures: Cultural dimensions of the phenomenology of post-traumatic experiences. *Phenomenology and Mind*, (18), 222-229. https://doi.org/10.17454/pam-1816
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), 1-4. https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020
- Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 20(4), 242-254.
- Yuen, M., Hall, O. J., Masters, G. A., Nephew, B. C., Carr, C., Leung, K., Griffen, A., McIntyre, L., Byatt, N., & Moore Simas, T. A. (2022). The effects of breastfeeding on maternal mental health: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 31(6), 787-807. https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504

Appendice A
Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques

309.81 (F43.10)

Trouble stress post-traumatique

N.B.: Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, *cf.* les critères correspondants ci-dessous.

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 - 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 - En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 - 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 - 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
 - **N.B.**: Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 - **N.B.:** Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 - 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 - N.B.: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 - 3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
 - **N.B.**: Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
 - Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 - Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 - Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 - 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 - 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 - 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 - 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 - 3. Hypervigilance.
 - 4. Réaction de sursaut exagérée.
 - 5. Problèmes de concentration.
 - 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

- Dépersonnalisation: Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
- Déréalisation: Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B.: Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Appendice B

Mots clés pour recenser les écrits selon les bases de données

La stratégie de recherche pour examiner l'état des connaissances

Titre : Expérience des mères de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale en contexte de COVID-19

Objectif : L'objectif de cette revue est de synthétiser les données disponibles explorant les expériences des futures et des nouvelles mères en contexte de pandémie de covid-19.

Question : Qu'est-ce qui est connu de la littérature existante sur l'expérience des mères de la période périnatale en contexte de COVID-19 ?

Critères d'éligibilité (utilisant Butler et al., 2016 : Population, Contexte, Outcomes)

PCO	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Futures et nouvelles mères	Études explorant l'expérience des mères d'un point de vue extérieur (professionnels de la santé, conjoint)
Context 1	Grossesse, naissance, période postnatale	Études allant au-delà de la période périnatale
Context 2	Pandémie de COVID-19	Hors pandémie de COVID-19
Outcomes	Expérience de la COVID-19	Expérience en dehors de la COVID- 19

Caractéristiques	1) être menées entre janvier 2020 et mars 2024 afin d'intégrer le contexte		
	de la pandémie de COVID-19.		
	2) se concentrer sur les expériences périnatales de femmes adultes, c'est-à-		
	dire des recherches effectuées auprès de femmes de plus de 18 ans, dans le		
	même intervalle de temps		

- 3) conduites en Amérique du Nord (à l'exception du Mexique) ou en Europe. Cette délimitation géographique avait pour objectif de garantir une analyse à la fois pertinente et cohérente des expériences périnatales des femmes, en résonance avec le domaine d'étude de l'étudiante-chercheuse. L'intention était d'assurer une similitude des contextes, enjeux et pratiques de santé, y compris les mesures sociosanitaires, avec ceux explorés par l'étudiante-chercheuse.
- 4) être rédigées en anglais ou en français puisque ce sont les langues maitrisées par l'étudiante-chercheuse;
- 5) enfin, les études devaient être de type qualitatif ou mixte, primaires et soumises à une évaluation par les pairs.

Sources d'informations

Bases de données	Thésaurus	Nombre de documents
		par base
CINAHL (anglais) : Base de données couvrant principalement le domaine des sciences infirmières ainsi que plusieurs disciplines paramédicales.	Descripteur CINAHL	498
MEDLINE (anglais): Base de données faisant autorité dans le domaine de la médecine, des sciences infirmières et des autres disciplines liées au domaine de la santé et des sciences biomédicales. Créée par la U.S. National Library of Medicine, elle répertorie des articles de plusieurs milliers périodiques.	MeSH	559

Scopus (anglais) : Base de données d'information exhaustive à caractère multidisciplinaire indexant des titres de périodiques de nature scientifique provenant de plus de 5 000 éditeurs différents.	Mots clés sans thésaurus	136
Cairn (français): Base de données avec accès au texte intégral de plusieurs centaines de périodiques francophones et de quelques milliers de livres de niveau universitaire dans le domaine des sciences humaines et sociales : politique, économie, géographie, psychologie, histoire, sociologie, santé publique, etc. Ces périodiques et ouvrages proviennent de plusieurs maisons d'édition renommées	Mots clés sans thésaurus	3

<u>CINAHL</u>: Choix des mots clés selon les Descripteurs CINAHL-Base de données <u>CINAHL</u> plus with full text

PCO	Mots clés
Population	((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women"))
Contexte 1	((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period"))
Contexte 2	((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH "pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine"))
Outcomes	((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective"))
Recherche: (C	

Population:

- Validation des mots clés
 - Mothers (C): 17 842

- Mother* (L): 18 050
- Women (C): 59 622
- Wom*n (L): 57 903
- Maternal (L): 15690

- Phrase de recherche:

- Vocabulaire libre : (Mother* OR wom*n OR maternal) = 71 271
- Vocabulaire contrôlé : ((MH "mothers") OR (MH "women")) = 11 348
- Combiné: ((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women")) = 71 273

Contexte 1:

- validation des mots clés :
 - Pregnancy (C): 21 305
 - Pregnan* (L): 22 709
 - Antenatal (L): 2580
 - Prenatal (L): 5902
 - Labor (C): 5593
 - Childbirth (C): 4470
 - Birth (L): 16 409
 - Delivery, obstetric (C): 1162
 - Delivery (L): 25 191
 - Postnatal period (C): 2258
 - Postnatal (L): 5002
 - Postpartum (C): 5096
 - Perinatal period (C): 645
 - Perinatal (L): 4678

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre: (pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) = 51 199
- Vocabulaire contrôlé: ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period")) = 19 630
- Combiné: ((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period")) = 51 235

Contexte 2:

- validation des mots clés :
 - COVID-19 Pandemic (C): 25 958
 - COVID-19 (C): 27 968
 - Pandemic (L): 21 449
 - Coronavirus (C) : 7498
 - SARS-CoV-2 (C): 3894
 - Stay-at-Home Orders (C): 2279
 - Social distancing (C): 1545
 - Physical distancing (L): 558
 - Quarantine (C): 729
 - Lockdown (L): 2238

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre: (pandemic OR physical distancing OR lockdown) = 21 732
- Vocabulaire contrôlé: ((MH " pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) = 13 877
- Combiné: ((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH "pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) = 27 516

Outcomes:

- Validation des mots clés
 - Life experiences (C): 11 125
 - Experience* (L): 87 454
 - View* (L): 14 967
 - Perception (C): 29 846
 - Perception* (L): 29 869
 - Opinion* (L): 5655
 - Feeling* (L): 11 749
 - Emotions (C): 12 857
 - Emotion* (L): 24 863
 - Thought* (L): 6230
 - Attitude (C): 62 987
 - Life course perspective (C): 316
 - Perspective* (L): 23 124
 - Expectation* (L): 6310

- Phrases de recherche:

• Vocabulaire libre: (experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) = 148 745

- Vocabulaire contrôlé: ((MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective")) = 20 344
- Combiné: ((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective")) = 149 177

Combinaison des phrases de recherche:

Population + contexte 1 + contexte 2 + outcomes

• ((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women")) AND ((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period")) AND ((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH " pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) AND ((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective")) = 153

Population + contexte 1 + contexte 2

• ((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women")) AND ((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH "pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period") OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period")) AND ((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH " pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) = 418

Population + contexte 2 + outcomes

• ((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women")) AND ((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH "pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) AND ((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH "perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude") OR (MH "life course perspective")) = 442

Population + contexte 2

• ((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers") OR (MH "women")) AND ((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR (MH "pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine")) = 1104

	Stratégie de recherche	Résultats
Population	((Mother* OR wom*n OR maternal) OR ((MH "mothers")	71 273
	OR (MH "women"))	
Contexte 1	((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR birth OR	51 235
	delivery OR postnatal OR perinatal) OR ((MH	
	"pregnancy") OR (MH "labor") OR (MH "childbirth") OR	
	(MH "delivery, obstetric") OR (MH "postnatal period")	
	OR (MH "postpartum") OR (MH "perinatal period"))	
Contexte 2	((pandemic OR physical distancing OR lockdown) OR	27 516
	(MH " pandemic") OR (MH "COVID-19") OR (MH	
	"coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "stay-	
	at-Home Orders") OR (MH "social distancing") OR (MH "quarantine"))	
Outcomes	((experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR	149 177
Outcomes	feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective* OR	149 1 / /
	expectation*) OR (MH "life experiences") OR (MH	
	"perception") OR (MH "emotions") OR (MH "attitude")	
	OR (MH "life course perspective"))	
Combinaison	Population + context 1 + context 2	1112 = un peu
	•	moins ciblée
Combinaison	Population + context 2 + outcomes	1307 = 10
		premières pas
		vraiment ciblées
		(sujets comme
		oncologie)
Combinaison	Population + context 2	2895 = 50
		premières
		références
		ciblées, mais les
Cambinais	Population contant 1 contant 2 cutcon	autres non
Combinaison	Population + context 1 + context 2 + outcomes	498 (50 premières très ciblées)
		ites ciblees)

Medline : Choix des mots-clés selon le descripteur MeSH

PCO	Mots clés
Population	((mother* OR wom*n OR maternal) OR (MH "mothers") OR (MH "women"))

((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR labor OR childbirth OR birth OR Contexte 1 delivery OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR perinatal) OR (MH "pregnant women") OR (MH "pregnancy") OR (MH "labor, obstetric") OR (MH "parturition") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postpartum period")) ((pandemic* OR stay-at-home orders OR social distancing OR lockdown) Contexte 2 OR (MH "COVID-19") OR (MH "pandemics") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "quarantine") OR (MH " physical distancing")) ((life experiences OR experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective*) OR (MH "life Outcomes change events") OR (MH "perception") OR (MH "attitude") OR (MH " emotions") OR (MH "thinking") OR (MH "life course perspective"))

Recherche: (C = vocabulaire contrôlé / L = vocabulaire libre / combiné = contrôlé + libre)

Population:

- Validation des mots clés :

Mothers (C): 60 250
Mother* (L): 61 697
Women (C): 342 549

• Women (C): 342 349

• Maternal (L): 99 615

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre : (mother* OR wom*n OR maternal) = 383 603
- Vocabulaire contrôlé : ((MH "mothers") OR (MH "women")) = 13 881
- Combiné : ((mother* OR wom*n OR maternal) OR (MH "mothers") OR (MH "women")) = 383 603

Contexte 1:

-Validation des mots clés :

• Pregnant women (C): 34 809

• Pregnancy (C): 146 950

• Pregnan* (L): 154 146

• Antenatal (L): 11 924

• Prenatal (L): 33 178

Labor, obstetric (C): 2985

• Labor (L): 22 450

• Parturition (C): 7651

• Childbirth (L): 10 750

• Birth (L): 88 153

• Delivery, obstetric (C): 4442

• Delivery (L): 207 554

• Postnatal (L): 23 313

• Postpartum period (C): 9579

• Postpartum (L): 20 091

Peripartum period (C): 862

• Peripartum (L): 1933

Perinatal (L): 30 696

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre: (pregnan* OR antenatal OR prenatal OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR perinatal) = 404 924
- Vocabulaire contrôlé : ((MH "pregnant women") OR (MH "pregnancy") OR (MH "labor, obstetric") OR (MH "parturition") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postpartum period")) = 119 725
- Combiné: ((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR perinatal) OR (MH "pregnant women") OR (MH "pregnancy") OR (MH "labor, obstetric") OR (MH "parturition") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postpartum period")) = 404 935

Contexte 2:

- Validation des mots clés :
 - COVID-19 (C): 324 932
 - Pandemics (C): 202 209
 - Pandemic* (L): 202 258
 - Coronavirus (C): 132 264
 - SARS-CoV-2 (C): 174 064
 - Quarantine (C): 11 503
 - Stay-at-Home Orders (L): 2812
 - Physical distancing (C): 3982
 - Social distancing (L): 9674
 - Lockdown (L): 19 886

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre: (pandemic* OR stay-at-home orders OR social distancing OR lockdown) = 208 140
- Vocabulaire contrôlé: ((MH "COVID-19") OR (MH "pandemics") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "quarantine") OR (MH " physical distancing")) = 214 097
- Combiné : ((pandemic* OR stay-at-home orders OR social distancing OR lockdown) OR (MH "COVID-19") OR (MH "pandemics") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "quarantine") OR (MH "physical distancing")) = 291 659

Outcomes:

- Validation des mots clés :
 - Life experiences (L): 8 344
 - Experience* (L): 372 493
 - Life change events (C): 1270
 - View* (L): 119 272
 - Perception (C): 120 524
 - Perception* (L): 120 555
 - Opinion* (L): 49 828
 - Attitude (C): 75 885
 - Feeling* (L): 31 888
 - Emotions (C): 45 199
 - Emotion* (L): 93 947
 - Thinking (C): 14 807
 - Thought* (L): 51 797
 - Life course perspective (C): 686
 - Perspective* (L): 175 688

- Phrases de recherche:

- Vocabulaire libre: (life experiences OR experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective*) = 821 400
- Vocabulaire contrôlé: ((MH "life change events") OR (MH "perception") OR (MH "attitude") OR (MH " emotions") OR (MH "thinking") OR (MH "life course perspective")) = 38 460
- Combiné: ((life experiences OR experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective*) OR (MH "life change events") OR (MH "perception") OR (MH "attitude") OR (MH "emotions") OR (MH "thinking") OR (MH "life course perspective")) = 824 689

	Stratégie de recherche	Résultats
Population	((mother* OR wom*n OR maternal) OR (MH "mothers") OR (MH "women"))	383 603
Contexte 1	((pregnan* OR antenatal OR prenatal OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR peripartum OR (MH "pregnant women") OR (MH "pregnancy") OR (MH "labor, obstetric") OR (MH "parturition") OR (MH "delivery, obstetric") OR (MH "postpartum period"))	404 935
Contexte 2	((pandemic* OR stay-at-home orders OR social distancing OR lockdown) OR (MH "COVID-19") OR (MH "pandemics") OR (MH "coronavirus") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (MH "quarantine") OR (MH "physical distancing"))	291 659
Outcomes	((life experiences OR experience* OR view* OR perception* OR opinion* OR feeling* OR emotion* OR thought* OR perspective*) OR (MH "life change events") OR (MH "perception") OR (MH "attitude") OR (MH " emotions") OR (MH "thinking") OR (MH "life course perspective"))	824 689
Combinaison	Population + context 1 + context 2	7783 50 premières ciblées / si on retire autres pays = 1652
Combinaison	Population + context 2 + outcomes	7082, un peu moins ciblé pour les 50 premières / si on retire autres pays = 1452
Combinaison	Population + context 2	21 708 pas très ciblé / si on retire autres pays = 4412
Combinaison	Population + context 1 + context 2 + outcomes	2422 = si on retire autres pays 559 : très ciblé 50 premières références

Scopus : Mots clés sans thésaurus (dans allfield trop de résultats donc keywords et limité à nursing et psychology, article)

PCO	Mots clés
Population	mother* OR wom*n OR maternal
Contexte 1	pregnan* OR antepartum OR antenatal OR intrapartum OR peripartum OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR parturition OR postnatal OR postpartum OR perinatal
Contexte 2	covid-19 OR pandemic* OR coronavirus OR SARS-CoV-2 OR quarantine OR (stay-at-home orders) OR (physical distancing) OR (social distancing) OR lockdown
Outcomes	(life experiences) OR experience* OR (life change events) OR view* OR perception* OR opinion* OR attitude* OR feeling* OR emotion* OR thinking OR thought* OR (life course perspective) OR perspective*

Recherche: (L = vocabulaire libre)

Population:

- Validation des mots clés :

Mother* (L): 8790
Wom*n (L): 9745
Maternal (L): 6740

- Phrases de recherche:

• Vocabulaire libre : mother* OR wom*n OR maternal = 21 552

Contexte 1:

- -Validation des mots clés :
 - Pregnan* = 3234
 - Antepartum = 60
 - Antenatal = 550
 - Intrapartum = 135
 - Peripartum = 76
 - Labor = 2257
 - Childbirth = 1338

- Birth = 4807
- Delivery = 8353
- Parturition = 866
- Postnatal = 1693
- Postpartum = 2326
- Perinatal = 1781

- Phrases de recherche:

• Vocabulaire libre: pregnan* OR antepartum OR antenatal OR intrapartum OR peripartum OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR parturition OR postnatal OR postpartum OR perinatal = 25 085

Contexte 2:

- Validation des mots clés :
 - Covid-19: 30 019
 - Pandemic*: 16 057
 - Coronavirus: 12 326
 - SARS-CoV-2:6818
 - Quarantine: 902
 - Stay-at-home orders: 83
 - Physical distancing: 322
 - Social distancing: 802
 - Lockdown (L): 1577

- Phrases de recherche:

 Vocabulaire libre: covid-19 OR pandemic* OR coronavirus OR SARS-CoV-2 OR quarantine OR (stay-at-home orders) OR (physical distancing) OR (social distancing) OR lockdown = 33 941

Outcomes:

- Validation des mots clés :
 - Life experiences: 1399
 - Experience*: 13 492
 - Life change events : 379
 - View*: 910
 - Perception* : 23 310
 - Opinion*: 555
 - Attitude*: 18 257
 - Feeling*: 566
 - Emotion*: 30 807

Thinking: 4297Thought*: 833

• Life course perspective : 93

• Perspective* : 2558

- Phrases de recherche :

• Vocabulaire libre: (life experiences) OR experience* OR (life change events) OR view* OR perception* OR opinion* OR attitude* OR feeling* OR emotion* OR thinking OR thought* OR (life course perspective) OR perspective* = 84 713

	Stratégie de recherche	Résultats
Population	mother* OR wom*n OR maternal	21 552
Contexte 1	pregnan* OR antepartum OR antenatal OR intrapartum OR peripartum OR labor OR childbirth OR birth OR delivery OR parturition OR postnatal OR postpartum OR perinatal	25 085
Contexte 2	covid-19 OR pandemic* OR coronavirus OR SARS-CoV-2 OR quarantine OR (stay-at-home orders) OR (physical distancing) OR (social distancing) OR lockdown	33 941
Outcomes	(life experiences) OR experience* OR (life change events) OR view* OR perception* OR opinion* OR attitude* OR feeling* OR emotion* OR thinking OR thought* OR (life course perspective) OR perspective*	84 713
Combinaison	Population + context 1 + context 2 (dans all field : 110 226), (dans abstract : 8881) (dans keywords :	547: 50 premières références moins ciblées
Combinaison	Population + context 2 + outcomes 7246)	228: 50 premières références moins ciblées
Combinaison	Population + context 2	1039 : très large, pas assez précis
Combinaison	Population + context 1 + context 2 + outcomes	136: plus ciblés pour les 50 premières références

<u>Cairn</u>: mots-clés sans thésaurus (recherche des mots clés dans résumé, disciplines: psychologie, santé publique, sciences de l'éducation, année de parution: dans les 5 dernières années)

PCO	Mots clés
Population	mère* OU femme* OU maternelle
Contexte 1	grossesse OU enceinte OU antenatal OU intrapartum OU naissance OU accouchement OU postnatal OU post natal OU postpartum OU post partum OU perinatal
Contexte 2	covid-19 OU pandémie OU coronavirus OU SARS-CoV-2 OU quarantaine OU «Distanciation physique» OU «Distanciation sociale» OU confinement
Outcomes	expérience OU perception OU opinion OU sentiment OU émotion OU pensée OU perspective

Recherche: (L = vocabulaire libre)

Population:

- Validation des mots clés :
 - Mère* (L): 2705
 - Femme (L): 3468
 - Maternelle (L): 3082

- Phrases de recherche:

• Vocabulaire libre : mère* OU femme* OU maternelle = 3987

Contexte 1:

- -Validation des mots clés :
 - Grossesse (L): 1735
 - Enceinte (L): 1135
 - Antepartum : hors sujet
 - Antenatal: 184
 - Prépartum : 1 article, hors sujet
 - Intrapartum: 20
 - Peripartum: 13 et hors sujet

Naissance: 3116Accouchement: 1072

Postnatal: 275
Post natal: 305
Postpartum: 137
Post partum: 335
Perinatal: 596

- Phrases de recherche:

 Vocabulaire libre: grossesse OU enceinte OU antenatal OU intrapartum OU naissance OU accouchement OU postnatal OU post natal OU postpartum OU post partum OU perinatal = 3377

Contexte 2:

- Validation des mots clés :
 - Covid-19 (L): 1497
 - Pandémie (L): 1376
 - Coronavirus (L): 675
 - SARS-CoV-2 (L): 254
 - Quarantaine (L): 1676
 - «Distanciation physique» (L): 167
 - «Distanciation sociale» (L): 234
 - Confinement (L): 1340

- Phrases de recherche:

Vocabulaire libre: covid-19 OU pandémie OU coronavirus OU SARS-CoV-2 OU quarantaine OU «Distanciation physique» OU «Distanciation sociale» OU confinement = 2699

Outcomes:

- Validation des mots clés :
 - Expérience (L) : 4185
 - Perception (L): 3514
 - Opinion (L): 1898
 - Sentiment (L): 3320
 - Émotion (L) : 2363
 - Pensée (L): 4117
 - Perspective (L): 3724

- Phrases de recherche :

Vocabulaire libre: expérience OU perception OU opinion OU sentiment OU émotion OU pensée OU perspective = 5161

	Stratégie de recherche	Résultats
Population	mère* OU femme* OU maternelle	3987
Contexte 1	grossesse OU enceinte OU antenatal OU intrapartum OU	3377
	naissance OU accouchement OU postnatal OU post natal OU	
	postpartum OU post partum OU perinatal	
Contexte 2	covid-19 OU pandémie OU coronavirus OU SARS-CoV-2 OU	2699
	quarantaine OU «Distanciation physique» OU «Distanciation	
	sociale» OU confinement	
Outcomes	expérience OU perception OU opinion OU sentiment OU	5161
	émotion OU pensée OU perspective	
Combinaison	Population + context 1 + context 2	3 : ok
Combinaison	Population + context 2 + outcomes	14: 13 hors
		sujet
Combinaison	Population + context 2	29: sauf les
		3, hors sujet
Combinaison	Population + context 1 + context 2 + outcomes	1 : ok

Appendice CFormulaire d'information et de consentement







FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

COCON-Naissance et santé mentale

Titre du projet de recherche: COntinuité du soutien professionnel et social en contexte de

COVID-19: Accueil d'un Nouveau-né

Titre du sous-projet : Expérience parentale des événements périnataux marquants et

du stress post-traumatique associé en contexte de pandémie.

Numéro de protocole: UQO:2021-1153

CISSSO: 2020-299_167_MP

Chercheures responsables du projet

de recherche:

Francine de Montigny, Inf., Ph.D., psychologie, professeure en sciences

infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.

Paméla Hamel Hilaréguy, inf. B. SC. N., Université du Québec en Outaouais.

Co-chercheur(s)/sites: Tamarha Pierce, Ph.D., psychologie, professeure en psychologie et

sciences sociales, Université Laval.

Christine Gervais, Inf., Ph.D., psychologie, professeure en sciences

infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.

Giulia Corno, Ph.D., psychologie, Université du Québec en

Outaouais.

Raphaële Noël, Ph.D., psychologie, professeure en psychologie,

Université du Québec à Montréal.

Deborah, Da Costa, Ph. D., psychologie, professeure au

département de médecine de l'Université McGill.

Diane Dubeau, Ph.D., psychologie développementale, professeure en psychoéducation et psychologie, Université du Québec en

Outaouais.

Sophie Meunier, Ph.D., psychologie, professeure en psychologie,

Université du Québec à Montréal.

Isabel Côté, Ph.D., service social, professeure en travail social,

Université du Québec en Outaouais

Katherine Peloquin, Ph.D., psychologie, professeure en psychologie,

Université de Montréal

Mylène Ross Plourde, Ph.D., psychologie, professeure en

psychologie, Université de Moncton

Tina Emond, Ph.D. (c), sciences infirmières, Université de Moncton

(collaboratrice)

Organisme subventionnaire: Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

(CRSH) par l'entremise de la Chaire de recherche du Canada

sur la santé psychosociale des familles

Version 9, Date :20/07/09 Numéro du projet : UQO: 2021-1153 CISSSO: 2020-299_167_MP

1. INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui s'intéresse aux enjeux pour les futurs et nouveaux parents d'accueillir un nouveau-né dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet, ou aux membres du personnel affecté au projet de recherche, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

L'étude COCON se déroule dans l'ensemble des régions du Québec et du Nouveau-Brunswick et s'insère dans une enquête internationale incluant plus de 15 pays. Elle vise à documenter et analyser les effets de la pandémie de COVID19 et des mesures mises en place dans l'accompagnement des nouveaux parents sur leur fonctionnement personnel, conjugal et social.

L'objectif de ce sous-projet vise à mieux comprendre les évènements que vous avez vécus, comme futurs ou nouveaux parents, qui peuvent contribuer, ou non, à l'émergence de certains symptômes de stress post-traumatique, deux à six mois après la naissance de votre enfant. Pour y arriver, les chercheurs souhaitent rencontrer des pères et des mères qui ont eu un enfant au cours de l'année 2020 ou 2021 et qui ont identifié, lors de la passation du questionnaire, des événements marquants.

3. PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à :

Une entrevue individuelle d'environ 45-60 minutes permettant de comprendre votre vécu de la grossesse, de la naissance et de la période suivant l'arrivée de votre enfant en contexte de pandémie de COVID-19 au Canada et de mieux comprendre les événements marquants. Quarante parents seront retenus et recontactés pour l'entrevue.

Vous recevrez une compensation de 25\$ sous forme de carte-cadeau, pour votre participation à ce projet.

4. RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Les risques associés aux procédures prévues dans le cadre de la présente étude sont minimaux. Toutefois, outre les inconvénients liés au temps requis pour participer au projet, vous pourriez éprouver un inconfort vis-à-vis de certaines questions, en lien avec les événements vécus (gêne, inquiétudes, anxiété). Vous ne devrez pas hésiter à en faire mention afin qu'une professionnelle

Version 9 Date : 21/01/29 Numéro du projet : UQO: 2021-1153 CISSSO: 2020-299_167_MP Titre du projet de recherche : L'étude COCON : COntinuité du soutien social en contexte de COVID19 : Accueil d'un Nouveau-né

8. FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Cette étude est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) par l'entremise de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles.

9. CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les chercheurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

10. PARTAGE DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les résultats de cette étude seront présentés dans le cadre de conférences, d'un mémoire et d'articles publiés dans des revues. Ils permettront de générer des connaissances et de développer des outils afin d'être mieux préparés pour une éventuelle phase 2 de la COVID-19, ou une autre forme d'épidémie mondiale. Une copie des résultats pourra vous être remise, si désiré.

11. PERSONNE-RESSOURCE

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes que vous pensez être liés à votre participation au projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable, Mme Francine de Montigny au 1-800-567-1283, poste 2257 (UQO, Gatineau) en laissant un message, ou par courriel, à francine.demontigny@uqo.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement dont les coordonnées sont disponibles en annexe.

12. EXAMEN DES ASPECTS ÉTHIQUES DE L'ÉTUDE

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais et le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais ont approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

Version 9, Date :20/07/09 Numéro du projet : UQO: 2021-1153

CISSSO: 2020-299_167_MP

Titre du projet de recherche : L'étude COCON : COntinuité du soutien social en contexte de COVID19 : Accueil d'un Nouveau-né

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

CISSS de l'Outaouais 124, rue Lois, bureau 214 Gatineau (Québec) J8Y 3R7

☎: 819 770-6528, poste 339199 [⊕]: 07 csssg cer@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez également communiquer avec M. André Durivage (819) 595-3900, poste 1781, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

13. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Désirez	r-vous obtenir un résumé des résultats de cette recherche?
_	Courriel pour l'envoi du résumé:
	Non
14. UTI	LISATION SECONDAIRE DES DONNÉES
par le d	nnées recueillies seront anonymisées à la fin du présent projet et pourraient êtreutilisées chercheur pour des recherches futures portant sur le même thème, dans le respect des de confidentialité et conditionnellement à l'approbation du comité d'éthique de la che.
15. PRIS	E DE CONTACT POUR DES RECHERCHES FUTURES
ne sign vous ac	imerions solliciter votre participation pour d'autres recherches futures. Votre acceptation ifie nullement que vous acceptez de participer à une nouvelle recherche, mais bien que ceptez que nous communiquions avec vous pour vous inviter à y participer. Il n'est pas aire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.
	J'accepte que l'on communique avec moi en vue de solliciter ma participation pour d'autres recherches. Courriel: Téléphone:
	Je n'accepte pas que l'on communique avec moi en vue de solliciter ma participation pour d'autres recherches.
16.	CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE :

Avant de cliquer sur le bouton « je consens » du présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur l'étude. J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes

Version 9, Date :20/07/09 Numéro du projet : UQO: 2021-1153 CISSSO: 2020-299_167_MP Titre du projet de recherche : L'étude COCON : COntinuité du soutien social en contexte de COVID19 : Accueil d'un Nouveau-né

questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment.

Dans l'éventualité où j'accepte d'être contacté pour une entrevue individuelle, j'autorise que celle-ci soit enregistrée sur un support audionumérique.

En cliquant sur le bouton « je consens », je reconnais avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche et j'accepte librement d'y participer. Je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur et le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle. Je reconnais avoir 18 ans ou plus.

 $\ \square$ Je consens

☐ Je ne désire pas participer

17. Engagement de la chercheuse principale responsable

Je certifie, Francine deMontigny qu'on a expliqué au parent les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le parent avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il/elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Version 9, Date :20/07/09 Numéro du projet : UQO: 2021-1153 CISSSO: 2020-299_167_MP

Appendice D

Extrait du questionnaire sociodémographique de l'étude COCON

Extrait du questionnaire sociodémographique de l'étude COCON

1. Quel est l'énoncé qui vous décrit le mieux ?

- a. Je suis la nouvelle maman
- b. Je suis le nouveau papa
- c. Je suis nouveau parent
- d. Je ne suis pas le père biologique de l'enfant, mais je suis le partenaire de la nouvelle maman

1.1Quel est votre lieu de résidence ?

- 1. Québec
- 2. Ailleurs au Canada
- 3. Australie
- 4. Belgique
- 5. Espagne
- 6. États-Unis
- 7. France
- 8. Guadeloupe
- 9. Italie
- 10. Luxembourg
- 11. Maroc
- 12. Martinique
- 13. Nouvelle-Zélande
- 14. Royaume-Uni
- 15. Suisse
- 16. Autre : _____ (texte libre)

1.1 a) Dans quelle région administrative du Québec habitiez-vous durant la période de COVID-19 ?

- 1. 01 Bas-Saint-Laurent
- 2. 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 3. 03 Capitale nationale
- 4. 04 Mauricie
- 5. 05 Estrie

- 6. 06 Montréal
- 7. 07 Outaouais
- 8. 08 Abitibi-Témiscamingue
- 9. 09 Côte-Nord
- 10. 10 Nord-du-Québec
- 11. 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- 12. 12 Chaudière-Appalaches
- 13. 13 Laval
- 14. 14 Lanaudière
- 15. 15 Laurentides
- 16. 16 Montérégie
- 17. 17 Centre-du-Québec

1.1 b) Dans quelle province habitiez-vous durant la période de COVID-19 ?

- 1. Alberta
- 2. Colombie-Britannique
- 3. Île-du-Prince-Édouard
- 4. Manitoba
- 5. Nouveau-Brunswick
- 6. Nouvelle-Écosse
- 7. Nunavut
- 8. Ontario
- 9. Saskatchewan
- 10. Terre-Neuve et Labrador
- 11. Territoire du Nord-Ouest
- 12. Territoire du Yukon

1.2 Quelle est votre année de naissance ?

- 1.3 Votre bébé est né à combien de semaines de grossesse ?
- 1.4 Quel âge a votre bébé au moment où vous répondez à ce questionnaire ? (en semaines)

_	ue la grossesse résultait d'une procédure de procréation assistée ? (cà-
	à une clinique d'infertilité, insémination artificielle ou artisanale,
	in vitro, etc.).
1. N	
	ui, (SVP, précisez la ou les procédures)
3. O	ui, je préfère ne pas préciser
4. Je	e préfère ne pas répondre
-	ue pour vous, personnellement, il s'agissait d'une première grossesse ?
*	tre vécu avec des partenaires antérieur(e)s)?
1. N	
2. O	
3. Je	e préfère ne pas répondre
	ous serait utile de savoir combien de fois, lors de grossesses précédentes, écu les événements suivants. Cochez les événements vécus et le nombre
	la case appropriée.
	se-couche (avant 20 semaines de grossesse)
	sesse ectopique ou molaire
	tement /Interruption volontaire de grossesse (IVG)
	ruption médicale de grossesse (IMG)
	e enfant est décédé in utéro (après 20 semaines)
	e enfant est décédé après la naissance (dans les premiers 28 jours de vie)
7. Notre	e enfant est décédé durant l'enfance
8. Autre	e (spécifiez) : (open text)
1.11 La nais	sance de votre bébé était :
1. Une i	naissance vaginale naturelle

- Une naissance vaginale naturelle
 Une naissance vaginale avec de l'aide (ex. ventouse, forceps)
- 3. Une naissance vaginale avec épidurale
- 4. Une césarienne planifiée
- 5. Une césarienne d'urgence

1.12 À quel endroit votre bébé est-il né ?

- o À l'hôpital
- o À la maison de naissance
- o Au domicile
- o Autre (spécifiez):

Q8-Échelle de stress post-traumatique PCL-5 avec Instruction (Ashbaugh et al., 2016; Weathers et al., 2013)

8. Instructions: Ce questionnaire porte sur les difficultés que vous avez pu vivre à la suite d'une expérience très stressante impliquant un décès, une menace de mort, des blessures graves ou de la violence sexuelle. Cela peut être quelque chose qui vous est arrivé directement, quelque chose dont vous avez été témoin ou quelque chose qui est arrivé à un membre de la famille proche ou à un(e) ami(e) proche. Des exemples sont: la COVID-19; un décès périnatal; un accident grave; un incendie; une catastrophe comme une inondation, un ouragan, une tornade ou un tremblement de terre; une agression ou un abus physique ou sexuel; la guerre; un homicide; ou un suicide.

Tout d'abord, veuillez répondre à quelques questions sur l'événement le plus difficile que vous ayez vécu. On s'intéresse ici à l'événement qui vous dérange le plus actuellement. Cela pourrait être l'un des exemples ci-dessus ou une autre expérience très stressante. Il peut également s'agir d'un événement unique (par exemple l'auto-isolement dû à la COVID-19 ou le décès de votre enfant) ou de plusieurs événements similaires (par exemple plusieurs événements stressants dans une zone de guerre, plusieurs fausses couches ou des abus sexuels répétés).

8.1 Identifiez brièvement cet événement diffaire) :	ficile (si vous vous sentez à l'aise de le
8.2 Depuis combien de temps est-ce arrivé ? (veuillez estimer si vous n'êtes pas certain)	
8.3 Cet événement impliquait-il un décès of graves ou de la violence sexuelle ? Oui	ou une menace de décès, des blessures

	Non
8.4 Con	ament l'avez-vous vécu ?
	Cela m'est arrivé directement
	Je l'ai vu
	J'ai appris que cela arrivait à un membre de la famille proche ou à un(e)
ami(e)	
	proche
_	J'ai été exposé(e) à plusieurs reprises à des détails à ce sujet dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier paramédical, policier, militaire, premier répondant ou autre). Autre, veuillez décrire :
	<u> </u>
	_
	– événement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e), û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était-
est-ce d	événement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e), û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était- des causes naturelles ?
est-ce d	û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était-
est-ce d	û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était- des causes naturelles ?
est-ce d	û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était- des causes naturelles ? COVID-19
est-ce d	û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était- des causes naturelles ? COVID-19 Accident ou violence
est-ce d	û à la COVID-19, est-ce dû à un accident ou une forme de violence, ou était- des causes naturelles ? COVID-19 Accident ou violence Causes naturelles

vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) par :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
8.6.1 Des souvenirs répétés, pénibles					
et involontaires de l'expérience stressante ?	1	2	3	4	5
8.6.2 Des rêves répétés et pénibles de					
l'expérience stressante ?	1	2	3	4	5
8.6.3 Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait	1	2	3	4	5
(comme si vous la viviez de nouveau) ? 8.6.4 Être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience ?	1	2	3	4	5
8.6.5 Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex. avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?	1	2	3	4	5
8.6.6 Éviter souvenirs, pensées, ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?	1	2	3	4	5
8.6.7 Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex. des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?	1	2	3	4	5
8.6.8 Avoir du mal à vous rappeler des éléments importants de l'expérience stressante ?	1	2	3	4	5
8.6.9 Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (ex.: avoir des pensées telles que je suis mauvais(e), il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux)?	1	2	3	4	5
8.6.10 Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	1	2	3	4	5
8.6.11 Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	1	2	3	4	5
8.6.12 Perdre de l'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?	1	2	3	4	5
8.6.13 Vous sentir distant(e) ou coupé(e) des autres ?	1	2	3	4	5
8.6.14 Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (ex. : être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	1	2	3	4	5

8.6.15 Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?	1	2	3	4	5
8.6.16 Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger?	1	2	3	4	5
8.6.17 Être « super-alerte », vigilant(e), ou sur vos gardes ?	1	2	3	4	5
8.6.18 Sursauter facilement ?	1	2	3	4	5
8.6.19 Avoir du mal à vous concentrer?	1	2	3	4	5
8.6.20 Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	1	2	3	4	5

12. Quelle est votre relation avec l'autre parent de l'enfant ?

- 1. Marié(e)
- 2. Union de fait (couple cohabitant)
- 3. Séparé(e) ou divorcé(e)
- 4. Je suis en couple, mais ne vis pas avec l'autre parent de l'enfant
- 5. Veuf(ve)
- 6. Je n'ai pas de partenaire
- 7. Je préfère ne pas répondre

16.1 À quel genre vous identifiez-vous ?

- 1. Féminin
- 2. Masculin
- 2. Non-binaire
- 3. Je préfère ne pas répondre

16.2 Quel est votre pays de naissance?

- 1. Canada
- 2. Belgique
- 3. Suisse
- 4. France
- 5. Algérie

- 6. Australie
- 7. Haïti
- 8. Italie
- 9. Luxembourg
- 10. Mexique
- 11. Maroc
- 12. Suisse
- 13. Tunisie
- 14. Royaume-Uni
- 15. États-Unis
- 16. Vietnam
- 17. Rwanda
- 18. Autre: spécifiez

16.5 Quel est le certificat ou le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- 1. Aucun
- 2. Primaire (6 ans d'études)
- 3. Secondaire incomplet (7-10 ans)
- 4. Secondaire complété (11 ans)
- 5. Études collégiales (CEGEP général ou technique) (13 ans-14 ans ; Bac français général ou technologique)
- 6. Certificat universitaire (14 ans)
- 7. Diplôme universitaire (16 ans, baccalauréat de 1^{er} cycle universitaire ou licence)
- 8. Études de 2^{ième} et 3^{ième} cycles universitaires (18 ans et plus, DESS, maîtrise/master,

doctorat, postdoctorat)

16.6 Quelle était votre occupation AVANT la pandémie de COVID-19?

- 1. Sans emploi
- 2. Étudiant(e)
- 3. Travailleur(se) à temps complet
- 4. Travailleur(se) à temps partiel
- 5. Travailleur(se) autonome
- 6. Travailleur(se) et étudiant(e)
- 7. Bénévole
- 8. Parent à la maison
- 9. Retraité(e)
- 10. En congé de maladie/invalidité
- 11. Autre : spécifiez (texte

16.7 Est-ce que votre principale occupation a changé depuis le début de la pandémie ?

- 1. Non
- 2. Oui

16.7.1 Si oui, spécifiez et choisissez tout ce qui s'applique.

- 1. J'ai perdu mon emploi de manière permanente (ex. : entreprise fermée, mise à pied)
- 2. J'ai perdu mon emploi de manière temporaire (ex. : diminution du nombre d'employés)
- 3. Je travaille un plus grand nombre d'heures par semaine
- 4. Je travaille moins d'heures par semaine
- 5. J'ai changé d'emploi
- 6. Je fais du télétravail avec des enfants à la maison
- 7. Je fais du télétravail sans enfants à la maison
- 8. J'ai été relocalisé(e) dans un autre secteur
- 9. Je travaille pour les services essentiels
- 10. J'ai arrêté mes études de manière permanente
- 11. J'ai arrêté mes études de manière temporaire
- 12. Je suis en congé de maternité/parental
- 13. Je suis en congé de paternité/parental
- 14. Je suis en congé de maladie/invalidité
- 15. Je suis parent à la maison

16.8 Au cours de votre vie, avez-vous reçu d'un professionnel de la santé, l'un des diagnostics suivants ?

- 1.Non, aucun
- 2. Trouble d'anxiété
- 3. Dépression
- 4. Stress posttraumatique (SSPT)
- 5. Trouble bipolaire
- 6. Trouble obsessif-compulsif (TOC)
- 7. Troubles alimentaires
- 8. Troubles respiratoires (ex. : asthme)
- 9. Diabète
- 10. Hypertension

- 11. Troubles de santé cardiaque
- 12. Obésité
- 13. Autre diagnostic posé par un professionnel de la santé. Si oui, lequel
- 14. Je préfère ne pas répondre

16.10 Est-ce que vous fumez ?

- 1. Non, je n'ai jamais fumé
- 2. Non, j'ai arrêté récemment
- 3. Oui

16.11 Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence avez-vous consommé une boisson alcoolisée?

- 1. Jamais, par choix personnel ou religieux
- 2. Une fois par mois
- 3. 2 à 3 fois par mois
- 4. 2 à 3 fois par semaine
- 5. 4 fois et plus par semaine
- 6. Chaque jour
- 7. Plusieurs fois par jour

16.12 Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis ?

- 1. Jamais, par choix personnel ou religieux
- 2. Une fois par mois
- 3. 2 à 3 fois par mois
- 4. 2 à 3 fois par semaine
- 5. 4 fois et plus par semaine
- 6. Chaque jour
- 7. Plusieurs fois par jour

Appendice EGuide d'entretien

Canevas d'entretien de **mères** ayant vécu la transition à la maternité en contexte de pandémie à COVID-19

ELa prise de rendez-vous par téléphone pour l'entrevue est le premier contact que vous avez avec la personne interviewée. Ce premier contact est essentiel et doit se faire directement avec la personne. Veillez parler à celle-ci pour vous assurer de sa disponibilité et de son intérêt à participer. Quelques éléments pour faciliter le contact par téléphone :

- Dès la première minute vérifiez la disponibilité de la personne, annoncez la durée de l'appel (3-4 minutes ou 10 minutes) et la respecter. Si vous dépassez le temps fixé, revérifiez la disponibilité de la personne.
- > Sachez vous présenter, qui vous êtes comme personne.
- ➤ Restez simple.
- > Expliquez brièvement à quoi va servir l'entrevue.
- ➤ Répondez de manière claire et concise aux questions de la personne, tout en lui assurant que celles-ci pourront être explorées plus en profondeur lors de la rencontre.

Après l'entretien téléphonique, prendre des notes :

- ➤ La date et l'heure de l'entretien sur la plateforme zoom ?
- ➤ Était-elle réceptive, intéressée ?
- > Présence d'enfants lors de la rencontre ?

Avant même de commencer l'entrevue :

- ➤ La durée de l'entrevue devrait être d'environ une heure.
- L'accueil de la personne est essentiel, c'est de lui que va dépendre la qualité et la réussite de l'entrevue. Il est nécessaire de préparer votre matériel à l'avance pour que, quand la personne arrive sur zoom, vous soyez déjà prêt. Il importe de prendre le temps d'entrer en contact avec la personne avant de débuter l'enregistrement audio et vidéo.
- Le **texte** présenté ici n'est qu'un **exemple**. Il ne doit pas être suivi à la lettre. Adaptez votre présentation à votre propre personnalité ainsi qu'à celle de votre interlocuteur. Veillez à ajuster votre langage à celui de la personne que vous rencontrez. Soyez calme, prenez des temps d'arrêts et répétez les explications si nécessaires.
- Le canevas d'entretien ne doit pas être suivi à la lettre, cependant n'hésitez pas à vous arrêter pour le regarder et à en informer la personne. Le canevas est là pour vous guider, vous et votre interlocuteur. Vous pouvez le regarder ensemble, pour voir où vous en êtes.

Objectifs de l'entrevue :

Nous vous avons contacté, car vous avez manifesté votre intérêt pour participer à une entrevue. Nous nous intéressons à mieux comprendre les évènements que vous avez vécus, comme futures ou nouvelles mères, qui peuvent contribuer à l'émergence de certains symptômes de stress post-traumatique. Nous sommes conscients que depuis la naissance de votre enfant, vous avez vécu un éventail d'événements. La COVID-19 et les bouleversements que cela a entrainé dans votre vie sont en soit des événements traumatisants qui génèrent un stress important. Pour cette entrevue, j'aimerais qu'on se concentre sur les événements traumatisants

25 janvier 2021

entourant la grossesse et la naissance de l'enfant, qui peuvent, ou non, être en lien avec la COVID-19.

Consigne 1. Incident critique. Lorsque la mère raconte un évènement significatif ou marquant gardez en tête de l'examiner sous l'angle d'un incident gênant (tout ce qui nuit à l'expérience de la transition vers la maternité en temps de pandémie à COVID-19 et qui est susceptibles d'engendrer un TSPT), aidant (tout ce qui aide à bien vivre l'expérience de la transition vers la maternité en temps de pandémie de COVID-19 et qui est susceptible d'empêcher ou d'atténuer un TSPT), et/ou souhaité (tout ce qui n'était pas présent pendant l'expérience de la transition vers la maternité en temps de pandémie de COVID-19 et qui aurait été apprécié pour corriger ou améliorer le vécu), en utilisant des exemples de questions ici-bas.

CONTEXTE

- > Décrivez le contexte dans lequel l'évènement s'est déroulé
 - O Qu'est-ce qui s'est passé?
 - O Qu'est-ce qui a déclenché l'évènement ?
 - Où l'évènement s'est-il passé?
 - O Qui était présent ?

VOUS

- ➤ Comment avez-vous agi durant cet évènement ?
- ➤ Comment vous sentiez-vous à ce moment (personnellement) ? À quoi pensiezvous ? Qu'est-ce que vous vous disiez ?
- ➤ Qu'est-ce qui a été particulièrement difficile ?
- ➤ Qu'est-ce qui a été facile ?

SOUTIEN RECU DE L'ENTOURAGE

- ➤ Comment les personnes présentes ont-elles agi durant ces moments ? Est-ce que cela vous a aidé ou au contraire cela a empirer la situation ? Pourquoi ?
- ➤ Comment yous a-t-on nuit durant ces moments?
- ➤ Qu'est-ce qui a été dit ou fait que vous n'avez pas apprécié ?
 - 25 janvier 2021

- ➤ Comment vous a-t-on aidé durant ces moments ?
- > Qu'est-ce qui a été dit ou fait que vous avez apprécié?
- ➤ Est-ce que vous avez pu exprimer vos préoccupations, vos craintes, vos inquiétudes ? Avec qui ? Quelles ont été leurs réactions ? Est-ce que leurs réactions ont eu un impact sur vous ? Était-ce aidant ? Nuisible ? Sinon, quels étaient les obstacles ou les empêchements ?
- ➤ Avez-vous l'impression que vous avez été écouté ?
- ➤ Par rapport aux attentes que vous avez décrites tantôt, comment diriez-vous que les personnes ont été capables d'y répondre (si applicable) ?
 - o Votre conjoint-e?
 - o Les intervenants/ personnes soutien?
 - o Votre entourage?

VOTRE GESTION DE CET EVENEMENT

- ➤ Comment avez-vous géré cet évènement ?
- ➤ Quels ont été vos comportements ?

FIN DE L'ÉVÉNEMENT ET APPRÉCIATION

- ➤ Comment ça s'est terminé ?
- ➤ Maintenant que c'est terminé, le qualifieriez-vous d'événement positif ou négatif? Pourquoi ?
- ➤ Comment décririez-vous les causes de cet événement ?
- > Qu'est-ce qui aurait été apprécié / souhaité pour éviter ou palier à l'évènement ?
- > Y a-t-il eu des retombées (positives ou négatives) de cet événement sur ;
 - o Votre vie personnelle, professionnelle
 - O Votre relation avec votre conjoint-e, vos enfants
 - o Votre relation avec vos proches
- > Qu'est-ce qui était important pour vous dans cet événement ?
- ➤ Qu'est-ce que ça a changé pour vous depuis ?
- ➤ Si un autre parent était dans la même situation, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Reconstruction narrative (questions)

- ➤ Ce qui est « important » se rapporte à un événement difficile et traumatisant.
- > On veut obtenir des détails sur les gestes, les personnes impliquées. On veut des faits et des événements et non des opinions.
- ➤ Vous devez recadrer la personne pour ne pas sortir de la reconstruction narrative. Le parent doit d'abord raconter l'histoire comme elle s'est déroulée. N'hésitez pas à questionner pour vous assurer de bien comprendre l'histoire, à arrêter la personne si cela devient confus et à vous assurer de savoir comment cet événement s'est terminé.

Position évaluative (questions)

- ➤ Le parent doit se montrer critique par rapport à cet événement, se situer dans une perspective plus large que le positif et le négatif.
- ➤ On cherche ici à connaître la façon dont le parent voit cet événement, à savoir quelles sont ses impressions, etc., au moment où il raconte l'événement. On s'éloigne des faits objectifs pour aller voir ce qu'il retire de cet événement.
- Consigne 2. Symptômes de TSPT. Lorsque la mère raconte un évènement significatif vous devez garder en tête la présence de symptômes tardifs (reviviscences, évitement, altérations négatives des cognitions et de l'humeur, altérations marquées de l'éveil et de la réactivité) de son expérience, et les explorer au besoin, à l'aide d'exemples.

Reviviscences (souvenirs répétés et envahissants de l'évènement)

- ➤ Pouvez-vous me décrire les souvenirs, les images, les pensées, les rêves, les flashbacks en lien avec l'évènement ?
- ➤ Ressentez-vous un sentiment de détresse en lien avec ces souvenirs ou flashbacks? (si oui, faire décrire : durée, fréquence, ce qu'il/elle fait pour diminuer la détresse).

Évitement (le fait de faire des efforts constants pour éviter ce qui rappelle le traumatisme)

25 janvier 2021

- ➤ Y a-t-il des moments où vous avez dû faire des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments associés à l'évènement ?
- ➤ Est-ce que cela vous arrive de devoir faire un effort pour éviter les personnes, les lieux, les conversations, les objets ou les activités rappelant l'évènement ?
- ➤ Racontez-moi un exemple.

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (troubles de mémoire, croyances ou attentes exagérées, distorsions, état émotionnel négatif, sans intérêt et sans attachement)

- > Quand on vit un événement traumatisant, il est fréquent a) d'être incapable de se rappeler un ou des aspects importants de l'évènement. Est-ce quelque chose que vous avez vécu? (si oui, pouvez-vous m'en parler). b) d'avoir moins d'intérêt dans certaines activités? c) de se sentir détaché face aux autres? Est-ce quelque chose que vous avez vécu? (si oui, pouvez-vous m'en parler).
- ➤ Pouvez-vous me décrire les moments où vous avez eu des croyances ou des attentes négatives, persistantes et exagérées à votre égard ?
- ➤ Pouvez-vous me décrire les moments où vous avez été incapable d'éprouver des émotions positives ? (ex : incapacité d'éprouver du bonheur, de la satisfaction ou un sentiment affectueux)

Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité (irritabilité, excès de colère, comportements irréfléchis ou autodestructeurs, hypervigilance, sursauts exagérés, difficulté de concentration, troubles de sommeil)

> Après un événement traumatisant, il est fréquent de vivre des changements de comportement. Parmi les suivants, lesquels avez-vous vécu : irritabilité, agressivité, se sentir hypervigilante ? avoir des comportements irréfléchis ou autodestructeurs ? avoir de la difficulté à se concentrer ? sursauter de manière exagérée ? avoir de la difficulté à dormir depuis l'évènement ? Pouvez-vous m'en parler ?

1° Mise en contexte

- 1) Pourriez-vous me présenter votre famille?
 - a. Quel est votre nom? Quel âge avez-vous? Que faites-vous dans la vie?
 - b. Avez-vous un(e) conjoint(e)? Si oui, quel est son nom? Quel âge a-t-il ou a-t-elle?
 - c. Combien d'enfants avez-vous ? Comment s'appellent-ils et quel âge ont-ils ? (Vérifiez garçons ou filles).
 - d. Avec qui habitez-vous présentement?
 - e. À quel moment de votre vie (annonce de la grossesse, grossesse, naissance...) coïncidait l'annonce du confinement dû à la pandémie ?

2° Objectif : Saisir l'expérience de la conception en temps de pandémie

- 2) Avoir un enfant, c'est arrivé comment dans votre vie ?
 - a. Quels ont été vos réactions initiales et vos sentiments au moment de l'annonce de la grossesse ?
 - b. Diriez-vous que la grossesse était désirée ou non à ce moment ci de votre vie ? Planifiée ou non ? Avez- vous eu recours à de l'aide pour réaliser votre projet de grossesse (PMA) ?.
- Dans les écrits sur l'histoire de la conception, les auteurs mentionnent qu'une grossesse non planifiée peut s'avérer traumatisante.

3° Objectif : Saisir l'expérience de la grossesse en temps de pandémie

- 3A) Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la grossesse?
 - a. Comment avez-vous vécu la grossesse?
 - b. Y-a-t-il eu un événement ou un problème de santé particulier qui a affecté le déroulement de la grossesse ?
 - Si oui, lequel ? (ex. incident, complications, problème de santé physique ou mentale, grossesse à risque, hospitalisation ?) Comment l'avez-vous vécu ?
 - c. Si non, avez-vous eu des peurs ou des craintes pendant la grossesse ? Avez-vous pu les exprimer ? Si oui, à qui ? Comment avez-vous été reçue ? accompagnée ? Auriez-vous aimé que quelque chose soit fait autrement ?
- 3B) Parlez-moi des soins et des services reçus pendant la grossesse?

- Dans les écrits de la grossesse, les auteurs mentionnent qu'une expérience traumatisante antérieure (ex : catastrophe naturelle, violence physique et psychologique), des complications médicales pour la mère ou le bébé (ex : diagnostic d'anomalie congénitale, hémorragie, etc.) et le fait de ne pas se sentir préparé pour la naissance peuvent s'avérer traumatisant.

- a. Avez-vous assisté à des cours prénataux ? Si oui, quelle a été votre expérience ? Si non, pour quelle raison ?
- b. Avez-vous assisté aux suivis, à l'échographie et/ou au diagnostic anténatal ? Avez-vous été accompagnée ? Si oui, quelle a été votre expérience ? Si non, vous souvenez-vous des raisons données ? Comment avez-vous réagi ?
- c. Comment croyez-vous que la pandémie a modifié votre expérience de la grossesse ? Les soins auxquels vous avez eu accès ? Expliquez-moi.

- S'il y a eu un évènement particulier, prendre la section sur l'incident critique.

4° Objectif: Saisir le sens qu'a eu le travail et la naissance

4 A) Pourriez-vous me raconter comment s'est passé le travail et la naissance?

- a. Qui était avec vous pendant le travail et la naissance ?
- b. Quelle sorte d'aide ces personnes vous ont-elles apporté ?
- c. Est-ce que vos attentes et vos demandes concernant le travail et la naissance ont été respectés ? Donnez-moi un exemple.
- d. Y a-t-il eu un évènement que vous avez trouvé particulièrement difficile pendant le travail ou la naissance ? (Si oui, voir incident critique).
- e. Quels étaient vos pensées, vos émotions, vos sentiments pendant le travail, la naissance
- f. Y a-t-il eu un moment où vous avez senti que votre vie ou celle du bébé était menacée ou en danger ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous laissait croire cela ? Comment vous êtes-vous senti ? Comment avez-vous réagi ?
- g. Y a-t-il eu un moment où vous vous êtes senti impuissante ? Selon vous, qu'est-ce qui expliquait cela ? Qu'est-ce qui aurait pu y remédier ?
- h. Comment croyez-vous que la pandémie a modifié votre expérience de la naissance de votre enfant ? Expliquez-moi.

réponds.

4 B) Parlez-moi des soins et des services reçus

- i. Comment avez-vous été accompagnée pendant le travail et la naissance ? Qu'est-ce que vous avez apprécié ?
- j. Comment croyez-vous que la pandémie a modifié les soins auxquels vous avez eu accès ? Expliquez-moi.

- Porter attention au type de naissance (naturelle, césarienne, prématurée, etc.). et au lieu de naissance (CH, Maison de naissance, maison).
- Pendant le travail et la naissance, les auteurs avancent que la détresse subjective (ex : douleur), le sentiment d'invisibilité, le manque d'informations, les urgences obstétricales, les complications, un test d'APGAR faible, la peur de la mort ou la mort et le faible soutien du partenaire et des professionnels peuvent s'avérer traumatisants.

- G. peux devenir inutile si F y

<u>5° Objectif : Saisir le sens qu'a eu les premiers moments de la vie de l'enfant en temps de</u> pandémie

- 5A) Racontez-moi comment se sont passés les premiers jours à l'hôpital/les premiers jours après la naissance ?
 - a. Comment s'est fait personnellement le premier contact avec votre enfant ? Quels étaient vos pensées et vos sentiments à ce moment précis ?
 - b. Comment se sont déroulés les premiers moments de vie de l'enfant ? (présence du père, restrictions, lesquelles ?). Comment vous sentiez-vous ?
 - c. Comment vous êtes-vous senti accompagné pendant vos premières journées en tant que parent de (nom du bébé)
 - d. Qu'auriez-vous aimé de différent?
 - e. Est-ce qu'il y a des événements que vous avez trouvé particulièrement difficiles ? Faciles ? Parlez-m'en.
- 5B) Racontez-moi comment se sont passés les 2 premiers mois lors du retour à la maison?
 - a. Avez-vous vécu des moments particulièrement éprouvants, difficiles au cours des derniers mois ? Si oui, parlez m'en ?
 - b. Avez-vous eu besoin de soutien ? En avez-vous eu ? De qui ? Était-ce satisfaisant, suffisant ? Sinon, qu'est-ce qui l'aurait été ?
 - c. Si peu de soutien, ou soutien insatisfaisant : Comment avez-vous composé avec ce peu de soutien ? Quels ont été vos trucs, stratégies pour y arriver ?
 - d. Est-ce qu'il y a des moments où vous vous sentiez plus coupable, seule, stressée, anxieuse, triste, découragée,

déprimée ? Décrivez-moi ces moments.

- Était-ce passager ? Ces sentiments ont-ils perduré ? Sont-ils encore présents ? Que faisiez-vous en lien
- avec ces sentiments ? En avez-vous parlé ? À qui ? Comment avez-vous été reçue ? accompagnée ?

- Après la naissance, le séjour du nouveau-né en néonatalogie et le faible soutien s'avèrent les principaux facteurs de risques recensés jusqu'à maintenant.
- Si non répondu, possibilité d'ajouts de précisions
- Comment croyez-vous que la pandémie a modifié votre expérience des premiers moments suivant la naissance de l'enfant ? Les soins auxquels vous avez eu accès ? Expliquez-moi.
- 5A) Est-ce que votre bébé a eu besoin d'aller en néonatalogie, d'être transféré dans un autre centre ? Pour quelle(s) raison(s) ? Comment avezvous vécu ça ? Comment avezvous été accompagnée ? Étiez-vous satisfaite ? (Si applicable).
- 5) Poser au besoin les questions de consigne 2, si cela n'a pas été fait et si pertinent.

5 C) Aujourd'hui, X a quel âge? Comment ça se passe, comment vous sentez-vous?

- ⇒ En lien avec l'évènement significatif :
- a. Est-ce que vous avez encore des pensées, des sentiments ou des symptômes en lien avec l'évènement (nommez-le) ? Quels sont-ils ? Que faites-vous en lien avec ceux-ci ?
- b. Parfois, des événements difficiles peuvent avoir des répercussions positives inattendues... Est-ce que cela vous est arrivé de constater des changements positifs découlant de (nommer l'événement significatif) ?

<u>6° Bilan : Ici on demande une opinion de la mère, on veut qu'elle justifie son opinion, qu'elle la défende et la valide.</u>

Les questions que je vais vous poser vont peut-être vous amener à me raconter des choses que vous m'avez déjà racontée mais je vais vous demander d'y réfléchir encore un peu pour voir si vous avez quelques choses de plus à me dire...

- 6 A) Suite à cette entrevue ou nous avons abordé ... que retenez-vous qui vous apparait le plus important de cette expérience ?
- 6 B) Comment croyez-vous que votre expérience d'accueillir un enfant aurait été différente sans la pandémie ?
- 6 C) Quels conseils donneriez-vous à un parent qui fait face à la même situation que vous ? Quels conseils donneriez-vous aux professionnels de la santé ?
- 6 D) Si vous pouviez changer une chose pour éviter/améliorer/apaiser le (les) moment(s) marquant(s) de votre expérience, ce serait quoi ?
- 6 E) En terminant, je n'ai pas la chance de bien connaître X, qu'est-ce que vous aimeriez me dire de lui/elle ?

- Ici, on demande à la mère de prendre un certain recul par rapport à l'entrevue.

La grossesse et la naissance d'un enfant peut, pour certaines personnes, s'avérer une expérience traumatisante. Est-ce qu'il y a des évènements, des pensées, des paroles, des gestes ou des comportements, avant ou pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou la période s'en suivant, qui ont été particulièrement difficiles. déstabilisants, inattendus ou non compréhensibles et qui ont pu rendre cette expérience plus difficile?

7° Clôture et remerciement.

Exemple de texte : « Nous tenons à vous remercier vivement pour votre participation à cet entretien. Nous apprécions beaucoup que vous ayez accepté de consacrer de votre temps à cette entrevue. Soyez assuré que nous respectons grandement l'ouverture avec laquelle vous avez partagé vos expériences personnelles. Si toutefois cet entretien vous bouleverse ou si d'autres questions surgissent, n'hésitez pas à contacter les responsables de la recherche dont les coordonnées se trouvent sur le formulaire de consentement que vous avez signé. Avezvous quelque chose à ajouter ou à demander ? Merci encore et bonne journée.»

Adapter le texte en fonction de l'attitude de la personne interviewée, de ses réactions au cours de l'entrevue.

Une fois le magnétophone éteint.

On demande à la personne si elle a aimé cette entrevue, si elle a trouvé l'expérience intéressante. On n'hésite pas à partager avec elle ce que l'on a trouvé intéressant, touchant, dans son récit. Il importe de reconnaître la valeur de son témoignage.

Tout de suite après l'entrevue (dès que vous avez quitté).

Commentez l'entrevue (prendre des notes ou s'enregistrer : Qu'est-ce qu'on en retient ?)

- Mettez-la en contexte : « Le mère me semblait stressée. », « Tel moment, tel passage me semblait plus difficile. » « Le conjoint / les enfants étaient présents ou pouvait entendre l'entrevue »
- > Portez attention aux mots dits "dans le cadre de porte". (avant de conclure l'entretien)
- > Précisez l'endroit où s'est déroulée l'entrevue.

Dès les premières entrevues il est intéressant de se réécouter et surtout de se relire pour voir les éléments qu'on aurait pu "creuser" un peu plus.

Appendice F
Canevas du journal de bord

)

Identification	Numéro :
Identification	Numero .
	Endroit:
Environnement	
	Confidentialité :
	Apparence physique :
	Apparence physique.
Participante	
rarticipante	Amazana amazahala simus a
	Apparence psychologique :
	Sujets qui semblaient faciles à aborder :
Questions	
	Sujets qui semblaient difficiles à aborder :
	Aidant(s):
Incident(s)	Gênant(s):
relevés au	
premier coup	
d'oeil	
	Souhaité(s):
	Soundite(b).
	Points forts :
	1 Onto 1016 .
Intervieweuse	Points à améliorer :
	Tomas a amenorer .

Canevas	du j	journal	de	bord
---------	------	---------	----	------

(décisions relatives à la collecte et à l'analyse des données)

Collecte des données				
Dates	Décisions	Changements		

Analyse des données				
Dates	Décisions	Changements		

Appendice GCertificat d'approbation éthique



Formulaire de demande de certificat d'éthique pour un projet de recherche qui s'insère dans un projet d'un professeur

Titre du protocole : Les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un trouble de stress post-traumatique chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant dans un contexte de pandémie de COVID-19

Chercheur principal (au CER Éval) : Paméla Hamel-Hilaréguy

Date de dépôt initial du formulaire : 2019-12-10 Date d'approbation du projet par le CER : 2020-01-06

Numéro(s) de projet : 2020-865

Statut du formulaire : Formulaire approuvé

Déposé par : de Montigny, Francine Identifiant Nagano: Perceptions parentales à l'égard des évènements critiques de la période périnatale susceptibles d'engendrer des symptômes de stress posttraumatique 2 mois après la naissance de leur enfant

Formulaire: F1b-1976

Introduction

1. Le CER de l'UQO a le mandat d'assurer que l'ensemble des projets de recherche réalisés sous ses auspices respecte l'Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains 2022 (EPTC2). Vous pouvez consulter ce document en suivant le lien ci-dessous :

Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains 2022 (EPTC2).

Les questions de ce formulaire permettront l'évaluation de votre projet de recherche par les membres du CER. Vous pouvez contacter le CER de l'UQO par courriel si vous avez besoin de précisions. (comite.ethique@uqo.ca)

Section A. Identification

1. Veuillez indiquer le titre complet du projet de recherche.

Quel est le titre du projet?

Perceptions parentales à l'égard des évènements critiques de la période périnatale susceptibles d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique 2 mois après la naissance de leur enfant





Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : Les évènements périnataux potentiellement traumatisants et susceptibles d'engendrer un trouble de stress post-traumatique chez les mères, 2 à 12 mois après la naissance de leur enfant dans un contexte de pandémie de COVID-19

Numéro(s) de projet : 2020-865

Identifiant Nagano : Perceptions parentales à l'égard des évènements critiques de la période périnatale susceptibles d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique 2 mois après la naissance de leur enfant

Chercheur principal (au CER Éval) : Paméla Hamel-Hilaréguy

Date d'approbation du projet par le CER : 2020-01-06

Formulaire: F9-12763

Date de dépôt initial du formulaire :

2023-12-08

Date de dépôt final du formulaire : 2023-

Statut du formulaire : Formulaire

approuvé

Suivi du BCER

OBJET: RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

