

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
BETTY JEAN-GILLES

LA RELATION INFIRMIÈRE-FEMME EN PÉRIODE POSTNATALE PRÉCOCE  
DANS LE SOUTIEN DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE MATERNELLE CHEZ  
LES PRIMIPARES

AVRIL 2026

## Sommaire

**Sujet :** La période postnatale précoce (PPNP) représente une période déterminante pour développer le sentiment de compétence maternelle (SCM), particulièrement chez les femmes primipares. **Problématique :** Les infirmières jouent un rôle central dans l'accompagnement et le soutien de ces femmes. Toutefois, des facteurs individuels, relationnels, organisationnels, ainsi qu'obstétricaux peuvent influencer le développement de leur SCM. Le SCM similaire au sentiment d'auto-efficacité maternel constitue un déterminant majeur pour la santé mentale des nouvelles mères. Un sentiment de compétence maternelle faible augmente les risques de dépression et d'anxiété en PPNP et peut affecter la création du lien d'attachement mère-enfant. De nombreuses femmes rapportent des expériences négatives en post-partum, souvent en raison d'un manque de soutien formel des professionnels de la santé. Ainsi, il apparaît essentiel de mieux comprendre l'expérience relationnelle des femmes primipares avec les infirmières et son influence perçue sur le sentiment de compétence maternelle dans les soins et services postnataux. **Objectif:** Cette étude vise à décrire la relation entre les femmes primipares et les infirmières dans le soutien de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins. **Méthode :** Une étude qualitative descriptive a été menée auprès de dix femmes primipares ayant donné naissance dans des hôpitaux publics du Québec. Des entretiens semi-dirigés portant sur leurs expériences relationnelles avec les infirmières ont été réalisés. **Résultats :** Trois dimensions principales ont émergé « la femme primipare, la relation infirmière-

femme et l'organisation » regroupant dix thèmes et quarante-deux sous-thèmes. L'approche de l'infirmière, les émotions de la femme liées à son expérience d'hospitalisation et son retour à domicile, ainsi que les activités de soins (éducation, soutien à l'allaitement, promotion de la physiologie) sont perçues comme influençant de manière positive ou négative le développement du SCM. **Conclusion** : Le SCM doit être intégré à l'ensemble des niveaux du système de soins postnatal, puisqu'il représente un indicateur important du bien-être des mères. Les résultats de cette étude montrent que la relation infirmière-femme, les pratiques cliniques et l'organisation des soins sont perçues comme influençant son développement. Une meilleure prise en compte du SCM dans la prestation des soins postnataux contribuerait à soutenir la santé globale des femmes en période de transition vers la maternité.

*Mots clés* : Sentiment de compétence maternelle, période postnatale précoce, relation infirmière-femme femmes primipares, organisations des soins, lien d'attachement mère-bébé, sentiment d'auto-efficacité

## Abstract

**Topic:** The early postnatal period (EPNP) represents a critical period for the development of the sense of maternal competence (SMC), particularly among primiparous women.

**Problem statement:** Nurses play a central role in supporting and accompanying these women. However, individual, relational, organizational, and obstetric factors may influence the development of their SMC. The SMC, similar to maternal self-efficacy, is a major determinant of new mothers' mental health. A low sense of maternal competence increases the risk of depression and anxiety during the early postnatal period and may affect the development of the mother-infant attachment bond. Despite the importance of this sense of competence, many women report negative postpartum experiences, often due to a lack of formal support from health care professionals. Thus, it appears essential to examine the influence of the nurse-woman relationship on the development of the sense of maternal competence within postnatal care and services. **Objective:** This study aims to describe how the relationship between primiparous women and nurses supports the development of a sense of maternal competence during the early postpartum period, within the organizational model of care. **Method:** A descriptive qualitative study was conducted with ten primiparous women who gave birth in public hospitals. Semi-structured interviews focusing on their relational experiences with nurses were carried out. **Results:** Three main dimensions emerged "*the primiparous woman, the nurse-woman relationship, and the organization*" encompassing ten themes and forty-two subthemes. The nurse's approach, women's emotions related to their hospitalization experience and return home, as well as care activities (education, breastfeeding support,

and promotion of physiology) appear to positively or negatively influence the development of their SMC. **Conclusion:** The SMC should be integrated across all levels of the postnatal care system, as it represents an important indicator of maternal well-being. The findings of this study show that the nurse-woman relationship, clinical practices, and the organization of care appear to influence its development. Greater consideration of SMC in the delivery of postnatal care could contribute to supporting women's overall health during the transition to motherhood.

**Keywords:** Sense of maternal competence, early postnatal period, nurse-woman relationship, primiparous women, organization of care, mother-infant attachment bond, maternal self-efficacy

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Abstract .....	iv
Table des matières .....	vi
Abréviations .....	xi
Liste des tableaux .....	xiii
Liste des figures .....	xiv
Remerciements .....	xv
Introduction .....	1
Problématique .....	4
La période postnatale et l'adaptation des femmes .....	5
Principaux facteurs influençant le SCM .....	7
Facteurs relationnels liés aux interactions infirmière-femme .....	7
Facteurs organisationnels .....	10
Facteurs périnataux .....	13
Facteurs individuels liés à la femme et à son nouveau-né .....	14
Facteurs sociétaux .....	15
Conséquences de la problématique .....	16
Pertinence de l'étude .....	18
But et questions de recherche .....	19
Recension des écrits .....	21
Stratégie de recherche documentaire .....	22
La transition et l'adaptation maternelle .....	25
L'acquisition des tâches maternelles selon Rubin (1967-1984) .....	26
Le développement progressif du rôle maternel selon Mercer (1981-2006) .....	28
La matrescence : une transition développementale et identitaire, selon Dana Raphael (1973) .....	30
Analyse de concept sur le rôle et la transition maternelle .....	34

Sentiment de compétence maternelle (SCM).....	38
Définition et historique du concept.....	38
Facteurs influençant le sentiment de compétence maternelle.....	41
Facteurs individuels .....	42
Facteurs relationnels.....	47
Facteurs liés à la dyade mère-enfant .....	50
Facteurs sociétaux (les pressions sociétales et l'idéologie de la bonne mère).....	53
Facteurs périnataux et organisationnels .....	53
Rôle de l'infirmière en postnatal dans le développement du SCM.....	62
Rôle de l'infirmière en postnatal : normes de pratique.....	63
Rôle d'infirmière dans la relation et le soutien au SCM.....	67
Interventions infirmières favorisant le SCM.....	70
Synthèse de la recension des écrits .....	78
Cadre de référence.....	79
Première sphère : Composantes des soins maternels et néonataux .....	81
Deuxième sphère : Partenariat relationnel et engagement .....	82
Troisième sphère : Facteurs d'influence .....	85
Pertinence du cadre de référence.....	86
But de la recherche.....	87
Méthodologie .....	89
Fondement philosophique .....	90
Le devis de recherche.....	92
Population à l'étude.....	94
Méthode d'échantillonnage et recrutement.....	94
Les critères d'inclusion et d'exclusion .....	95
Milieu de recherche.....	96
Déroulement de l'étude .....	96
Méthode de collecte des données .....	97
Les entrevues individuelles.....	97

Le questionnaire sociodémographique et obstétrical .....	98
Le journal de bord .....	98
Analyse des données .....	99
Étape 1 : Condensation des données .....	100
Étape 2 : Présentation des données et mise en relation des thèmes .....	102
Étape 3 : Élaboration de conclusion et validation .....	104
Considérations éthiques.....	104
Consentement.....	105
Processus d’anonymisation .....	105
Conservation des données.....	105
Les bénéfices et les risques .....	106
Critères de scientificité.....	107
La crédibilité .....	107
La fiabilité .....	107
La confirmabilité.....	108
La transférabilité .....	108
La réflexivité .....	109
Résultats .....	110
Les caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	111
Les caractéristiques obstétricales des participantes .....	114
Thèmes émergents de l’analyse des données .....	116
Dimension 1. Femme Primipare .....	117
Thème 1 Émotions .....	118
Thème 2 Adaptation .....	119
Dimension 2. Relation infirmière-femme .....	126
Thème 3 Approche des infirmières .....	126
Thème 4 Valeurs de l’infirmière .....	132
Thème 5 Compétences des infirmières .....	138
Dimension 3 : Organisation .....	140

Thème 6 Activités de soins .....	141
Thème 7 Suivi prénatal .....	156
Thème 8 Postnatal à l'hôpital.....	157
Thème 9 Postnatal à la maison.....	164
Thème 10 Satisfaction dans la relation de soins .....	165
Discussion .....	168
Dimension 1. Femme .....	169
Thème 1 Émotions .....	169
Thème 2 Adaptation .....	172
Dimension 2. Relation infirmière-femme .....	175
Thème 3 Approche des infirmières .....	175
Thèmes 4 Valeurs de l'infirmière .....	177
Thème 5 Compétence des infirmières.....	179
Dimension 3 : Organisation .....	180
Thème 6 Activités de soins .....	181
Thème 7 Suivi prénatal .....	188
Thème 8 Postnatal à l'hôpital.....	188
Thème 9 Postnatal à la maison.....	190
Thème 10 Satisfaction dans la relation de soins .....	191
Les recommandations pour la discipline infirmière.....	192
La pratique .....	192
La formation.....	193
La recherche.....	194
La gestion.....	195
La politique .....	196
Les forces et limites de l'étude .....	197
Limites .....	198
Biais .....	199
Biais anticipés liés à la méthodologie .....	199

Conclusion .....	201
Références .....	204
Appendice A - Recrutement des participantes.....	226
Appendice B - Formulaire de consentement .....	228
Appendice C - Questionnaire sociodémographique et obstétricale.....	232
Appendice D - Guide d'entrevue .....	236
Appendice E - Codebook/Arborescence .....	243
Appendice F - Un exemple de tableau d'un des thèmes principaux .....	251
Appendice G - Approbation Comité d'éthique .....	257
Appendice H - Approbation Directrice et le sujet de recherche.....	260

## Abréviations

ARM	Acquisition du rôle maternel
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BAM	<i>Becoming a mother</i> (Devenir mère)
BSE	<i>Breastfeeding self-efficacy</i> (confiance maternelle à l'allaitement)
CAPWHN	<i>Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses</i> (Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, Standards de pratique de l'infirmière en périnatalité au Canada)
CLSC	Centre local de services communautaires
DAAM	Dispositif d'aide à l'allaitement maternel
DPP	Dépression postpartum
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSE	<i>Mean Squared Error</i> (Erreur Quadratique Moyenne)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPNP	Période postnatale précoce
PSOC	<i>Parenting Skill of Competence</i> (échelle du sentiment de compétence parental)
PSP	Programme soins postnataux
SCP	Sentiment de compétence parental
SCM	Sentiment de compétence maternelle
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle ou sentiment d'auto-efficacité (self-efficacy)

SSE	Statut socioéconomique
TAR	Travail, Accouchement, Récupération
TARP	Travail, Accouchement, Récupération, Postpartum
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
VOG	Violence obstétricale et gynécologique

### Liste des tableaux

Tableau 1 - Stratégie de recherche.....	25
Tableau 2 - Synthèse des théories.....	34
Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=10).....	113
Tableau 4 - Caractéristiques obstétricales des participantes (n=10).....	115
Tableau 5 - Présentation des résultats : Dimensions, thèmes et sous thèmes.....	116
Tableau 6 - Les influences positives perçues sur le SCM .....	123
Tableau 7 - Les influences négatives perçues sur le SCM .....	125
Tableau 8 - Influence de l'allaitement sur le SCM dans la relation .....	146
Tableau 9 - La perception de la planification des soins à l'hôpital .....	151
Tableau 10 - Complications rencontrées par les femmes .....	153
Tableau 11 - Caractéristiques organisationnels leviers ou obstacles au développement du SCM .....	156

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> - Recadrer la matrescence comme un stade de développement neurocognitif..	31
<b>Figure 2</b> - Analyse de concept rôle maternel .....	35
<b>Figure 3</b> - Analyse de concept de transition vers la maternité .....	37
<b>Figure 4</b> - Analyse de concept de l'estime de soi .....	45
<b>Figure 5</b> - Modèle de boussole professionnelle .....	65
<b>Figure 6</b> - Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la coconstruction d'un modèle de soins en périnatalité.....	80
<b>Figure 7</b> - Modèle d'analyse interactive pour les données.....	100

## Remerciements

Avant tout, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Dieu, source de cette idée qui a germé dans mon cœur. Merci pour la force, les ressources et la présence constante dans les moments de doute comme dans les instants de lumière.

À mes enfants (Antoine Elie, Lexy-Ann, Elyssa) merci d'être tels que vous êtes : généreux, aimants, inspirants. Votre présence m'a maintenue tout au long de ce projet. À mon fils aîné, qui a été l'étincelle de cette recherche : alors que tu n'étais encore qu'un tout petit bébé, incapable de parler, ton regard m'a transmis une compréhension silencieuse, une reconnaissance profonde. J'ai senti que tu percevais les sacrifices, les transformations, les défis que ta naissance impliquait pour moi. Ce lien invisible mais puissant m'a guidée. À mes deux filles chéries, vous avez poursuivi cette inspiration avec autant de tendresse et de force. Je suis reconnaissante envers mon mari qui a cru en moi et m'a soutenue dans mon projet.

Je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de recherche madame Karina Daigle. Quelle femme inspirante ! Votre douceur, votre empathie et votre rigueur ont été des repères précieux. Malgré les embûches, vous avez su m'accompagner avec patience, disponibilité et respect de mon autonomie. Grâce à vous, ce mémoire a pu voir le jour.

Merci à mes beaux-parents, ma mère, et ma sœur pour leur soutien logistique, leur aide dans les déplacements et le gardiennage. Votre présence a été essentielle.

À mes amies fidèles, merci pour vos encouragements, votre écoute et votre confiance, surtout dans les moments de découragement. Vous avez cru en moi, parfois plus que moi-même.

Un immense merci aux participantes de cette étude. Vous avez accepté de partager avec moi votre vécu postnatal, vos expériences de soins infirmiers, malgré les bouleversements récents. Votre authenticité et votre générosité ont donné vie à ce travail.

Enfin, je remercie la direction de l'UQO pour le soutien financier, le personnel de la bibliothèque de l'UQO, les techniciens en informatique et mes collègues de travail à l'hôpital pour leur soutien discret mais précieux tout au long de ce parcours.

Note à moi-même : « *Ne laissez pas le perfectionnisme devenir l'ennemi du progrès.* » –Winston Churchill

## **Introduction**

La période postnatale précoce (PPNP) constitue un moment déterminant dans l'adaptation des femmes qui vivent une première expérience de maternité. Ce processus est influencé par leur état émotionnel, leurs besoins et les interactions avec les infirmières qu'elles rencontrent dans le système de soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024) (MSSS). C'est au cours de cette transition qu'elles développent leur sentiment de compétence maternelle (SCM), défini comme étant la perception qu'à une mère de sa capacité à répondre adéquatement aux besoins de son enfant (Bandura, 1997).

Les infirmières occupent un rôle central dans le parcours en maternité, même si les femmes ne rencontrent pas nécessairement les mêmes professionnelles à chaque étape du continuum de soins prénatals. Selon les modèles d'organisation des soins, elles peuvent intervenir à différents moments soit lors de leur contribution aux suivis de grossesse réalisés en collaboration avec les médecins, dans le cadre des cours prénatals offerts en CLSC, au moment de la naissance à l'hôpital, puis en période postnatale. Durant la période postnatale, elles accompagnent les femmes dès les premières heures suivant la naissance par un soutien clinique et éducatif, et évaluent l'état de santé de la mère et du nouveau-né. La relation qu'elle établit avec les femmes peut favoriser ou limiter le développement de leur confiance dans leur nouveau rôle maternel.

Ainsi, même si leur contribution et présence varie auprès des femmes les infirmières jouent un rôle important tout au long du parcours périnatal. Dans le cadre de cette recherche, l'attention sera portée plus spécifiquement sur la période postnatale précoce afin d'examiner comment les interactions entre les femmes vivant une première

maternité et les infirmières contribuent au développement de leur sentiment de compétence maternelle.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique ainsi que le but de la recherche. Le deuxième chapitre expose l'état connaissances actuelles sur le sentiment de compétence maternelle et la période postnatale précoce et le cadre de référence guidant cette étude. Le troisième chapitre détaille la méthodologie de l'étude qualitative descriptive menée auprès des participantes. Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus et leurs dimensions. Enfin, le cinquième chapitre propose la discussion, les recommandations pour la discipline infirmière, les retombées, ainsi que la conclusion de ce mémoire.

## **Problématique**

## **La période postnatale et l'adaptation des femmes**

La période postnatale est un moment déterminant pour les femmes et leurs nouveau-nés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme l'intervalle qui commence immédiatement après la naissance du bébé et s'étend sur six semaines. En ce qui concerne les soins, la période postnatale est divisée en trois phases : la période immédiate (jusqu'à 24 heures après l'accouchement), la précoce (de deux à sept jours) et la tardive (de 8 à 42 jours) (OMS, 2022). Cette période s'inscrit dans la transition vers la maternité (Kuipers et al., 2024) et correspond à la dernière phase de la matrescence, marquée par la lactation et une augmentation de la charge cognitive liée à la distraction, une préoccupation ainsi qu'à la réorganisation des priorités. De nombreux changements physiques, biologiques, psychologiques, culturels et sociaux chez les femmes primipares (Orchard et al., 2023). Ces femmes doivent alors s'ajuster à leur nouveau rôle qui mobilise leurs ressources d'adaptation.

La période postnatale précoce (PPNP) constitue un moment clé dans cette transition. C'est au cours de cette phase que se construit en grande partie le sentiment de compétence maternelle (SCM) alors que les femmes primipares naviguent divers défis émotionnels et psychologiques liés à leur nouveau rôle de mère. En effet, les études montrent que les femmes primipares en période postnatale précoce sont exposées à de multiples facteurs de stress liés à la période périnatale, à l'adaptation à la maternité, à la santé et à l'alimentation du nourrisson ainsi qu'aux relations familiales (Hutchinson & Cassidy, 2022; Orchard et al., 2023; Refaeli et al., 2024; Shrestha et al., 2019; Stoodley et

al., 2023; Woon Young et al., 2022; Zaides et al., 2021). Ces expériences sont fréquemment accompagnées d'une auto-évaluation négative des mères, marquée par des sentiments d'échec et une fragilisation du SCM (Ayers et al., 2019). L'adaptation à la maternité exerce ainsi un effet sur le développement du SCM. Plusieurs auteurs soulignent que le SCM est essentiel à l'adaptation après l'accouchement pour toutes les femmes primipares (Leerkes & Crockenberg, 2002; Vance & Brandon, 2017; Yang et al., 2020). Acquérir ce sentiment de compétence est primordiale pour l'ajustement au rôle maternel lors de la transition. Le SCM est un facteur important de la performance maternelle qui est un indicateur clé d'une transition réussie vers le rôle maternel et cette relation est significative (Choobdarnezhad et al., 2024). Le SCM influence la qualité de la relation mère-enfant et le développement psychosocial de l'enfant (Refaeli et al., 2024; Shrestha et al., 2019; Talebi et al., 2023). Or, les femmes primipares peuvent vivre une transition plus difficile vers la maternité, influençant ainsi négativement leur SCM, notamment relié à un manque de soutien social, une perte d'identité personnelle, un stress lié à la gestion de l'information et une pression des attentes sociales et idéaux irréalistes (Lorén et al., 2024). Le SCM est la clé pour un bon fonctionnement entre la mère et l'enfant (Albanese et al., 2019). Le SCM joue un rôle central dans le fonctionnement de la dyade mère-enfant, il agit sur la relation, sur la santé mentale de la mère et sur le développement de l'enfant (Albanese et al., 2019).

Au Québec, environ 80 000 femmes donnent naissance chaque année, dont près de 35 000 sont des primipares (Statistique Québec, 2024). Comprendre l'expérience de ces nouvelles mères semble être particulièrement essentiel pour les infirmières qui les

accompagnent durant cette période. Le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 du Québec souligne d'ailleurs l'importance du SCM durant la transition vers la maternité et fait la promotion de la santé mentale et le bien-être des mères comme un objectif prioritaire (MSSS, 2024). Le SCM représente la capacité de la femme à être une bonne mère pour son enfant (Vance & Brandon, 2017). Les termes « sentiment de compétence maternelle », « auto-efficacité maternelle » et « confiance maternelle » sont fréquemment utilisés de manière interchangeable dans la littérature. (Vance & Brandon, 2017).

### **Principaux facteurs influençant le SCM**

Le SCM semble influencé par un ensemble de facteurs qui interagissent entre eux dans une approche systémique, incluant ceux relationnels, organisationnels, individuels et sociétaux.

#### ***Facteurs relationnels liés aux interactions infirmière-femme***

Les infirmières jouent un rôle primordial dans le soutien émotionnel et informationnel des nouvelles mères dans le renforcement de leur confiance maternelle. La qualité de la relation entre la femme et les infirmières est associée au développement du sentiment de compétence maternelle. Une relation de confiance et de soutien peut aider la mère à se sentir plus compétente et en sécurité dans ses nouvelles responsabilités (Yang et al., 2020; Y. Zhu et al., 2022).

Les politiques québécoises en périnatalité (2008-2018; 2023-2028) attribuent aux infirmières le rôle de soutenir les femmes dans le développement de leur SCM. Ainsi, il est donc essentiel que celles-ci soient sensibilisées au SCM et à la manière dont leurs attitudes, leurs approches relationnelles et leurs interventions peuvent renforcer ou, au contraire, le fragiliser (Beach Copeland & Harbaugh, 2017; Y. Zhu et al., 2022).

Pourtant, plusieurs études soulignent un manque de soutien relationnel, une communication inefficace, un soutien discontinu auxquels s'ajoute une perte d'autonomie pour les femmes. Ces éléments peuvent conduire à des soins perçus comme pouvant être déshumanisants (Hall et al., 2019). D'autres études rapportent que tant chez les primipares que chez les multipares, le soutien postnatal demeure limité, ce qui entraîne une insatisfaction face à la qualité des soins (Schmied et al., 2024). Les femmes qui ne reçoivent pas de soins à domicile se disent déçues du soutien offert, alors que celles ayant bénéficié de visites sont plus satisfaites (Hall et al., 2019; Schmied et al., 2024). Ces constats rejoignent ceux mis de l'avant dans le Plan d'action 2023-2028 en périnatalité (MSSS, 2024), où le soutien postnatal est qualifié d'insuffisant.

De plus, plusieurs femmes soulignent le besoin d'un soutien adéquat pour l'allaitement dans les 12 à 24 heures suivant la naissance (Schmied et al., 2024). Malgré les recommandations de la santé publique, les taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois demeurent inférieurs aux recommandations de la MSSS, qui fixe la cible à 75 % à atteindre dans le cadre de L'Initiative des amis des bébés (IAB) (Gamache et al., 2016). 52 % des bébés nés à l'hôpital ou en maison de naissance en 2020-2021 ont été

allaités de façon exclusive sur leur lieu de naissance. Bien que de nombreuses mères soient préparées et commencent l'allaitement, certaines pratiques observées dans les milieux de soins vont à l'encontre de l'Initiative hôpitaux amis des bébés, comme l'allaitement à heures fixes, le non-respect des recommandations pour que le bébé reste avec sa mère 24 heures sur 24, et la mise au sein trop tardive après l'accouchement (Gamache et al., 2016).

Ces pratiques qui se fondent souvent sur un modèle uniforme des besoins ne prennent pas en compte les différences individuelles essentielles, ce qui peut mener à des soins déshumanisants (Lecocq et al., 2022). Les études soulignent un manque d'uniformité dans la pratique, un manque de cohérence dans le soutien à l'allaitement maternel et des soins non individualisés auprès des femmes (Benzonana et al., 2019; Lemay et al., 2009). L'application d'une approche standardisée conduit ainsi à une déshumanisation des soins (Pellissier, 2006, cité dans (Lecocq et al., 2022)). De même, il y a un manque de compétence culturelle chez les infirmières dans la relation (Coutinho et al., 2019; Stoodley et al., 2023). Ce déficit relationnel contribue à une insécurité dans leur rôle et à une diminution du SCM. Dans ce contexte, les infirmières doivent réfléchir à leur approche relationnelle avec les femmes. En effet, elles influencent la manière dont les mères primipares perçoivent les informations reçues ainsi que leur satisfaction à l'égard des soins (Lecocq et al., 2022). La qualité de ces interactions influence la confiance, la santé mentale, le bien-être et la satisfaction des femmes (Pollock et al., 2021). Les femmes souhaitent être des partenaires dans leurs soins et apprentissages, plutôt que d'être instruites passivement (Benzonana et al., 2019). Certaines études rapportent que les infirmières sont conscientes de la relation hiérarchique dominante imposée par les

institutions, où elles sont perçues comme des expertes, ce qui rend cette relation négative (Aston et al., 2015; Riquet et al., 2019). De plus, le manque de compétence culturelle chez les infirmières est également soulevé (Coutinho et al., 2019) ce qui peut affecter la qualité de la relation, particulièrement chez les primipares, dans un contexte de diversité. Il est donc essentiel que la relation soit plus égalitaire et réciproque plutôt que directive, et qu'un modèle de partenariat doit être préconisé (Daigle, 2019; Riquet et al., 2019; (Benzonana et al., 2019). Or, il importe que toutes les femmes bénéficient d'une préparation postnatale adéquate lorsqu'elles quittent l'unité de soins en maternité (Riquet et al., 2019). Cependant, les informations fournies pendant ce court laps de temps sont nombreuses, ce qui contribue à des lacunes, comme un manque de soins centrés sur la femme et une absence de continuité relationnelle des soins. L'expérience des femmes démontre qu'elles n'aiment pas les soins fragmentés, les conseils inconséquents, les professionnels insensibles à leurs émotions et les longues périodes d'attente (Daigle, 2019; Hall et al., 2019; Llapa-Rodriguez et al., 2013). En outre, les soins déshumanisants fournis par les professionnels, ainsi que les soins axés sur la technologie et le manque de continuité des soins, constituent des obstacles importants à une approche plus humanisée dans les hôpitaux ce qui entrave le développement du SCM (Behruzi et al., 2013; Cummins et al., 2020).

### ***Facteurs organisationnels***

L'organisation tel que la durée de séjour, la continuité des soins, la charge de travail, l'accès aux visites à domicile joue un rôle primordial dans la qualité de la relation

infirmière-femme et, par conséquent, dans le développement du SCM. Au Québec, 98 % des naissances ont lieu dans des hôpitaux qui ont évolué rapidement avec l'ère de la médecine moderne et des technologies (Agence de la santé publique du Canada, 2009; ISQ, 2024). Ces hôpitaux reposent sur le modèle biomédical, technocratique qui privilégie des interventions de dépistage sur le corps de la femme, abordant la grossesse comme une pathologie à surveiller plutôt qu'un état physiologique naturel dans le cycle de vie d'une femme (Davis-Floyd & Laughlin, 2024). Ce modèle envoie un message négatif quant à la capacité de la femme à vivre sa grossesse de manière autonome, comme le montrent les pratiques de dépistage systématique et d'interventions médicales souvent appliquées par principe de précaution fondé sur le risque zéro (Daigle, 2019; Davis-Floyd & Laughlin, 2024).

Par conséquent, l'accouchement est la cause la plus fréquente d'hospitalisation avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 2,2 jours. La césarienne, quant à elle, est la chirurgie la plus courante au Canada, avec une DMS de 3,0 jours (Institut canadien d'information sur la santé, 2023–2024). La durée de séjour postnatal a diminué dans plusieurs pays, dont le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Australie et le Canada, où les femmes quittent généralement l'hôpital dans les deux à trois jours suivant la naissance. Une femme reste en moyenne trois jours à l'unité de soins en maternité (Fahey & Shenassa, 2013). Or, les femmes hospitalisées pendant une journée ont obtenu un score de performance maternelle supérieur par rapport à celles hospitalisées pendant trois jours (Choobdarnezhad et al., 2024). Selon Walker et al. (2019), cette DMS continuera probablement de réduire dans les années à venir pour des raisons économiques. En raison

de cette tendance mondiale à réduire la durée des séjours à l'hôpital après l'accouchement, la majorité des soins postnatals précoces pour la mère et le bébé sont désormais dispensés à domicile (Walker et al., 2019). À cet effet, les soins relationnels continus lors des visites à domicile par les infirmières pour soutenir le SCM deviennent nécessaires dans la continuité hôpital-domicile (Handelzalts et al., 2021; Walker et al., 2019). D'où l'importance de renforcer le soutien à domicile afin d'encourager le développement du SCM. La fragmentation des soins, la disponibilité limitée de personnel, la pression pour un congé précoce, et le manque d'informations adaptées impactent négativement leur expérience (Pollock et al., 2021). D'autres études mentionnent le manque d'écoute, de soutien émotionnel et d'aide à l'estime de soi (Benzonana et al., 2019; Bernard et al., 2017; Chantal Razurel et al., 2011). Entre 27 à 46 % des femmes déclarent ne pas avoir pu aborder leurs préoccupations avec les infirmières durant le postnatal précoce (Bernard et al., 2017). Plusieurs soulignent que les infirmières se sont peu soucies de leur état psychologique et de leurs émotions (Benzonana et al., 2019; Bernard et al., 2017; Chantal Razurel et al., 2011; Riquet et al., 2019). Cet enjeu relationnel peut contribuer à une insécurité dans leur rôle maternel et à une diminution du SCM. Plusieurs femmes rapportent également un manque de soutien pour l'allaitement maternel, alors que seulement 15 % des nourrissons sont allaités exclusivement jusqu'à six mois, selon les recommandations de l'OMS (Gamache et al., 2016). Les pratiques non conformes aux normes fondées sur des données probantes, par exemple le non-respect du peau-à-peau continu ou un soutien limité dans les premières heures, peuvent fragiliser la confiance des femmes dans leurs capacités à s'occuper de leur nouveau-né (Gamache et al., 2016).

### ***Facteurs périnataux***

Au Canada et au Québec, en raison du modèle biomédical dominant, certaines pratiques peuvent ne pas correspondre aux dernières données probantes. Un grand nombre d'interventions obstétricales sont réalisées de manière systématique. Au Québec, 72,7 % des accouchements vaginaux ont eu lieu sous anesthésie péridurale, un taux bien plus élevé que la moyenne nationale de 59,6 % au Canada. Par ailleurs, le taux de césariennes primaires est de 20,2 % pour les 35 ans et moins et de 15,7 % des césariennes primaires chez les 35 ans et plus, ce qui est supérieur à la moyenne provinciale. (Institut canadien d'information sur la santé, 2023–2024)

De plus, de nombreuses femmes ont rapporté avoir subi plusieurs échographies prénatales ainsi qu'un monitoring fœtal électronique continu, malgré des données probantes recommandant l'auscultation intermittente lors d'un travail normal. Les épisiotomies, le déclenchement et l'accélération du travail demeurent également fréquents. D'autres pratiques, telles que le décubitus dorsal pour l'accouchement, l'utilisation d'étriers et la poussée abdominale, sont encore largement (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Bien que cette enquête ait été réalisée en 2006, elle demeure la seule enquête nationale canadienne offrant un portrait détaillé des pratiques obstétricales et de l'expérience vécue des mères à l'échelle du pays (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Il est primordial de promouvoir davantage les pratiques cliniques basées sur des données probantes pour réduire l'utilisation excessive de ces interventions (Gamache et al., 2016). Ce recours important aux interventions médicales

peut entraîner des conséquences physiques et émotionnelles à long terme (Bell & Andersson, 2016; Hutchinson & Cassidy, 2022). En effet, des études montrent que les femmes présentant des symptômes dépressifs ont des scores plus élevés en ce qui concerne la reviviscence des souvenirs émotionnels de la naissance (Bell & Andersson, 2016; Hutchinson & Cassidy, 2022).

La préparation à la naissance constitue une composante essentielle des soins prénatals, car elle permet aux femmes de se préparer de manière informée et autonome à la naissance et au postnatal précoce. Elle offre l'occasion d'apprendre les pratiques fondées sur les données probantes et de comprendre les décisions à prendre en matière de soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Solnes Miltenburg et al., 2017). Pourtant, de nombreuses femmes ne s'engagent pas dans cette préparation ou n'y ont pas accès, ce qui limite leur capacité à donner un consentement éclairé et à participer activement à leurs soins (Hutchinson & Cassidy, 2022). Pendant cette période, chaque femme présente des besoins spécifiques et multidimensionnels. Elle attend d'être guidée, entourée et accompagnée pour développer des compétences et de la confiance à prendre soin de leur nouveau-né (Benzonana et al., 2019).

### ***Facteurs individuels liés à la femme et à son nouveau-né***

Les études montrent que plusieurs facteurs individuels chez les femmes semblent influencer le développement du SCM. Parmi ceux-ci, il y a les facteurs psychologiques, tels que l'anxiété, la dépression post-partum, le stress post-traumatique, le stress et l'épuisement parental. Les facteurs psychosociaux représentent des éléments comme le

soutien social, le fonctionnement familial, la vulnérabilité et la violence conjugale. À cela s'ajoutent des facteurs personnels, notamment l'adaptation, la préparation à la naissance, la parité, l'âge, l'état civil, les expériences antérieures et les conditions d'hospitalisation. Enfin, les soins du nouveau-né, tels que l'allaitement, la gestion des pleurs, le sommeil et le tempérament du bébé sont aussi des éléments déterminants (Beach Copeland & Harbaugh, 2017; Benzies et al., 2021; Benzonana et al., 2019; Bernard et al., 2017; Cantano et al., 1999; Chavis, 2016; Grisbrook & Letourneau, 2021; Hamelin-Brabant et al., 2015; Knauth, 2000; Leonard et al., 2020; Matthies et al., 2020; Chantal Razurel et al., 2011; Sánchez-Rodríguez et al., 2018).

### ***Facteurs sociétaux***

L'adhésion à l'idéologie maternelle intensive, soit l'idéologie de la « bonne mère » définit le rôle parental maternel comme étant centré sur l'enfant, émotionnellement éprouvant, exigeant en main-d'œuvre et chronophage (Ennis, 2014). Cette idéologie est associée à des niveaux plus élevés de stress d'anxiété, à un SCM plus faible, à des symptômes dépressifs, à un épuisement maternel ainsi qu'à une baisse de la satisfaction à l'égard de la vie (Williamson et al., 2023). Bien que ces symptômes soient souvent identifiés séparément, ils interagissent fréquemment entre eux, influençant ainsi le développement du SCM (Loyal et al., 2021). De nos jours, les représentations idéalisées de la maternité véhiculées, notamment la comparaison sociale, la pression à la performance par les médias sociaux exerce une pression importante sur les mères afin qu'elles se conforment à des standards irréalistes de perfection (Ennis, 2014). Cette

pression peut engendrer un sentiment de culpabilité et d'insécurité quant à leur performance maternelle, affectant ainsi leur SCM (Lorén et al., 2024; Williamson et al., 2023). Cependant, cette idéologie n'est pas plus forte chez les primipares, les femmes multipares reportent davantage de défis et de sacrifices (Loyal et al., 2021).

### **Conséquences de la problématique**

Le sentiment de compétence maternelle (SCM) constitue un déterminant majeur de l'adaptation psychosociale des femmes après la naissance. Comme décrit précédemment, les facteurs relationnels, individuels, périnataux, organisationnels, et sociétaux influencent son développement. Ces facteurs fragilisent le SCM ceci peut entraîner des répercussions négatives sur la santé mentale de la mère, sur les interactions mère-enfant (lien d'attachement) et les pratiques maternelles (habiletés maternelles) (Handelzalts et al., 2021; Orchard et al., 2023).

La diminution de la durée de séjour postnatal et la hausse des interventions obstétricales peuvent accroître les besoins de soutien des femmes primipares nécessitant un soutien postnatal continu. Or, les visites à domicile sont moins fréquentes, particulièrement le soutien en allaitement (Schmied et al., 2024). Cette situation limite les possibilités d'accompagnement individualisé et accentue le risque de difficultés d'adaptation au rôle maternel (Schmied et al., 2024). Le SCM ainsi que la satisfaction au rôle maternel est lié au bien-être des femmes (Hutchinson & Cassidy, 2022). La satisfaction au rôle maternel est d'ailleurs prédite par le SCM (Shorey et al., 2015). Le SCM est lié à la satisfaction et à des comportements parentaux positifs. Le SCM est

également un prédicteur significatif du soutien reçu du conjoint et d'autres sources (Shorey et al., 2015). Il importe de se rappeler que les études rapportent que 20 % des femmes souffrent d'anxiété et de symptômes dépressifs après l'accouchement (Benzies et al., 2021; Bernard et al., 2017; Saeieh et al., 2017).

Un SCM élevé est associé à une diminution du risque de dépression et d'anxiété post-partum (Samdan et al., 2022). À l'inverse, un SCM faible augmente la vulnérabilité aux symptômes dépressifs, au stress parental et à une perception négative de la relation avec l'enfant (Dol et al., 2021; Samdan et al., 2022). Malgré l'importance de ce déterminant, de nombreuses femmes rapportent vivre des expériences négatives pendant la période postnatale en raison d'un manque de soutien physique et émotionnel (Barimani et al., 2015; Barimani et al., 2014; Daigle, 2019). Les expériences positives renforcent le SCM tandis que les expériences négatives, notamment le manque d'information ou de contrôle, la fragilisent (Khajehei et al., 2020). Le SCM dépend principalement des connaissances et du soutien perçu (Khajehei et al., 2020)

En conséquence, les femmes rapportent fréquemment se sentir insuffisamment préparées pour leur rôle maternel et pour la période postnatale. Elles identifient plusieurs besoins non satisfaits, dont l'éducation et le soutien, afin que la formation aux compétences maternelles soit renforcée pour améliorer l'expérience postnatale et de faciliter leur transition vers la maternité, surtout pour les mères primipares (Dol et al., 2021; Sendas & Freitas, 2024; Stoodley et al., 2023). La pratique clinique doit

favoriser l'information, la participation et le soutien individualisé pour améliorer la SCM et les résultats périnataux (Khajehei et al., 2020).

Ainsi, il est important de s'assurer que toutes les femmes primipares bénéficient d'un soutien adéquat lorsqu'elles quittent l'unité de soins en maternité (Riquet et al., 2019). L'exploration de l'expérience relationnelle de ces nouvelles mères avec les infirmières en PPNP devient alors nécessaire pour comprendre leurs perceptions sur le développement de leur SCM et sur l'organisation des soins.

### **Pertinence de l'étude**

Les premiers jours de vie avec l'enfant sont décisifs pour l'établissement du lien d'attachement entre la mère et son enfant. La qualité de cet attachement influence directement le développement du nourrisson et sa capacité à interagir avec son environnement. Toutefois, ce lien ne se construit pas uniquement par la proximité physique, mais aussi par la perception qu'a la mère de ses propres compétences parentales (Woon Young et al., 2022). Un faible sentiment de compétence maternelle peut fragiliser l'attachement, compromettant ainsi la confiance de la mère en sa capacité à répondre aux besoins de son enfant. À long terme, cela peut entraîner des difficultés relationnelles et émotionnelles pour l'enfant, accentuant les risques de négligence ou d'abus (Bentley & Zamir, 2022). Il est donc essentiel de soutenir les mères dans le développement de leur sentiment de compétence afin de favoriser un attachement sécurisant et un développement optimal de l'enfant (Stoodley et al., 2023; Talebi et al., 2023).

Les études démontrent que lorsque les mères se sentent compétentes, elles adoptent des pratiques parentales plus efficaces et favorisent des interactions plus chaleureuses, sécurisées et impliquées avec leurs enfants (Handelzalts et al., 2021). Ces compétences, associées à des comportements maternels sensibles, soutiennent le développement de l'enfant et jouent un rôle essentiel dans le bien-être de la génération suivante (Orchard et al., 2023).

La recherche en sciences infirmières est bien positionnée pour étudier ce phénomène complexe pour améliorer ainsi la santé et la qualité de vie des mères et de leurs bébés. Une meilleure compréhension de ce qui aide les nouvelles mères à développer leur confiance peut avoir un effet positif sur le développement de l'enfant et le bien-être de toute la famille (Vance & Brandon, 2017). Enfin, certains auteurs soulignent la nécessité de disposer davantage de données probantes sur les perceptions des femmes durant la transition vers la maternité, ce qui permettrait aux infirmières de mieux les accompagner durant la période postnatale précoce (Beach Copeland & Harbaugh, 2017).

### **But et questions de recherche**

Le but de cette recherche est de décrire la relation entre les femmes primipares et les infirmières dans le soutien de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins.

**Questions de recherche :**

Comment la relation entre les femmes primipares et les infirmières est-elle perçue comme soutenant le sentiment de compétence maternelle en période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins ?

## **Recension des écrits**

Ce chapitre fait l'état des connaissances actuelles sur le sentiment de compétence maternelle (SCM) des femmes primipares durant la période postnatale précoce dans la relation avec les infirmières. D'abord, Il y aura la présentation de la stratégie de recherche documentaire en incluant les mots-clés et les bases de données consultées. Ensuite, il sera question de la transition et l'adaptation maternelle des nouvelles mères en exposant l'évolution des différentes théories de l'Acquisition du rôle maternel « Attainment of the maternal rôle » (ARM), Devenir mère « Becoming a mother » (BAM) et de la matrescence. Puis, le chapitre explorera le sentiment de compétence maternelle, en exposant les facteurs qui l'influencent ainsi que le rôle des infirmières dans la relation avec les femmes primipares. Enfin, le modèle d'organisation des soins en milieu hospitalier sera présenté, de même que les interventions infirmières liées au SCM.

### **Stratégie de recherche documentaire**

Trois stratégies ont été utilisées pour la recherche documentaire pour garantir la qualité des références. La première stratégie utilisée correspond à l'acronyme PICO (Creswell & Creswell, 2018; Lockwood et al., 2015; Polit & Beck, 2020), qui permet de bien définir la recherche. Dans ce cas-ci, le « P » correspond à la population des femmes primipares, « I » représente l'intérêt porté sur le sentiment de compétence maternelle dans la relation entre l'infirmière et la femme, dans le contexte « C » de la période postnatale précoce, et le but « O » vise à comprendre comment les infirmières contribuent au développement du sentiment de compétence maternelle chez la femme primipare durant cette période charnière. En revanche, la logique SPIDER (Échantillon, Phénomène

d'Intérêt, Conception, Évaluation et Type de Recherche) sous-entend la question qualitative centrée sur le vécu (Cooke et al., 2012). Bien que la question de recherche s'inscrive dans une approche qualitative centrée sur l'expérience des femmes, la stratégie PICO a été privilégiée pour structurer une recherche documentaire large et inclusive, permettant d'identifier des études qualitatives, quantitatives et des documents organisationnels pertinents au phénomène étudié (Cooke et al., 2012; Polit & Beck, 2020). Les bases de données consultées pour cette recherche sont : CINAHL, MEDLINE, PUBMED, CAIRN, psycARTICLES, Proquest, Scopus et GOOGLE SCHOLAR comme outils complémentaires. De plus, des articles issus de la littérature grise ont également été consultés pour répertorier des rapports, des plans d'action, des lignes directrices et des statistiques gouvernementales du Québec et du Canada.

Ensuite, une stratégie de recherche de type booléenne a été utilisée à l'aide de mots clés spécifiques à l'étude. Le tableau 1 illustre les équations utilisées pour trouver des études pertinentes à la recherche. Les études retenues sont autant qualitatives, mixtes et quantitatives, elles ont été rédigées en anglais, certaines en français, comprenant les mots clés dans le titre ou dans le résumé, et elles sont parues durant les 15 dernières années. L'expertise de la bibliothécaire a été sollicitée dès la première étape pour définir la stratégie, les bases de données et la validation des équations.

Enfin, la technique de remontée bibliographique ou par référence croisée a été effectuée à partir de la bibliographie des articles récents et pertinents selon les critères d'inclusions afin de recenser des études supplémentaires à la recherche (Polit & Beck,

2020). Étant donné le nombre d'articles restreints à l'égard des infirmières, les sages-femmes ont été incluses, car dans plusieurs pays, ce sont les sages-femmes qui assurent les soins en périnatalité. Certains critères ont permis d'exclure des articles qui étaient moins pertinents pour cette recherche, notamment les articles qui traitaient des mères d'enfants plus âgés, des expériences de femmes multipares et de la compétence maternelle objective. Les termes MeSH (*Medical Subject Headings*) un vocabulaire contrôlé développé par la National Library of Medicine ont été utilisés lorsque disponibles, en complément des mots-clés libres, afin d'optimiser la sensibilité et la précision de la recherche documentaire (Polit & Beck, 2020). Au total, 68 articles ont été sélectionnés pour être analysés selon la pertinence, la parution et le sujet.

**Tableau 1***Stratégie de recherche*

<b>Base de données</b>	<b>Mots clés /MeSH</b>	<b>Équation de recherche</b>
CINAHL MEDLINE PUBMed PSYarticles Cairn Google scholar Scopus Proquest Sites gouvernementaux	Sense of parental competence, sense of maternal competence, sense of maternal competence, Self efficacy parental, Self efficacy maternal, Primiparous women, first time mother, early postpartum, early postnatal period, postnatal period, nurse relationship, nurse-patient, midwife, nursing interventions, Latescence.	« Sense of parental competence» AND « first-time mother » «postanal period » « Sense of maternal competence » AND « early postanal period » « Sense of parental competence OR sense of maternal competence OR self-efficacy OR parental competence OR maternal competence OR maternal sense of competence OR parental sense of competence » AND « postanal period » « early postanal period » OR « postpartum period» AND «nurse-patient relation OR midwife OR nursing interventions».

### **La transition et l'adaptation maternelle**

Plusieurs théories ont contribué à comprendre comment les femmes vivent la transition vers la maternité. Pour ce faire, une revue narrative évolutive des auteurs ayant contribué au développement des connaissances dans ce domaine sera présentée, des premiers travaux jusqu'aux approches récentes. Ces théories sont mobilisées dans la présente étude, puisqu'elles permettent de comprendre la transition vers la maternité comme un processus développemental et identitaire au cours duquel la femme construit

progressivement sa perception de compétence dans son rôle maternel, faisant du sentiment de compétence maternelle un indicateur central de l'adaptation maternelle.

### **L'acquisition des tâches maternelles selon Rubin (1967-1984)**

Dans les années 1960, Reva Rubin, pionnière dans le domaine des sciences infirmières en maternité, fut la première à utiliser le terme de « transition vers la maternité ». Elle a développé la théorie développementale du rôle maternel en regard de l'acquisition du rôle maternel (ARM), décrit comme un processus cognitif et social complexe, appris, réciproque et interactif (Woon Young et al., 2022). Elle est la première à décrire les tâches maternelles essentielles dès la grossesse et en période postnatale précoce. Durant cette série de processus développementaux qu'elle nomme transition vers la maternité, Rubin (1984) indique que la femme apprend son nouveau rôle et forge son identité maternelle à travers des tâches maternelles qu'elle définit comme une sous-catégorie de l'ARM. Elle identifie trois phases dans la transition vers la maternité durant laquelle les femmes acquièrent leur nouveau rôle à travers les tâches maternelles qui peuvent être pratiques ou psychologiques. Il importe de préciser que, dans la théorie de Rubin, les tâches maternelles renvoient aux apprentissages et ajustements pratiques et psychologiques liés au rôle maternel, tandis que les phases de la transition (*taking in*, *taking hold* et *letting go*) correspondent à des périodes temporelles successives au cours desquelles ces tâches sont progressivement intégrées (Frese & Nguyen, 2022). D'abord, elle mentionne la période de dépendance (*taking in*) qui débute immédiatement après la naissance jusqu'à environ trois jours postnatals; la mère se concentre sur ses propres

besoins, comme le sommeil et la nourriture. Elle dépend beaucoup des autres pour le soutien et l'assistance et elle passe du temps à réfléchir à l'expérience de l'accouchement. En second lieu, la prise en charge (*taking hold*) : cette période commence au jour trois postnatal et s'étend jusqu'au huitième jour. La mère commence à prendre des initiatives pour s'occuper d'elle-même et de son bébé, tout en recherchant de la réassurance dans ses capacités. En dernier lieu, le lâcher-prise (*letting go*), qui dure plusieurs semaines, permet à la mère d'intégrer pleinement son rôle et de reconnaître son bébé comme un individu distinct (Frese & Nguyen, 2022; Woon Young et al., 2022). Dans une perspective centrée sur le sentiment de compétence maternelle en période postnatale précoce, ces phases permettent de comprendre comment les besoins de soutien émotionnel, informationnel et relationnel des femmes primipares varient au cours des premiers jours suivant la naissance, influençant directement la manière dont les interactions avec les infirmières contribuent au développement de leur sentiment de compétence. En 1967, Rubin décrit l'identité maternelle comme le point final de l'acquisition du rôle maternel, caractérisée par le confort de la femme dans ce rôle (Mercer & Ferketich, 1995). Ensuite, elle évoque que l'identité maternelle s'apparente au sentiment interne de compétence de la femme dans son rôle maternel et à la connaissance de son enfant. Le sentiment de compétence maternelle est fortement lié à la capacité de la mère à accomplir ces tâches et à naviguer à travers les phases de l'ARM. Cette théorie (ARM) a permis de mieux cerner les défis psychologiques auxquels les mères étaient confrontées et de préciser la manière dont les infirmières pouvaient les soutenir pendant cette transition (Dore, 2001; Frese & Nguyen, 2022).

### **Le développement progressif du rôle maternel selon Mercer (1981-2006)**

Dans les années 1980, Mercer a enrichi les travaux de Rubin en apportant de nouvelles perspectives sur la manière dont une femme intègre son rôle de mère. Selon Mercer, la maternité est un parcours évolutif, influencé par des interactions avec l'environnement familial et social. En citant Rubin (1967), Mercer redéfinit l'ARM comme un processus par lequel la mère acquiert de la compétence dans ce rôle et intègre les comportements maternels dans sa fonction établie de manière qu'elle se sente à l'aise avec son identité de mère. En 2004, Mercer a suggéré que le terme « acquisition maternelle » soit remplacé. Elle a proposé de renommer cette théorie « *becoming a mother* » (BAM), qui peut être traduite par « en devenir mère », soulignant ainsi l'aspect évolutif, multidimensionnel et identitaire de cette transition. Elle décrit le processus de devenir mère en quatre étapes (Mercer, 2006; Woon Young et al., 2022) : i) la phase anticipatoire correspond à la grossesse, où commence la préparation cognitive et sociale au nouveau rôle de mère. Cela fait référence à l'engagement et la préparation pour le bébé pendant la grossesse. Durant cette période, la femme se consacre à plusieurs tâches essentielles pour assurer sa sécurité et celle de son bébé, elle cherche l'acceptation et le soutien pour elle-même et pour l'enfant. Elle s'attache à son bébé et se donne. Ces actions forment la base des comportements maternels; ii) la phase formelle qui commence à la naissance, elle apprend à connaître et à s'occuper de son bébé, elle suit également les conseils des experts (professionnels); iii) la phase informelle, pendant laquelle elle répond aux signaux uniques de son bébé pour une transition vers une « nouvelle normalité » lors du premier mois. Dans le contexte de la période postnatale précoce, les phases formelle et

informelle décrites par Mercer sont particulièrement pertinentes pour analyser la relation infirmière-femme, puisqu'elles mettent en évidence le rôle central des professionnels comme sources de savoir, de réassurance et de validation des compétences maternelles, influençant directement le développement du sentiment de compétence maternelle (Frese & Nguyen, 2022). Ensuite, iv) la phase d'identité personnelle, durant laquelle la femme acquiert l'identité maternelle et se sent compétente et satisfaite dans son rôle. Ce développement du rôle maternel commence pendant la grossesse et se forme quatre à six mois après la naissance. Un aspect important de sa théorie réside dans la capacité de la mère à fournir des soins habiles et sensibles favorisant le développement de son enfant. Ainsi, la perception de la mère de sa compétence maternelle reflète sa confiance qui se construit au fil du temps, influencée par le soutien et l'apprentissage. Bien que le modèle de Mercer ne distingue pas explicitement les mères primipares des multipares, il permet de comprendre que l'absence d'expérience maternelle antérieure chez les femmes primipares peut accentuer, durant les phases formelle et informelle, les besoins de réassurance, d'apprentissages et la dépendance aux experts, rendant la relation infirmière-femme particulièrement déterminante dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle. Ainsi, le modèle du « BAM » complète les travaux de Rubin en offrant une lecture dynamique et relationnelle du développement du rôle maternel, où les interactions avec les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans la construction progressive du sentiment de compétence maternelle, particulièrement chez les femmes primipares en période postnatale précoce (Mercer, 2006).

### **La matrescence : une transition développementale et identitaire, selon Dana Raphael (1973)**

Le concept de matrescence a été introduit pour la première fois dans les années 1970 par Dana Raphael, anthropologue médicale (Athán, 2024; Raphael, 1976). La matrescence est un concept utilisé pour décrire le processus développemental de devenir mère comparée à l'adolescence, puisque les deux correspondent à des périodes de transition marquées par des transformations psychiques, émotionnelles et identitaires (Orchard et al., 2023). Dana Raphael s'est particulièrement consacrée à l'étude de l'accouchement et de l'allaitement (Athán, 2024; Raphael, 1976).

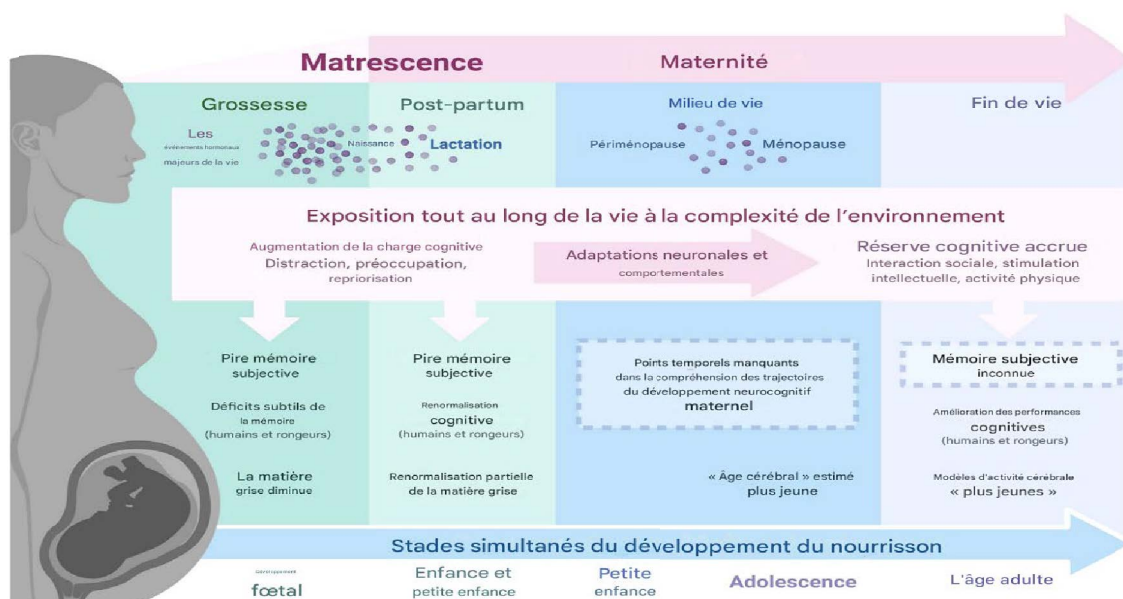
Dans les années 2010, la psychologue et chercheuse Aurélie Athán a repris les travaux de Raphaël Dana (1976) pour approfondir ce processus de développement et a redonné une légitimité scientifique au concept de la matrescence. Elle a inclus un passage développemental où une femme passe par la préconception, la grossesse et l'accouchement ainsi que la maternité de substitution ou l'adoption, jusqu'à la période postnatale et au-delà (Orchard et al., 2023). En 2017, la psychiatre Alexandra Sacks a popularisé le concept de la matrescence au niveau du grand public dans les médias (Sacks, 2017, 2018).

La matrescence a une durée variable selon chaque femme, se répétant avec chaque enfant et pouvant s'étendre sur toute une vie. Les changements qu'elle implique touchent diverses sphères, telles que : biologique, psychologique, sociale, politique et spirituelle et peuvent être comparés à la transformation développementale de l'adolescence (Athán,

2024; Orchard et al., 2023). De la même manière que les transformations hormonales et psychologiques de l'adolescence préparent une personne à une vie adulte réussie, le cerveau se transforme, en préparation et en réponse à l'arrivée d'un enfant (Athan, 2024). En plus des similitudes hormonales et sociales, les modifications du cerveau maternel pendant la grossesse ressemblent morphologiquement à celles observées à l'adolescence (Orchard et al., 2023). À la suite de ce constat, un cadre conceptuel sur la matrescence (figure 1) a été développé pour une meilleure compréhension de ces changements neurocognitifs maternels tout au long de la vie en considérant officiellement ce concept comme un stade de développement neurocognitif chez l'humain (Orchard et al., 2023).

**Figure 1**

*Recadrer la matrescence comme un stade de développement neurocognitif (Orchard et al., 2023)*



La matrescence représente le début de la transition où le cerveau et le corps se préparent à la maternité. Cette transition entraîne des changements hormonaux, neuronaux et cognitifs tant à court terme (pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale) qu'à long terme au milieu et à la fin de la vie (Orchard et al., 2023). Les fluctuations hormonales liées à la grossesse, à la naissance et à la lactation entraînent des transformations physiologiques rapides et extrêmes, sans précédent. Ces changements biologiques sont accompagnés d'une restructuration dynamique de l'environnement physique, émotionnel et social (Athan, 2024; Orchard et al., 2023; Sacks, 2018). En parallèle de ces adaptations, le cerveau maternel subit une neuroplasticité significative, tant structurelle que fonctionnelle, ainsi que des adaptations cognitives tout au long de la période péripartum (Orchard et al., 2023). Cette neuroplasticité cérébrale représente une période neurodéveloppementale sensible, durant laquelle le cerveau est particulièrement apte à acquérir des compétences et des connaissances établies sur l'expérience (Orchard et al., 2023). Ces adaptations neuronales permettent à la mère de gérer les tâches nouvelles et exigeantes de la maternité et de développer des liens solides avec son enfant (Orchard et al., 2023). La neuroplasticité lors de la grossesse peut entraîner une altération de la mémoire qui serait susceptible de représenter une priorisation d'informations cruciales (par exemple, liées au nourrisson) ou de domaines cognitifs (par exemple, cognition sociale) à plus long terme (Orchard et al., 2023). Les changements neurochimiques dans le cerveau maternel augmentent la réactivité et la capacité à répondre aux besoins du bébé (Stoodley et al., 2023). Dans cette perspective, le sentiment de compétence maternelle se distingue des compétences maternelles observables, puisqu'il renvoie à une perception

subjective et une auto-évaluation de la capacité maternelle, susceptible d'être influencée par les transformations émotionnelles, identitaires et socioculturelles vécues par les femmes, indépendamment des habiletés effectivement démontrées dans les soins au nourrisson. La matrescence met en évidence que cette perception de compétence peut être modulée par les normes sociales de la « bonne mère », la pression à la performance maternelle, la qualité du soutien social et les attentes institutionnelles associées aux soins périnataux, contribuant à accentuer la vulnérabilité normative vécue durant cette transition. Chez les femmes vivant une première maternité, l'intensité de ces transformations, combinée à l'absence de repères expérientiels antérieurs, peut rendre la perception de compétence maternelle particulièrement sensible aux influences émotionnelles, relationnelles et socioculturelles, faisant de la matrescence un cadre conceptuel central pour comprendre le développement du SCM en période postnatale précoce.

Le tableau 2 qui suit présente une synthèse des principales contributions théoriques et conceptuelles portant sur le rôle maternel et le développement du sentiment de compétence maternelle (SCM). Les travaux de Rubin et de Mercer constituent des théories développementales reconnues, tandis que les propositions de Raphael (1976) et Sacks (2017) s'inscrivent davantage dans une perspective conceptuelle contemporaine. Bien qu'elles diffèrent par leur structure et leur portée, ces contributions convergent vers l'idée que le SCM joue un rôle central dans la transition vers la maternité. Ensemble, elles illustrent l'évolution de la compréhension du rôle maternel à travers différentes époques, dimensions et influences contextuelles.

**Tableau 2***Synthèse des théories*

<b>Théorie</b>	<b>Période couverte</b>	<b>Focus principal</b>	<b>Lien avec le SCM</b>
<b>Rubin (1967)</b>	Grossesse et postnatal immédiat	Tâches maternelles essentielles	La maîtrise progressive des tâches maternelles contribue au développement de la confiance et du SCM.
<b>Mercer (1981)</b>	Postnatale (jusqu'à six mois)	Développement progressif du rôle maternel	Le SCM se construit au fil des quatre étapes, notamment par les interactions avec les professionnels et l'appropriation du rôle
<b>Raphael (1976) &amp; Sacks (2017)</b>	Grossesse et parentalité continue	Transformation identitaire et neurobiologique	Les transformations émotionnelles et socioculturelles influencent la perception subjective de compétence maternelle, indépendamment des compétences observables

### **Analyse de concept sur le rôle et la transition maternelle**

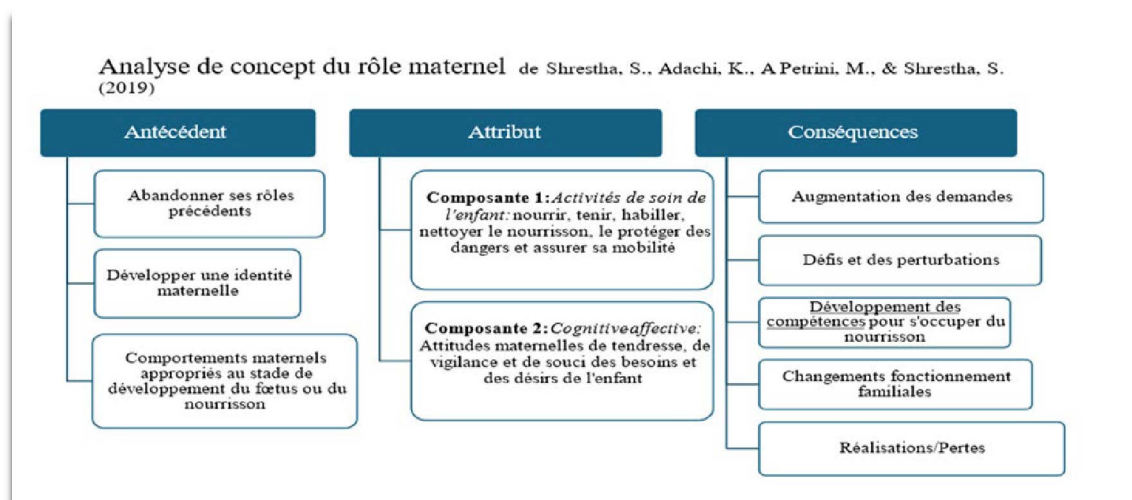
Des articles récents ont examiné les concepts de transition (Woon Young et al., 2022) et du rôle maternel (Shrestha et al., 2019). Le cadre d'analyse conceptuelle en huit étapes élaborées par Walker et Avant (2011, 2019) est utilisé pour approfondir la compréhension de l'adaptation des nouvelles mères au cours de cette période de vie.

L'analyse de concept sur le rôle maternel tel que représenté à la figure 2 montre qu'une adaptation réussie au rôle maternel se reflète dans la confiance en sa capacité à nourrir et à assurer le développement physique, émotionnel, comportemental et social de

son enfant (Shrestha et al., 2019). La satisfaction dans le rôle maternel nécessite un ajustement réussi, qui est exprimé par la confiance en soi, l'estime de soi, la compétence, la maîtrise et la satisfaction du rôle. Ils ajoutent que la compétence maternelle est influencée par l'équilibre des rôles de femme, mère et employée, l'anxiété et l'attachement prénatal.

**Figure 2**

*Analyse de concept rôle maternel (Shrestha et al., 2019)*

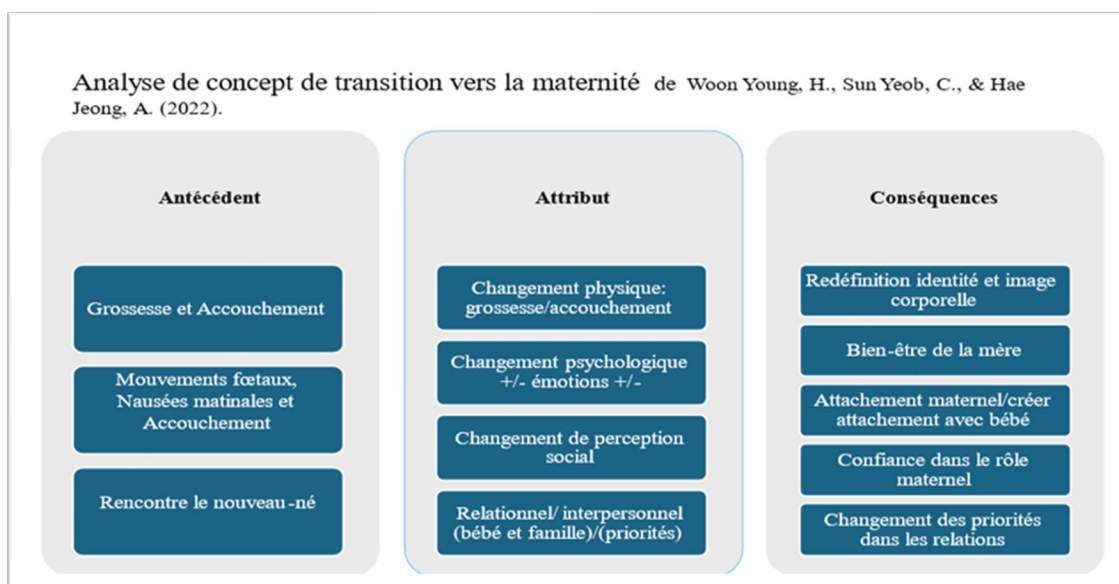


L'analyse de concept sur la transition vers la maternité, tel qu'exposé à la figure 3, montre qu'une transition réussie survient lorsqu'une femme développe la confiance nécessaire pour assumer son rôle de mère, renforçant ainsi son sentiment de compétence maternelle (Woon Young et al., 2022). Les auteurs ajoutent que cela facilite la création du lien d'attachement avec le bébé et influence positivement le développement physique, socio-émotionnel, linguistique et cognitif de l'enfant. De plus, ce processus permet à la

femme de développer son comportement maternel et de poursuivre son évolution, ce qui exerce un effet positif sur le bien-être et la santé mentale des mères et, par conséquent, de l'enfant. Le développement d'outils pour mesurer cette transition, tels que des échelles validées, des indicateurs cliniques ou des dispositifs qualitatifs (entretiens, grilles d'analyse du vécu), est recommandé afin d'évaluer la transition vers la maternité. Ces outils pourraient être mobilisés tant en recherche, pour mieux documenter les processus transitionnels, qu'en pratique clinique, afin d'orienter et d'adapter les interventions de soutien et les soins offerts aux mères.

**Figure 3**

*Analyse de concept de transition vers la maternité (Woon Young et al., 2022)*



Un antécédent conceptuel majeur du rôle maternel est l'identité personnelle, définie comme l'intégration progressive de l'identité de mère et de l'identification à l'enfant, telle que décrite dans les analyses de concept fondées sur le cadre de Walker et Avant (Shrestha et al., 2019; Woon Young et al., 2022). Une identité personnelle positive est associée à un plus grand sentiment de maîtrise dans la prise en charge de l'enfant et à des comportements maternels empreints de sensibilité, tandis que la compétence et la satisfaction dans le rôle influencent significativement la qualité des comportements parentaux (Shrestha et al., 2019). Ces éléments montrent que l'adaptation à la maternité est étroitement liée aux croyances des mères quant à leurs capacités. Dans ce contexte, le sentiment de compétence maternelle (SCM) apparaît comme une

dimension centrale de l'adaptation maternelle. S'appuyant sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura, le SCM est conceptualisé comme une perception subjective et une auto-évaluation de la capacité maternelle, distincte des compétences observables, qui se construisent à travers l'expérience vécue de la transition vers la maternité, la validation sociale et la régulation de l'anxiété (Bandura, 1997; Cao et al., 2023). Ainsi, l'examen spécifique du SCM constitue l'étape suivante logique pour approfondir la compréhension de l'adaptation maternelle, particulièrement chez les femmes primipares.

### **Sentiment de compétence maternelle (SCM)**

Comme décrit précédemment dans la problématique, les concepts de sentiment de compétence parentale (SCP), d'auto-efficacité parentale (SEP) et de confiance parentale sont fréquemment utilisés de manière interchangeable dans les écrits pour désigner une croyance personnelle en sa capacité à être un bon parent (Vance & Brandon, 2017). Afin d'apporter un éclairage conceptuel, la définition et l'historique de ces notions issues du SCP/SEP seront d'abord présentés. Ces éléments permettent de situer le sentiment de compétence maternelle (SCM) comme une application spécifique de ces concepts au rôle maternel, avant d'en préciser les particularités propres à l'expérience des mères.

### **Définition et historique du concept**

Le concept de sentiment de compétence parentale (SCP) découle du concept général de SEP appliqué au champ parental, élaboré par le psychologue et chercheur Albert Bandura dans le cadre de sa théorie sociocognitive (Bandura, 1997). Le concept d'auto-efficacité ou de sentiment d'efficacité personnelle (SEP), également appelé *self-*

*efficacy* est la conviction subjective, la croyance ou la confiance en sa capacité à accomplir une tâche ou un comportement spécifique, notamment la capacité perçue à s'occuper de ses enfants et à comprendre leurs besoins dans le rôle parental (Chantal Razurel et al., 2011).

Dans le cadre de son concept d'auto-efficacité (SEP), Bandura identifie quatre déterminants essentiels : i) l'expérience active de maîtrise mentionne que plus un individu connaît des succès dans l'accomplissement d'un comportement donné, plus il renforcera sa confiance en ses capacités personnelles. À l'inverse, les échecs ont tendance à affaiblir ce sentiment; ii) l'expérience vicariante ou indirecte explique que ce type d'apprentissage repose sur l'observation et les comparaisons sociales; iii) la persuasion verbale qui consiste à convaincre les individus qu'ils disposent du potentiel nécessaire pour réussir le comportement demandé, favorisant ainsi l'émergence de croyances positives en leurs capacités; iv) les états psychologiques et émotionnels exposent que des émotions négatives, comme l'anxiété, peuvent être associées à des performances médiocres dans un comportement spécifique. Cela risque d'affaiblir la perception de ses propres compétences et de favoriser l'échec.

À travers les décennies, les chercheurs s'intéressant au sentiment de compétence ont développé à partir des travaux de Bandura l'échelle « Parenting Sense of Competence Scale » (PSOC), composée de 17 items. Cette échelle est la plus utilisée dans les études pour mesurer l'auto-efficacité et le sentiment de compétence parentale, reflétant ainsi la

perception globale des parents quant à leurs compétences. Voici comment l'outil a été créé et amélioré au fil du temps dans les études (Gilmore & Cuskelly, 2024).

En 1978, Gibaud-Wallston et Wandersman ont développé une échelle du sentiment de compétence parentale (PSOC), initialement destinée aux parents de nourrissons. Cet outil visait à évaluer l'estime de soi des parents selon deux dimensions : les compétences et connaissances (skill-knowledge) et les valeurs et le réconfort (value-comforting). En 1989, Johnston et Mash ont renommé ces deux dimensions en « efficacité » et « satisfaction » afin de mieux capturer l'intégralité du concept SCP/SCM. Le facteur efficacité examine les compétences perçues des parents, leur aptitude à résoudre les problèmes et à assurer leur rôle parental. Le facteur satisfaction, quant à lui, explore les aspects émotionnels de la parentalité, tels que l'anxiété, la motivation et les frustrations des parents. D'autres auteurs ont renommé ces deux facteurs par le sentiment d'efficacité, qui représente la compétence perçue et correspond à la dimension instrumentale du rôle de mère, et le sentiment de satisfaction maternelle, qui se rapporte à la dimension affective de ce rôle (Blavier et al., 2020).

Enfin, plus récemment, une analyse de concept menée par (Vance & Brandon, 2017) a exploré les notions d'auto-efficacité parentale, de confiance parentale et de compétence. Leur analyse a révélé que la compétence devrait être considérée comme un concept distinct du sentiment de compétence. Ce dernier est davantage lié à l'évaluation subjective de la confiance des parents en leurs capacités, tandis que la compétence représente une mesure objective de la qualité parentale. De plus, certains auteurs ont

questionné, à travers différentes études, si le concept d'auto-efficacité parentale (SEP) pouvait être transposé directement au SCM (Delaville, 2020). Des études récentes dans ce domaine confirment cette transposition et précisent que le SCM renvoie aux compétences maternelles perçues par la mère, lesquelles influencent fortement la qualité des interactions mère-enfant et le développement néonatal (Handelzalts et al., 2021; Hutchinson & Cassidy, 2022).

Ainsi, la définition retenue du sentiment de compétence maternelle (SCM) dans le cadre de cette recherche correspond à la confiance qu'une femme accorde à sa capacité de prendre soin de son enfant (Talebi et al., 2023), envisagée comme une perception subjective et une auto-évaluation intégrative de son rôle maternel. Ce sentiment s'inscrit dans une perspective plus large incluant les dimensions émotionnelles, identitaires et relationnelles de la transition vers la maternité, notamment l'anxiété, la satisfaction, l'adaptation au rôle et les interactions avec l'environnement social et les professionnels de la santé. Afin d'éviter toute confusion, cette recherche se concentre spécifiquement sur le SCM, entendu comme distinct de la compétence maternelle objective, qui relève plutôt d'une évaluation externe ou comportementale. Le concept SCM remplacera également le terme SEP dans le cadre de cette étude.

### **Facteurs influençant le sentiment de compétence maternelle**

Le sentiment de compétence maternelle (SCM) est influencé par un ensemble de facteurs individuels, relationnels, liés à l'enfant, organisationnels et périnataux. Les études démontrent que ces facteurs interviennent durant la période postnatale, ils agissent de

manière interactive et influencent la manière dont les femmes primipares perçoivent leurs capacités à exercer leur rôle maternel, particulièrement en PPNP. Cette section présente les principaux déterminants du SCM documentés dans les écrits scientifiques.

### ***Facteurs individuels***

Les facteurs individuels regroupent les caractéristiques personnelles qui influencent la perception qu'ont les mères de leurs capacités. Ils concernent leur parité, leur âge, leur statut socio-économique (SSE) et leur santé psychologique, qui influencent le développement de leur SCM.

**La parité.** Une étude longitudinale a exploré le développement de l'auto-efficacité maternelle qui correspond au SCM chez 292 mères primipares (n=177) et multipares (n=143) appartenant à des familles socialement et/ou culturellement défavorisées en Allemagne durant la période postnatale (14 semaines) (Samdan et al., 2022). Les résultats de l'étude démontrent que la parité est corrélée positivement avec l'auto-efficacité maternelle postnatale, ce qui signifie que les mères ayant déjà eu des enfants présentent une auto-efficacité maternelle postnatale plus élevée que les mères primipares, notamment en raison de l'expérience. De plus, cette étude souligne que les mères primipares sont plus vulnérables aux symptômes dépressifs et elles se sentent souvent moins compétentes que les mères expérimentées (Samdan et al., 2022). Cette étude compare implicitement les primipares et les multipares, cela soutient la vulnérabilité potentielle des mères primipares en début de maternité.

Une étude transversale a été réalisée auprès des femmes ayant accouché dans les six mois précédents, résidant dans les provinces maritimes. 561 femmes, majoritairement primipares, ont été recrutées avec une majorité d'enfants de 0-3 mois. Les résultats démontrent que la parité influence le SCM et l'anxiété : les primipares ont un SCM plus faible et une anxiété plus élevée que les multipares (Dol et al., 2021).

L'étude précédente corrobore avec les résultats de cette étude exploratoire, laquelle compare le SCM et vise à identifier ses prédicteurs chez des mères inexpérimentées (primipares n=166) et expérimentées (multipares n=136) durant la période précoce, à un, quatre et huit mois postnatals. Les données ont été recueillies à l'aide de l'échelle PSOC ainsi que d'autres instruments validés. (Mercer & Ferketich, 1995). Chez les primipares, la maîtrise, l'anxiété, la santé de l'enfant et le soutien social jouent un rôle significatif dans le SCM. La croissance du SCM chez les primipares indique une acquisition progressive. L'estime de soi est le prédicteur principal pour tous. La transition pour les multipares semble être moins complexe, car elles maîtrisent déjà les comportements (Mercer & Ferketich, 1995). Cette étude demeure très pertinente malgré le nombre d'années, car ces résultats sont toujours d'actualité et qu'il y a peu d'études sur ce sujet spécifique.

**L'âge.** L'étude de Zhu et al. 2022 sur le SCM chez les femmes primipares en postnatal révèle que les femmes plus âgées ont montré des niveaux plus élevés de leur sentiment de compétence maternelle, en raison de leur maturité psychologique et de leur expérience de vie (Y. Zhu et al., 2022). De plus, une métasynthèse qualitative a exploré l'expérience vécue des mères de 13 à 19 ans lors de l'accouchement, les défis après la

naissance et les stratégies d'adaptation (Tenaw et al., 2024). Les résultats soutiennent que ces mères font face à des réactions négatives de leur entourage, à des problèmes financiers, à l'abandon scolaire et à des troubles émotionnels. Cette étude met en évidence que le fait de devenir mère avant l'âge adulte, chez des mères primipares, accroît leur vulnérabilité et agit négativement sur le SCM. Elle souligne par ailleurs que les stratégies d'adaptation incluent le soutien social et l'auto-efficacité (SCM) (Tenaw et al., 2024).

**Le statut socio-économique (SSE).** Est défini par le niveau social et matériel d'une personne, il est principalement déterminé par le revenu, l'éducation et l'occupation (Samdan et al., 2022). L'étude ne mentionne pas l'impact du revenu ou de l'occupation sur le SCM. Elle souligne que les mères ayant un niveau d'éducation plus élevé peuvent se sentir moins confiantes dans leurs SCM après la naissance. Probablement en raison des attentes plus élevées envers elles-mêmes (Samdan et al., 2022). Il est possible le revenu ou l'occupation influencent indirectement le SCM, mais cela n'a pas été spécifiquement étudié dans cette étude. Alors que l'étude de Zhu et al. 2022 sur les prédicteurs du SCM chez les femmes primipares à un et trois mois affirme que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé (par exemple, diplôme universitaire ou supérieur) ont tendance à avoir des scores moyens du SCM légèrement plus élevés, l'analyse de régression linéaire généralisée n'a pas trouvé de lien significatif entre le niveau d'éducation et le sentiment de compétence maternelle. Concernant l'occupation, les femmes primipares sans emploi avaient un score moyen du SCM plus élevé que celles qui étaient employées avec une différence statistiquement significative. Le revenu est une source importante de soutien matériel et garantit l'accès aux ressources nécessaires pour la maternité. Les femmes ayant

une meilleure situation économique perçue ont des niveaux plus élevés de SCM. En revanche, une situation économique perçue moins bonne est associée à un faible SCM. Ainsi, le statut socio-économique joue un rôle important sur le SCM (Y. Zhu et al., 2022)

**La santé psychologique de la mère / estime de soi.** Une analyse de concept sur l'estime de soi a été réalisée par (Doré, 2017). Cette analyse a révélé que l'estime de soi est un concept complexe, influençant la personnalité, la santé mentale et les relations interpersonnelles. Elle est essentielle à la construction de la personnalité et à l'équilibre psychique de l'individu. L'auteur identifie l'estime de soi comme un concept fondamental en santé mentale (Doré, 2017). Une étude visant l'analyse l'écart entre les attentes et les expériences postnatales des nouvelles mères (n=176) et l'impact sur la santé mentale montre que des attentes non satisfaites sont associées à une baisse de l'estime de soi et une augmentation de la dépression, de l'anxiété et du stress. L'étude souligne l'importance de gérer les attentes prénatales pour prévenir les troubles psychologiques postnatals (Lazarus & Rossouw, 2015).

**Figure 4**

*Analyse de concept de l'estime de soi (Doré, 2017)*

Antécédents	Attributs	Conséquences
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance en soi</li> <li>• Dignité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valeur accordée à soi-même</li> <li>• L'acceptation de soi</li> <li>• Le sentiment de compétence</li> <li>• L'attitude envers soi-même</li> <li>• Le respect de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'affirmation de soi</li> <li>• Des relations facilitées avec les autres</li> <li>• La résilience</li> </ul>

Une étude quantitative transversale a examiné la relation entre les souvenirs de naissance, le sentiment de compétence, la satisfaction corporelle, l'estime de soi et le bien-être mental des mères primipares ( $n = 234$ ), ayant des enfants de moins de 2 ans, dont 75 avaient des bébés âgés de 0 à 6 mois (Hutchinson & Cassidy, 2022). Les résultats ont permis d'identifier les prédicteurs de l'estime de soi définis comme étant la perception qu'une femme a de sa propre valeur et de ses capacités. Les femmes qui se sentent confiantes dans leur rôle maternel et dans leurs capacités à s'occuper de leur bébé ont tendance à afficher une meilleure estime de soi. Une bonne estime de soi est liée à une meilleure santé mentale et à un bien-être général (Hutchinson & Cassidy, 2022). Inversement, une faible estime de soi peut entraîner une diminution du SCM, ce qui augmente le stress et l'anxiété liés à la transition vers la maternité. Les résultats ont révélé qu'un SCM plus élevé est associé à une meilleure estime de soi ainsi qu'à un bien-être mental accru. Elle expose le lien étroit entre l'estime de soi et le SCM en démontrant que ces deux facteurs sont interconnectés et se renforcent mutuellement, ce qui corrobore les résultats de recherches antérieures (Mercer & Ferketich, 1995).

Les souvenirs de la naissance, incluant la mémoire émotionnelle lors de l'accouchement, ont également un effet significatif sur l'estime de soi, établissant un lien entre les souvenirs revécus et le risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT) pour les femmes ayant vécu une expérience d'accouchement négative.. En outre, l'étude explore les attentes des mères, affirmant que la transition vers la maternité et l'intégration du rôle de mère sont étroitement liées à l'estime de soi. Un manque de connaissances sur l'éducation des enfants est associé à une estime de soi faible (Hutchinson & Cassidy,

2022). Il est important d'éduquer les femmes sur la réalité de la maternité pour réduire la dépression (Lazarus & Rossouw, 2015).

Une étude transversale a examiné les relations entre la dépression post-partum, le SCM, et la compétence maternelle dans le rôle chez 343 mères primipares et multipares en post-partum dans trois établissements de soins de santé primaires (Dlamini et al., 2023). Un fort SCM était associé à une forte compétence dans le rôle maternel et à moins de symptômes de dépression post-partum, ce qui suggère que l'amélioration du SCM pourrait aider à réduire la dépression post-partum et à améliorer la compétence maternelle dans le rôle (Dlamini et al., 2023). De plus, d'autres études en PPNP soutiennent que des niveaux élevés de symptômes dépressifs sont souvent associés à un faible SCM (Samdan et al., 2022).

### ***Facteurs relationnels***

Les facteurs relationnels représentent le soutien social offert par l'entourage immédiat, comme la famille, le conjoint, les amis ou les professionnels. Ces interactions ont une influence sur l'adaptation des mères primipares durant la PPNP. Les études répertoriées concernent la période postnatale jusqu'à 16 semaines. Ces études concluent sur l'importance de débiter précocement ce soutien social afin de renforcer la confiance des nouvelles mères en leur capacité afin de soutenir le développement de leur SCM (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Saeieh et al., 2017; Samdan et al., 2022; Walker et al., 2019; Yang et al., 2020; Y. Zhu et al., 2022).

**Le soutien social.** Le soutien social durant la grossesse constitue un facteur influençant et augmentant de manière significative le SCM en période postnatale (Samdan et al., 2022; Yang et al., 2020). C'est un facilitateur et un prédicteur important de la compétence et de la satisfaction. Il augmente la compétence en fournissant des encouragements et des ressources. Lorsqu'il est renforcé, il permet de faire face aux défis (Yang et al., 2020). Les études rapportent deux sortes de soutien contribuant au développement du SCM : i) **le soutien social informel** représente la famille, les amis et les proches fournissant principalement un soutien au niveau émotionnel (Yang et al., 2020); ii) **le soutien social formel** représente les professionnels, comme les infirmières offrant principalement un soutien informatif et des conseils (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Yang et al., 2020). Lorsqu'on considère à la fois le soutien social formel et informel, un soutien informel insuffisant pendant la grossesse semble augmenter le risque de dépression post-partum, tandis que le rôle du soutien formel reste incertain (Nakamura et al., 2020; Samdan et al., 2022).

Une étude longitudinale prospective a examiné le développement de l'auto-efficacité maternelle (SCM) dans des familles socialement et/ou culturellement défavorisées en Allemagne (Samdan et al., 2022). Le soutien formel, tel que la participation à des programmes et des cours, est un prédicteur significatif. Le soutien informel, comme les interactions sociales personnelles, est également significatif. L'étude révèle une interaction significative entre la parité et le soutien formel : le soutien formel est particulièrement bénéfique pour les mères ayant leur premier enfant, en raison de leur manque d'expérience (Y. Zhu et al., 2022). Les mères nées à l'étranger montrent une

augmentation significative de leur SCM postnatale. Ce résultat suggère que les mères nées à l'étranger tendent à développer un meilleur SCM après la naissance, malgré un soutien moindre de leur entourage et une participation réduite aux programmes formels. Toutefois, ces femmes immigrantes disposent souvent d'un réseau social restreint, augmentant leur risque d'isolement social durant la grossesse, ce qui peut négativement affecter leur SCM. L'étude de Saeieh et al. (2017) corrobore ces résultats, en notant que l'éloignement familial contribue à un soutien social perçu plus faible chez les femmes migrantes. Walker et al. (2019) ajoutent que les croyances culturelles sur la maternité peuvent influencer les attentes et les comportements des nouvelles mères.

Une étude quantitative longitudinale réalisée en Iran a examiné l'impact du soutien social sur la compétence maternelle chez les femmes primipares pendant et après la grossesse (Saeieh et al., 2017). Les résultats démontrent que les scores de compétence maternelle ont diminué entre la grossesse et 16 semaines après l'accouchement, contrairement aux études plus récentes (Samdan et al., 2022; Y. Zhu et al., 2022), qui démontrent une augmentation vers trois mois. Une relation significative entre le soutien social et la compétence maternelle a été observée six semaines) et seize semaines après l'accouchement. Un soutien social perçu élevé pendant la grossesse est lié à une meilleure compétence maternelle six semaines après l'accouchement. 30 % des femmes ont désigné leur mère comme principal soutien, tandis que 14 % n'ont reçu aucun soutien. Les résultats montrent que le soutien social aide les mères à développer leurs compétences parentales et à réduire le stress.

**Le fonctionnement familial.** Représente le soutien et les interactions au sein de la famille et du couple. Ce fonctionnement peut être mesuré et un score élevé (Family APGAR) indique un bon fonctionnement familial, ce qui est associé à un meilleur sentiment de compétence maternelle. Tandis qu'un score faible indique un dysfonctionnement familial (Y. Zhu et al., 2022). Le SCM est reconnu comme un facteur clé dans le bon fonctionnement familial (Albanese et al., 2019).

### *Facteurs liés à la dyade mère-enfant*

**Relation mère-enfant.** La dyade mère-enfant regroupe les caractéristiques du nourrisson, les interactions précoces et l'allaitement, qui agissent sur la qualité de la relation mère-bébé. Ces éléments affectent directement le développement du SCM. Le SCM est essentiel à la qualité des interactions mère-bébé ainsi qu'au développement néonatal (Talebi et al., 2023).

**Le tempérament de l'enfant.** Albanese et al. (2019) mentionnent que le tempérament de l'enfant est un facteur influençant l'auto-efficacité maternelle. Par exemple, le tempérament difficile d'un enfant peut affecter la perception des mères de leur propre efficacité, ce qui peut à son tour influencer leurs comportements maternels et leur bien-être émotionnel. Le tempérament de l'enfant influence les préoccupations maternelles (de Jesus Roldão Caetano et al., 2018). Le lien entre le tempérament de l'enfant et le sentiment de compétence maternelle est mentionné dans l'étude de Kaitz (2007). Cette étude sur les préoccupations maternelles au début de la parentalité auprès de 366 femmes primipares souligne que les mères ayant des niveaux élevés de

préoccupations sont celles qui décrivent le tempérament de leur bébé comme difficile. Ce qui peut affecter leur capacité à se sentir compétentes dans leur rôle maternel (Kaitz, 2007).

**L'allaitement.** Une étude sur les prédicteurs du SCM chez les primipares mentionne que l'allaitement était associé à des niveaux plus élevés de sentiment de compétence maternelle (Y. Zhu et al., 2022). La raison possible de ce constat est que l'allaitement augmente la fréquence des interactions mère-nourrisson, ce qui est considéré comme contribuant à améliorer le SCM. Les mères qui allaitaient exclusivement avaient un SCM plus élevé que celles qui utilisaient des méthodes mixtes ou de biberon (Y. Zhu et al., 2022).

Une autre étude transversale a été réalisée auprès de 450 femmes en Chine après l'accouchement, avant leur sortie de l'hôpital sur les facteurs liés à l'accouchement et la confiance dans l'allaitement (Wang et al., 2021). La confiance maternelle en l'allaitement (Breastfeeding self-efficacy) (BSE) est un facteur clé influençant l'initiation et la durée de l'allaitement. Les femmes ayant une BSE élevée ont plus de chances de commencer l'allaitement exclusif avec succès. La santé de l'enfant et l'allaitement sont également des facteurs importants, car l'allaitement augmente le nombre d'interactions mère-enfant (Y. Zhu et al., 2022). Les femmes primipares avec un nourrisson en bonne santé et qui allaitaient avaient un SCM plus élevés, 93,14 % des femmes ont jugé la santé de leur nourrisson comme bonne, et 51,14 % ont allaité (Y. Zhu et al., 2022). Une revue des écrits portant sur les interventions pour soutenir la relation mère-bébé, expose comme résultat

que l'ocytocine libérée pendant l'allaitement et le contact peau à peau augmentent la sensibilité maternelle et favorisent les comportements de « nurturing », ce qui contribue à augmenter le SCM (Stoodley et al., 2023).

**Le sexe du parent (soutien du conjoint comme déterminant SCM).** Une étude qualitative a examiné le rôle du soutien social et compare la compétence parentale et la satisfaction des mères (SCM) et des pères (SCP) après l'accouchement (Yang et al., 2020). Les résultats indiquent des niveaux modérés de compétence et de satisfaction parentales chez les mères et les pères, sans différence significative entre les deux groupes. En revanche, le soutien social des pères est significativement plus bas que celui des mères. Par ailleurs, l'étude identifie deux variables clés qui prédisaient les scores de compétence maternelle : le soutien social des mères et les scores de compétence des pères. Ces résultats démontrent l'importance du soutien social pour le SCM. L'étude conclut que la compétence et la satisfaction parentales sont interconnectées entre les mères et les pères. Le soutien social constitue un facteur essentiel pour améliorer la compétence et la satisfaction parentales pour les deux sexes. En outre, l'analyse révèle que le sentiment de compétence est associé à des comportements parentaux positifs, tels que la chaleur, la réactivité et l'implication, et ce, de manière similaire chez les mères et les pères. Ainsi, les parents ayant un niveau élevé de compétence et de satisfaction dans leur rôle parental sont plus susceptibles d'adopter des pratiques favorables au développement de leurs enfants.

### ***Facteurs sociétaux (les pressions sociétales et l'idéologie de la bonne mère)***

Une étude qualitative a examiné la situation en se basant sur les expériences de 19 mères en Australie concernant l'idéologie de la bonne mère (Williamson et al., 2023). Cette idéologie se définit par des standards irréalistes, plaçant les besoins des enfants au-dessus de ceux des mères. Parmi les différents enjeux identifiés, deux se démarquent : i) la maternité entraîne une perte temporaire de l'identité personnelle, affectant le rôle de partenaire; et ii) les idéaux de maternité peuvent engendrer honte et culpabilité, impactant ainsi le SCM. Parmi les défis associés à la maternité figurent les pressions sociétales, les changements d'identité et les dynamiques relationnelles.

### ***Facteurs périnataux et organisationnels***

Les facteurs organisationnels et périnataux renvoient aux conditions dans lesquelles se déroule la naissance, à l'organisation des soins et aux pratiques cliniques et physiologiques en périnatalité. Ces éléments influencent, la continuité relationnelle, la qualité du soutien professionnel, les opportunités d'apprentissages ou de renforcement, la décision partagée et, par conséquent avoir un effet sur l'expérience de naissance des femmes primipares durant PPNP ce qui aura également un effet sur le développement de leur SCM.

**Les conditions entourant l'accouchement et les pratiques intrapartum.** Une étude quantitative a été réalisée sur le SCM lors de l'accouchement chez 122 femmes à faible risque dans un hôpital tertiaire dont 66,4 % étaient des primipares (Li et al., 2023). Les résultats ont révélé que le soutien professionnel, les connaissances de l'accouchement

et la parité sont des facteurs exerçant une influence significative sur le SCM. Les autres facteurs tels que la peur de l'accouchement (la peur pour la santé de la mère et de l'enfant) et le compagnon de naissance n'ont pas été significatifs. L'étude ajoute que 53 % des participantes ont assisté à des cours prénataux, mais l'impact des cours en ligne était incertain sur le SCM durant la PPNP.

**Les interventions médicales pendant le travail et l'accouchement.** La perfusion d'ocytocine synthétique, l'analgésie péridurale peuvent affecter négativement l'expérience de naissance des femmes primipares. Elles peuvent également nuire à l'initiation et/ou la continuation de l'allaitement en influençant la libération et les effets de l'ocytocine (Uvnäs Moberg et al., 2020). Or, l'étude de Zhu et al. (2022) sur les femmes primipares mentionne que la réussite de l'allaitement aide grandement au développement du SCM.

L'administration d'ocytocine synthétique est une intervention obstétricale courante utilisée pour induire, intensifier ou accélérer le travail, ainsi que pour contrôler les hémorragies post-partum (Bonapace et al., 2018; Edwards et al., 2024; Rashidi et al., 2022). Selon Monks & Palanisamy (2021), les effets biologiques et comportementaux de cette pratique demeurent peu étudiés, bien qu'elle joue un rôle essentiel dans la gestion des accouchements modernes. Toutefois, des recherches récentes en neurosciences suggèrent que ses effets sur les contractions utérines pourraient être relativement mineurs comparés à son influence profonde sur les comportements humains complexes, tels que l'humeur maternelle, la régulation émotionnelle et les interactions précoces mère-bébé, en

particulier chez les mères primipares en PPNP (Monks & Palanisamy, 2021). L'OMS déconseille le déclenchement du travail pour les grossesses non compliquées avant 41 semaines de gestation (OMS, 2022).

Initialement reconnue pour son rôle dans les contractions utérines et l'éjection du lait, l'ocytocine agit également comme un neuromodulateur influençant des fonctions cérébrales, telles que la peur, la mémoire et les interactions (Bonapace et al., 2018; Monks & Palanisamy, 2021). Contrairement à l'ocytocine naturelle (endogène), qui traverse efficacement la barrière hématoencéphalique et offre des effets analgésiques et apaisants, l'ocytocine synthétique (exogène) ne possède pas ces propriétés en raison de sa faible pénétration dans le cerveau, ce qui limite ses bénéfices psychologiques (Rashidi et al., 2022).

Deux études soulignent que l'utilisation systématique d'ocytocine synthétique lors de l'accouchement pourrait altérer le système d'ocytocine naturelle, avec des répercussions potentielles sur le stress maternel, l'humeur et les comportements parentaux (Bonapace et al., 2018; Rashidi et al., 2022). En effet, cette hormone exerce des effets modulateurs sur les souvenirs liés à la peur, une dimension cruciale pour comprendre les troubles anxieux, notamment le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le TSPT post-partum.

Une revue systématique réalisée par Monks & Palanisamy (2021) a examiné l'impact de l'administration d'ocytocine exogène sur divers paramètres qui pourrait entraîner des répercussions, comme la dépression post-partum, l'allaitement, le

développement neurologique et la douleur chronique. Les auteurs rapportent des preuves modestes, mais inconsistantes concernant l'association entre l'administration d'ocytocine à la dépression post-partum. Le succès de l'allaitement semble être négativement corrélé à l'exposition à l'ocytocine possiblement en raison de la perturbation des réflexes néonataux primitifs et du lien mère-enfant.

Les contractions causées par l'administration d'ocytocine exogène sont souvent très fortes, prolongées et associées à des douleurs sévères parfois insupportables (Uvnäs Moberg et al., 2020). C'est pourquoi l'analgésie péridurale est souvent administrée aux femmes recevant de l'ocytocine exogène, ce qui réduit encore la libération d'ocytocine endogène. La péridurale, particulièrement celle contenant de la marcaïne, inhibe le réflexe de Ferguson et diminue également la libération d'ocytocine endogène, ce qui entraîne une réduction des contractions et donc un ralentissement du travail (Uvnäs Moberg et al., 2020). Dans ce cas, l'administration d'ocytocine exogène par voie intraveineuse est nécessaire pour stimuler les contractions et normaliser le travail. L'association de ces deux interventions médicales péridurale et ocytocine exogène se produit souvent ensemble. Les femmes qui reçoivent une stimulation pendant le travail sont plus susceptibles d'avoir des accouchements instrumentaux par l'utilisation de forceps ou/et ventouse et une césarienne (Uvnäs Moberg et al., 2020).

**Les modèles d'organisation des soins en postnatal.** Au Québec, la majorité des femmes sont suivies durant leur grossesse par des médecins de famille ou des gynécologues, parfois avec un suivi conjoint assuré par des infirmières. Elles donnent

naissance à l'hôpital dans un modèle de soins biomédical, et la période postnatale précoce s'y déroule également avec une durée moyenne de 24-48 heures. Un appel téléphonique est effectué pour toutes les mères quittant l'hôpital. Un suivi postnatal systématique à domicile est offert par les infirmières du CLSC, priorisant les mères d'un premier bébé. Ce qui constitue le cadre de pratique des infirmières au Québec (Gamache et al., 2016). L'Institut national de la santé publique au Québec (INSPQ) a émis un avis sur le suivi postnatal systématique, basé sur les recommandations des grandes organisations de santé, telles que l'OMS, NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) et le : Programme soins postnatals (PSP). Quatre pratiques reconnues ont ressorti : un suivi rapide après le congé hospitalier, une évaluation complète des besoins, un suivi postnatal universel, et un suivi adapté aux besoins et préférences des familles. Ces pratiques organisationnelles sont attendues comme déterminants du SCM parce qu'elles structurent la qualité et la continuité des relations en offrant un soutien personnalisé, favorisent les apprentissages progressifs du rôle maternel et soutiennent l'autonomie et le pouvoir d'agir des mères primipares (Benzonana et al., 2019; Khajehei et al., 2020; Wiklund et al., 2018; Woon Young et al., 2022).

**Le concept de chambre unique.** Au Québec, deux modèles d'aménagement des chambres dans les unités de naissance sont proposés, ce qui influence l'organisation des soins infirmiers en postnatal précoce (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

Le modèle TAR (travail, accouchement, récupération) permet à la mère de rester dans la même chambre durant le travail et l'accouchement (Hall et al., 2019). Après la

naissance, la mère et le nouveau-né sont transférés dans une autre unité jusqu'à leur congé médical de l'hôpital. Cette organisation entraîne une fragmentation des soins infirmiers, puisque la prise en charge est assurée par une nouvelle équipe. Cette rupture dans la continuité des soins peut accroître le risque d'erreurs liées au transfert d'information et avoir un impact sur la sécurité de la famille (Hall et al., 2019). Cette fragmentation a un effet négatif sur la continuité relationnelle ainsi qu'au soutien informatif et émotionnel (Cummins et al., 2020; Daigle, 2019; Pollock et al., 2021) ce qui agit défavorablement sur le développement du SCM.

Le modèle TARP (travail, accouchement, récupération et postpartum), aussi appelé concept de chambre unique offre à la mère la possibilité de rester dans la même chambre pour la durée du séjour hospitalier. Cela favorise une continuité des soins dans un environnement familial. Le modèle TARP repose sur les principes des soins et du soutien axés sur la famille, valorisant le rôle de la mère dans le développement et le bien-être de son nouveau-né, favorisant ainsi un sentiment de contrôle chez la mère primipare. Il met également en avant la nécessité de répondre aux besoins spécifiques et individuels de chaque mère et sa famille, en privilégiant des soins personnalisés plutôt que des pratiques strictement standardisées. Selon les Projets immobiliers en obstétrique et en néonatalogie-Orientations cliniques (MSSS, 2023), ces principes directeurs sont fondamentaux pour garantir des soins de qualité en accordant une priorité à la santé et au bien-être des mères, des nouveau-nés et des familles. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2023), souligne également l'importance de personnaliser les soins en fonction des besoins des

parents et de leur nouveau-né, tout en adoptant une approche collaborative respectueuse de leur autonomie.

Une revue systématique sous forme de synthèse narrative a exploré les résultats cliniques liés aux soins de maternité dans le modèle TARP (Ali et al., 2020). Les résultats démontrent une diminution des taux de surveillance électronique fœtale et de thérapie intraveineuse. Également, une durée de séjour hospitalier réduite pour les mères, puisqu'elles ont passé moins de temps à l'hôpital comparativement aux soins traditionnels. Des résultats néonataux améliorés ont été rapportés par une proportion moins élevée de scores d'Apgar à 1 minute inférieurs à 7 et une réduction des hypoglycémies chez les nouveau-nés. La durée du travail s'est toutefois avérée plus longue chez les femmes primipares pour les premières et deuxièmes phases du travail dans le modèle TARP. Toutefois, les résultats, tels que les taux d'interventions intrapartum et les issues néonatales, n'ont montré aucune différence significative entre le modèle TARP et les soins traditionnels. À l'exception d'un nombre inférieur de scores Apgar à 1 minute  $< 7$ , des taux plus faibles de surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal et de thérapie intraveineuse mentionnés plus haut. Ces indicateurs démontrent la condition de santé des nouveau-nés lors de la naissance et en PPNP. Selon l'étude de Zhu et al. (2022). La condition de santé du bébé influence le SCM des primipares.

L'étude de Handelzalts et al. (2021) a exploré les liens entre les styles d'attachement, la compétence maternelle et les effets du modèle TARP dans le but d'examiner l'impact des styles d'attachement insécurisés sur le SCM dans un hôpital

tertiaire en Israël. Elle a impliqué 268 femmes en période postnatale précoce, dont 45 % étaient dans le modèle TARP. Les résultats ont révélé des liens significatifs entre les styles d'attachement anxieux/évitant et le SCM. Les styles d'attachement insécures prédisaient un moindre SCM, affectant les pratiques parentales. Si toutes les participantes démontrent un lien entre le SCM et leur état émotionnel, les symptômes de TSPT n'apparaissent que dans les cas du modèle TAR. L'étude suggère que le modèle TARP pourrait limiter l'impact négatif des styles d'attachement insécures sur le SCM. Le modèle TARP peut atténuer l'impact négatif des styles d'attachement insécures sur le SCM. Les mères ressentent moins d'anxiété et sont mieux préparées à prendre soin de leur bébé.

Une étude pilote a été réalisée par Janssen et al. (2001) dans une unité de soins en maternité selon le modèle TARP pour évaluer et comparer la satisfaction des infirmières à l'égard de leur environnement de travail. Cette étude a inclus des infirmières en soins de maternité selon le modèle TARP, avant et après leur expérience dans ce cadre, ainsi que des infirmières travaillant dans des contextes de naissance traditionnels (TAR). Les résultats ont indiqué que les infirmières en soins de maternité selon le modèle TARP avant et après leur entrée dans l'unité étaient significativement plus satisfaites de l'environnement physique, de leur capacité à répondre aux besoins des mères, de leurs possibilités d'enseignement aux familles, de l'environnement de pratique infirmière, du soutien par les pairs et de leur niveau de compétence perçu. Elles ont également rapporté un niveau de satisfaction significativement plus élevé que celui de leurs collègues travaillant dans des contextes traditionnels d'accouchement et de postpartum (Janssen et al., 2001).

Une étude mixte par Hall et al. (2019) a été effectuée pour recueillir les perceptions des soignants concernant les modèles de maternité à chambre individuelle (TARP) comparativement aux modèles traditionnels (TAR), soulignant un manque de connaissances sur les différences entre les pratiques des professionnels. Les soignants, selon le modèle TARP, valorisent le travail d'équipe interprofessionnel, la participation des mères et des familles ainsi que la continuité des soins. À l'inverse, ceux exerçant dans les autres modèles ont décrit une communication et des soins plus fragmentés, marqués par des transferts entre unités qui affaiblissent la communication, alors que les soignants travaillant selon modèle TARP ont rapporté moins de tensions et un parcours patient-famille plus holistique. La satisfaction des soignants décrite dans cette étude rejoint les résultats antérieurs de Janson (2001) portant sur l'évaluation de la satisfaction. La satisfaction des infirmières et leur formation sont pertinentes pour l'organisation des soins, puisqu'elles sont susceptibles d'influencer la qualité relationnelle des interactions entre les infirmières et les femmes primipares durant la PPNP, soutenant ainsi leur SCM.

**Les compétence et formation des infirmières.** L'introduction des soins de maternité selon le modèle TARP dans les années 1990 a nécessité une nouvelle approche dans la formation et la pratique infirmières (Janssen et al., 2001). Les soins de maternité en chambre unique ont mis les infirmières au défi de fournir des soins complets durant toutes les phases du séjour à l'hôpital, soit : antépartum, intrapartum, postpartum et néonatal ce qui requiert le développement de compétences en soins maternels intégrées (Janssen et al., 2005).

Une étude de Janssen et al. (2005) a évalué le succès d'un programme d'orientation en soins infirmiers basé sur les compétences dans une unité de soins en maternité selon modèle TARP en mesurant l'évolution des compétences autodéclarées après six mois. Les infirmières ont suivi un programme de formation axé sur les compétences, leur permettant de choisir les méthodes d'apprentissage et les domaines de contenu qui conviennent à leurs besoins. Ce programme incluait des cours magistraux, des modules d'apprentissage autonome ainsi que des préceptorats en milieu clinique. Les résultats ont montré une amélioration significative des scores sur l'échelle d'auto-efficacité périnatale ainsi que sur l'outil de compétence en soins de maternité en chambre TARP. Ces progrès étaient statistiquement significatifs, indiquant l'efficacité du programme de cette formation basée sur les compétences. Cela atteste son efficacité pour préparer les infirmières à travailler dans des unités de soins de maternité selon le modèle TARP, améliorant ainsi leur confiance et leurs compétences professionnelles. Ces résultats demeurent pertinents pour la pratique, puisque ce programme de formation ajusté aux besoins spécifiques des infirmières expérimentées favorise une amélioration des compétences en soins infirmiers. Cela contribue directement à la qualité des soins aux familles et répond aux attentes des pratiques modernes en périnatalité (Ali et al., 2020).

### **Rôle de l'infirmière en postnatal dans le développement du SCM**

Dans la prochaine section, le rôle de l'infirmière dans sa pratique, au sein du système organisationnel, ainsi que les moyens dont elle dispose pour améliorer ses compétences sont présentés.

### ***Rôle de l'infirmière en postnatal : normes de pratique***

Plusieurs organismes du Canada, du Québec et d'autres à l'international publient des normes de pratique pour encadrer le rôle des infirmières durant la période postnatale. Des organismes tels que l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes (CAPWHN), Programme de soins postnataux (PSP), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour n'en citer que quelques-uns, émettent des recommandations destinées aux organisations de santé afin de promouvoir des soins maternels de qualité et sécuritaires. Ces recommandations convergent vers un objectif commun d'améliorer la santé des familles en améliorant la qualité des soins (MSSS, 2024).

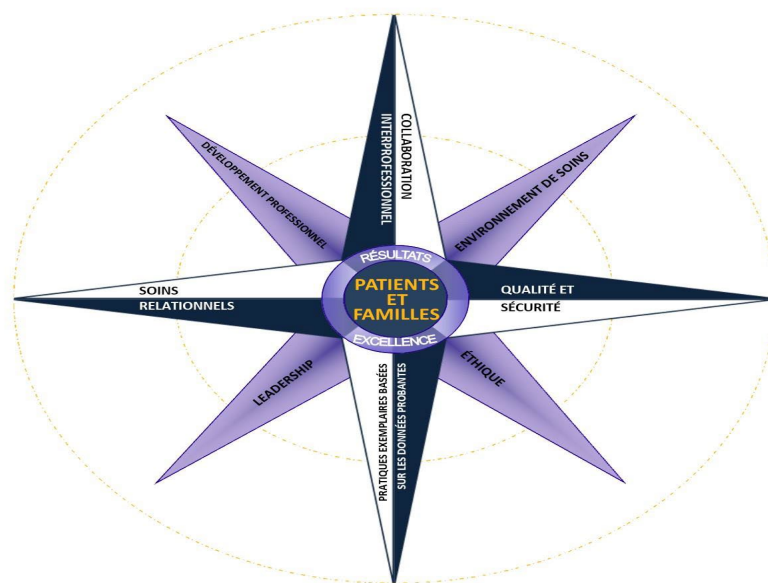
Le rôle et les responsabilités des infirmières sont au cœur des standards de pratique établis par la CAPWHN (2018). Ces standards proposent une approche structurée des soins infirmiers en périnatalité au Canada, basée sur un modèle de boussole professionnelle. Ce modèle repose sur quatre domaines principaux, points cardinaux, qui définissent les standards de pratique et les responsabilités des infirmières : soins relationnels, collaboration interprofessionnelle, pratiques basées sur des données probantes, ainsi que qualité et sécurité. À travers ces points cardinaux, quatre points intercardinaux de la boussole de pratique sont définis : i) les infirmières doivent faire preuve de leadership pour améliorer les soins et promouvoir l'excellence dans leur pratique. ii) elles se réfèrent au code de déontologie pour guider leur pratique éthique. iii)

les infirmières sont responsables de leur développement professionnel continu pour garantir la qualité des soins et être des agentes de changement dans le système de santé.

iv) elles doivent aussi assurer un environnement de soins sécuritaire et accueillant pour les familles et les nouveau-nés. Dans l'ensemble, les domaines du modèle de la boussole de la CAPWHN (2018) soutiennent le développement SCM en plaçant la relation, la reconnaissance des savoirs des femmes, la collaboration et le respect de leur contexte au cœur des soins. En PPNP, ces dimensions favorisent la confiance des femmes primipares en leur capacité à prendre soin de leur nouveau-né, à prendre des décisions éclairées et à s'approprier progressivement leur rôle maternel. Ce cadre de standards permet de guider les infirmières dans leurs rôles et de promouvoir le bien-être des familles en transition.

**Figure 5**

*Modèle de boussole professionnelle (CAPWHN, 2018)*



En 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié les *Standards de pratique pour l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*, qui précisent le rôle et les responsabilités de l'infirmière dans le suivi des femmes enceintes et les soins apportés aux nouveau-nés. Ces standards définissent les balises professionnelles nécessaires pour garantir une prise en charge adéquate, en concordance avec les normes canadiennes établies par la CAPWHN (OIIQ, 2015). Par ailleurs, le document de l'OIIQ portant sur le *champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (2025) vient compléter ces standards en décrivant les activités relevant de la pratique infirmière en période postnatale, notamment l'évaluation de la nouvelle accouchée, le

soutien à l'allaitement, l'enseignement aux parents, le soutien émotionnel et le dépistage psychosocial. Il souligne également l'importance d'une surveillance attentive afin de détecter d'éventuelles complications pendant le travail et de permettre des interventions appropriées (OIIQ, 2025). Dans l'ensemble, ces orientations mettent en évidence l'importance de l'expertise des infirmières dans la prévention et la gestion des risques tout au long du parcours périnatal (CAPWHN, 2018).

Larouche, Martel et Dufresne (2019) soulignent l'importance de l'infirmière dans l'accompagnement de la femme lors de l'accouchement et ses répercussions positives sur la période postnatale. Le soutien offert est vu comme une interaction humaine essentielle entre l'infirmière et la femme, visant à faciliter le processus de naissance de manière bénéfique (Sauls, 2004) Ce soutien englobe plusieurs dimensions : le soutien émotionnel, des mesures pour assurer le confort, la transmission d'informations et la défense des intérêts de la femme. Pour assurer un accompagnement optimal, l'infirmière doit être continuellement présente, à l'écoute, encourageante, valorisante et rassurante (Sauls, 2004). Elle doit également veiller à maintenir un environnement calme, respecter l'intimité, transmettre des enseignements pertinents et respecter les choix et décisions de la famille. Les auteurs soulignent l'importance de mettre en place des pratiques pour renforcer la satisfaction des parents, leur sentiment de contrôle et leur relation avec le nouveau-né. Il met l'accent sur l'importance pour les infirmières en obstétrique de s'engager dans leur rôle, en apportant un soutien actif aux femmes et à leur partenaire (Larouche et al., 2019).

### ***Rôle d'infirmière dans la relation et le soutien au SCM***

Une revue systématique de Leahy-Warren et McCarthy (2011) a permis de démontrer l'évolution du rôle des infirmières en ce qui concerne la maternité. Pour ce faire, une revue évolutive des auteurs ayant contribué au développement des connaissances dans ce domaine sera présentée, des premiers travaux jusqu'aux approches récentes. L'analyse porte prioritairement sur les interventions infirmières pertinentes pour le SCM des primipares en PPNP.

Leur implication clinique dans le rôle et le soutien social durant la période postnatale précoce. Durant la période de 1986 à 1990, les fondations des interventions prénatales pour soutenir le SCM en postnatal ont été établies. Les études ont montré que le partage d'information entre mères est plus efficace pour renforcer le SCM, et les infirmières sont sollicitées pour faciliter cet apprentissage par d'autres mères. Entre 1992 et 1998, le rôle des infirmières dans la période postnatale précoce à l'hôpital est reconnu comme essentiel pour améliorer le SCM des femmes primipares. L'accent est mis sur des évaluations et des interventions précoces et adaptées afin d'améliorer le SCM dès la période postnatale et tout au long de la transition vers la maternité, tout en reconnaissant que des attentes irréalistes pourraient nuire au SCM. Entre 2001 et 2003, l'importance d'une évaluation de routine du SCM en début de maternité est mise en avant. Cela permet de faciliter les interventions infirmières personnalisées, en particulier autour du comportement des nourrissons. Ce type d'intervention favorise également une perception positive du tempérament du nourrisson par les mères. Finalement, entre 2006 et 2009, des

liens significatifs entre le soutien social et un SCM élevé et une meilleure santé mentale des mères sont confirmés. Les études suggèrent que les infirmières doivent mobiliser et renforcer le soutien social et le SCM pour qu'ils soient bien établis durant la période postnatale. Elles doivent également évaluer le SCM pour identifier les mères à risque et mettre en œuvre des interventions ciblées pour traiter les symptômes dépressifs, les perceptions du tempérament du nourrisson et les attentes irréalistes (Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

Une étude quantitative descriptive, réalisée auprès de 384 femmes primipares au Brésil, avait pour objectif d'évaluer la qualité des soins infirmiers postnatals du point de vue des mères (Llapa-Rodriguez et al., 2013). Les résultats ont démontré un écart entre les attentes des mères et leur expérience réelle pendant l'hospitalisation. Ces écarts ont été identifiés comme des faiblesses dans les soins. Les qualités attendues chez les infirmières par les mères en postpartum incluent : l'éducation (25,80%), l'attention (22,11%) et la patience (10,32%). Les mères ont également mentionné des qualités, comme la cordialité et le respect, en mettant moins l'accent sur les compétences techniques. Les mères ont également rapporté des caractéristiques manquantes chez les infirmières pendant leur hospitalisation constituant une faiblesse dans la relation, telles qu'un manque d'humanisation (24,74%), un manque d'attention (20,88%) et un manque de responsabilité (14,18%). Les résultats montrent que les normes professionnelles attendues ne correspondent pas à la réalité des soins reçus. Elles ont souligné l'importance des caractéristiques interpersonnelles pour une bonne relation, plutôt que des compétences techniques et scientifiques. La fragmentation des soins et le manque de communication

au sein des équipes de soins sont des problèmes récurrents qui affectent la qualité des soins (Llapa-Rodriguez et al., 2013). Les auteurs suggèrent de mettre en œuvre de nouvelles stratégies de soins basées sur un modèle holistique, nécessitant un engagement professionnel basé sur des compétences humanistes, scientifiques et techniques. La réévaluation de la formation des infirmières impliquées auprès de cette étape de la vie des femmes est nécessaire (Llapa-Rodriguez et al., 2013).

Une étude qualitative exploratoire a été menée dans un hôpital universitaire au Brésil auprès de 13 femmes primipares ayant accouché par voie normale ou césarienne (da Silva et al., 2022). Les résultats ont mis en évidence le rôle central des infirmières dans la promotion de pratiques humanisées lors de l'accouchement et du suivi postnatal. Les participantes ont souligné l'importance de l'accueil et de la qualité relationnelle des soins reçus, confirmant ainsi une association positive entre l'approche de l'infirmière et leur expérience postnatale précoce (da Silva et al., 2022).

Une étude quantitative visait à tester la théorie du soin de Swanson en mesurant la relation entre les comportements de soin des infirmières et la confiance maternelle des mères primipares durant la PPNP (Mott, 2016). Les résultats de l'étude montrent que les comportements des infirmières exercent une influence sur la confiance maternelle des mères primipares (SCM). Plus précisément, les concepts de Swanson, tels que « maintenir la croyance » « connaître », « être avec » et « permettre » ont des relations significatives avec la confiance maternelle. Lorsque les infirmières démontrent ces comportements de soin, les mères se sentent plus confiantes dans leur capacité à prendre soin de leur bébé.

Cependant, le concept de « faire pour » n'a pas montré de relation significative avec la confiance maternelle. Cela suggère que les actions des infirmières qui consistent à faire les soins aux bébés pour les mères, plutôt que de les soutenir et de les encourager à faire elles-mêmes, n'ont pas le même impact positif sur la confiance des mères. Les résultats démontrent que les comportements de soin qui impliquent la présence émotionnelle et physique, le soutien, la compréhension et la croyance en la capacité des mères à surmonter les défis sont essentiels pour renforcer la confiance maternelle. Les actions directes de « faire pour » ne semblent pas avoir le même effet bénéfique.

### ***Interventions infirmières favorisant le SCM***

Au regard des études portant sur les facteurs influençant le sentiment de compétence maternelle (SCM), les infirmières occupent un rôle privilégié dans la mise en œuvre d'interventions ciblées durant la période postnatale précoce. Cette période est particulièrement favorable au développement du SCM, grâce à la réceptivité accrue des femmes aux apprentissages liés à la transition maternelle (Orchard et al., 2023). Les infirmières sont donc positionnées pour soutenir cette adaptation et intervenir de manière efficace dès les premiers moments suivant la naissance (da Silva et al., 2022; Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

**La promotion de soins respectueux et centrés sur la femme.** Une étude de Choobdarnezhad et al. (2024) mentionne l'importance de promouvoir des soins respectueux, centrés sur la femme et fondés sur des données probantes pendant la grossesse et l'accouchement afin d'améliorer l'expérience des femmes. Les résultats

insistent sur la nécessité d'offrir des soins compatissants et efficaces pour minimiser les séjours prolongés à l'hôpital afin de réduire la durée d'hospitalisation. Les résultats recommandent de mettre en place des stratégies pour augmenter la confiance des mères dans leur capacité à s'occuper de leur bébé pour le renforcement du SCM pour développer leurs habiletés.

**Les caractéristiques des interventions efficaces.** Les études recensées permettent de dégager certaines caractéristiques associées à l'efficacité des interventions visant à renforcer le sentiment de compétence maternelle (SCM). D'abord, l'importance des interventions précoces est clairement démontrée. L'étude longitudinale de Zhu et al. (2022) révèle que les interventions mises en place dès le postpartum précoce améliorent le SCM à trois mois et contribuent ensuite au maintien d'une auto-efficacité et d'une satisfaction maternelle stables. Les auteurs rappellent que les niveaux de SCM sont instables au début de la période postnatale, en raison des changements physiques et psychologiques importants ainsi que des nouvelles tâches liées au nourrisson. Vers le troisième mois, le SCM tend à se stabiliser, ce qui positionne les premières semaines comme une période critique pour les interventions. Dans le même sens, la revue systématique de Mihelic et al. (2017) indique que les interventions précoces améliorent le bien-être des mères et des nourrissons de 26 %, notamment en favorisant la réactivité maternelle, la confiance et les compétences parentales.

Les études soulignent également l'importance d'adapter les interventions aux besoins des femmes. Selon Leahy-Warren et McCarthy (2011), des interventions

personnalisées à la période postnatale précoce sont nécessaires pour renforcer le SCM, alors que des attentes prénatales irréalistes peuvent au contraire nuire au développement de ce sentiment. De leur côté, Li et al. (2023) démontrent que des interventions personnalisées sont particulièrement pertinentes pour les femmes enceintes pour la première fois ou celles disposant de peu de connaissances, ce qui renforce l'idée que le soutien infirmier doit être ciblé et individualisé. Les résultats de Zhu et al. (2022) rappellent aussi l'importance d'un accompagnement soutenu au cours des premiers mois suivant la naissance. Le SCM à un mois constitue un prédicteur majeur du SCM à trois mois, ce qui met en évidence l'utilité d'un suivi continu durant cette période de transition.

Enfin, certaines études insistent sur l'efficacité des interventions comportant plusieurs composantes. La revue systématique et méta-analyse de Wong et al. (2021) montre qu'un programme structuré qui comprend au moins trois séances combinées avec des rencontres en personne et un soutien téléphonique, basé sur une approche théorique, peut améliorer l'allaitement exclusif, l'allaitement partiel ainsi que le sentiment de compétence liée à l'allaitement (BSE) au cours des premiers mois (Nourizadeh et al., 2023). Concernant les formats des interventions, les études montrent qu'elles peuvent varier pour la durée, peut être brève, d'autres plus longues. Elles peuvent être offertes en sessions individuelles ou en groupe, dans des ateliers éducatifs, lors des suivis à domicile ou en milieu clinique, et s'appuyer sur des supports écrits, vidéos ou numériques (Mihelic et al., 2017; Nourizadeh et al., 2023; Wong et al., 2021). De manière générale, les études menées auprès des femmes primipares convergent vers l'idée que des interventions précoces, fondées sur des données probantes, adaptées aux besoins des femmes et

soutenues dans le temps, sont nécessaires pour renforcer le SCM, favoriser le bien-être mental et améliorer le soutien social des nouvelles mères (Mihelic et al., 2017; Refaeli et al., 2024; Zhang et al., 2021; Y. Zhu et al., 2022).

**Le dépistage et l'évaluation clinique.** Étant donné le risque élevé de dépression post-partum, les femmes ont besoin de soins de santé mentale postnatals efficaces et accessibles, tels que le dépistage précoce de la dépression post-partum et l'accès à des interventions appropriées (Xiao et al., 2023; Zheng et al., 2018). La santé mentale maternelle constitue un prédicteur significatif du SCM et du bien-être mental maternel, ce qui justifie la mise en œuvre d'actions ciblées dans cette direction. Plusieurs études confirment ces constats (Choobdarnezhad et al., 2024; Li et al., 2023; J. Zhu et al., 2021; Y. Zhu et al., 2022). Par ailleurs, Xiao (2023) et mettent en évidence les raisons pour lesquelles il y a tant d'obstacles au dépistage des problèmes psychologiques pendant la grossesse. Il s'agit du manque de connaissances et de confiance des professionnelles, la surcharge de travail et la fragmentation des soins et la stigmatisation publique associées aux troubles mentaux.

Une étude révèle que les symptômes dépressifs prénatals et les facteurs relationnels influencent significativement l'attachement et la compétence maternels postnatals. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage et des interventions psychologiques pendant la grossesse afin de soutenir l'attachement et le développement du SCM (Saravanan et al., 2023). L'accent est mis sur la nécessité de réaliser des évaluations systématiques (Leahy-Warren & McCarthy, 2011) et adaptées à l'évolution

des besoins des mères (Li et al., 2023). Il est recommandé que les infirmières procèdent à une évaluation de routine du SCM en début de période postnatal afin d'adapter les interventions de manière individualisée, spécifiquement autour du comportement du bébé. De cette manière, le tempérament du nourrisson peut être perçu plus positivement par les mères (Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

**Le soutien formel émotionnel et informatif.** Constitue un facteur prédictif essentiel du SCM. Les interventions infirmières devraient viser à renforcer ce soutien (Y. Zhu et al., 2022) La majorité des études recensées recommandent d'offrir un soutien professionnel aux mères dès les premières étapes du postnatal (Hutchinson & Cassidy, 2022). Ce soutien vise à aider les mères à développer des attentes réalistes face à la maternité, à les informer sur les changements corporels postnataux, à encourager l'activité physique et les orienter vers des ressources appropriées en cas de détérioration de leur bien-être mental ou de leur estime de soi.

Plusieurs études récentes incluant des revues systématiques, des études longitudinales prospectives, des *scoping review* soulignent l'importance d'un soutien formel adéquat et personnalisé offert par les infirmières lors des visites à domicile ou en consultation. Ce type de soutien aide les mères à comprendre les besoins de leur bébé et à y répondre afin de renforcer leur confiance dans leurs compétences maternelles (Stoodley et al., 2023). Le soutien formel offert par les infirmières peut prendre différentes formes lors des programmes de soutien en groupe ou lors des rencontres individuelles. Ces activités permettent aux mères de partager leurs expériences, de recevoir des conseils et

de réduire leur sentiment d'isolement. Elles contribuent à augmenter le SCM après la naissance (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Llapa-Rodriguez et al., 2013; Chantal Razurel et al., 2011; Samdan et al., 2022; Stoodley et al., 2023).

D'autres études soulignent que le soutien informatif doit être cohérent, ouvert et adapté, tandis que le soutien émotionnel vise à renforcer l'estime et la confiance des mères dans leurs capacités (Bernard et al., 2017; Chantal Razurel et al., 2011). Ce type de soutien inclut la transmission d'informations, des conseils, des encouragements et la validation, ce qui contribue à renforcer la confiance des mères dans leurs capacités à prendre soin de leur enfant (Samdan et al., 2022; Stoodley et al., 2023). Cela améliore les habiletés précoces en augmentant la sensibilité maternelle et la réciprocité dans les interactions avec le nourrisson, grâce à une meilleure connaissance sur les soins aux nourrissons (Mercer, 2006; Samdan et al., 2022).

**L'éducation.** Constitue une composante essentielle des interventions infirmières visant à soutenir le développement du sentiment de compétence maternelle (SCM). Fournir une éducation et un soutien avant l'accouchement pour préparer le SCM des femmes en PPNP d'améliorer la qualité des soins prénataux (Choobdarnezhad et al., 2024). Les résultats de l'étude de Hutchinson et Cassidy (2022) montrent que les professionnels de la santé, y compris les infirmières, devraient informer les mères des changements corporels pouvant survenir tout au long de la période postnatale, les encourager à ne pas se laisser influencer par les images véhiculées par les médias et insister sur l'importance d'attentes réalistes.

Une revue exploratoire (*scoping review*) sur les interventions mises en place par les sages-femmes pour soutenir le développement de la relation materno-fœtale ou mère-enfant chez une population à faible risque, de la grossesse jusqu'à six semaines après l'accouchement (Stoodley et al., 2023). Trois thèmes ont émergé : perception du fœtus comme entité distincte de la mère, activités ciblées pour renforcer la relation mère-enfant et interventions éducatives spécifiques. L'étude conclut que les interventions éducatives prénatales visent à fournir des informations sur la grossesse, l'accouchement, les soins aux nouveau-nés et les techniques d'interaction. En postnatale, les activités de « *nurturing* » (prendre soin) telles que le massage infantile, le contact peau à peau, l'observation comportementale du nouveau-né par leur mère ainsi que les routines de soins par la mère qui sont les activités quotidiennes (bain, changement de couches, bercement) créent des occasions de renforcer le lien d'attachement mère-enfant. Ces pratiques favorisent au développement du SCM.

La revue systématique de Mihelic et al. (2017) précise que les interventions éducatives efficaces incluent des stratégies visant à améliorer la réactivité maternelle, des méthodes pour apaiser les pleurs du nourrisson et des approches pour favoriser un meilleur sommeil chez le bébé. Ainsi, il est essentiel de fournir des informations sur le développement et le comportement du nourrisson, tels que, la compréhension des étapes du développement infantile, la reconnaissance des signaux et des besoins du nourrisson ainsi que l'adaptation des réponses maternelles aux comportements du bébé pour renforcer la relation mère-bébé. Une étude montre d'ailleurs que les mères rapportent un sentiment accru de connexion et de compétence maternelle à la suite de ces activités (Talebi et al.,

2023). Les études rapportent que la qualité du lien mère-enfant repose sur des comportements chaleureux, continus et affectueux qui assurent le confort et le plaisir mutuels (Woon Young et al., 2022). Enfin, une étude sur les femmes primipares conclut que de nouveaux programmes de formation par les infirmières pendant l'hospitalisation des mères et les visites à domicile postnatales devraient inclure des informations sur la gestion des maladies courantes des bébés (gestion des complications) et les soins d'urgence pour augmenter les niveaux relativement du SCM chez les femmes migrantes rurales-urbaines (Y. Zhu et al., 2022).

**Les entretiens psychoéducatifs.** Plusieurs études recommandent d'offrir des entretiens standardisés sous forme d'entretiens psychoéducatifs aux mères primipares afin d'améliorer le bien-être mental, l'auto-efficacité et la relation mère-enfant (Benzonana et al., 2019; Stoodley et al., 2023). L'implantation de ce type de programme dans un hôpital de Genève a montré des résultats particulièrement positifs, tant pour les équipes soignantes que pour les femmes, puisqu'il permet de recentrer les soins sur les besoins spécifiques des mères (Benzonana et al., 2019; C. Razurel et al., 2017).

**L'utilisation de la technologie TIC.** Une revue systématique qualitative a montré que les technologies peuvent faciliter et permettre la connexion entre les sages-femmes/infirmières et les femmes, tout en permettant des interactions personnalisées (Walker et al., 2019). Des modalités telles que des lignes téléphoniques accessibles 24 heures sur 24, la messagerie texte ainsi que des applications mobiles ou informatiques ont été identifiées comme des compléments utiles aux soins postnatals à domicile fournis par

les professionnelles. Le soutien postnatal offert par l'entremise de la technologie mobile pourrait ainsi constituer un ajout pertinent aux services déjà existants (Sawyer et al., 2019). Une revue systématique et méta-analyse a examiné l'impact des interventions de santé mobile (*mHealth*) sur l'amélioration de l'accouchement en établissement et de l'utilisation des soins postnatals dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Gayesa et al., 2023). Les résultats indiquent que les interventions *mHealth* favorisent l'adhésion aux soins postnatals recommandés par l'OMS. Plusieurs études rapportent également que l'envoi de messages éducatifs (SMS) améliore de manière significative le taux d'allaitement exclusif. Les femmes ayant reçu ces messages éducatifs présentent une meilleure connaissance des signes complications obstétricales, ce qui contribue à une identification plus rapide des complications et soutient ainsi leur gestion (Renfrew et al., 2014).

### **Synthèse de la recension des écrits**

En résumé, cette recension des écrits a permis de retracer l'évolution du sentiment de compétence maternelle (SCM), en tenant compte des transformations psychologiques, physiques, sociales et politiques vécues par la femme. Diverses théories, telles que l'ARM, la BAM et la matrescence, ont été mobilisées pour éclairer ce concept. L'analyse du SCM à la lumière de la théorie de Bandura (1997) a clarifié ses différentes appellations et a mis en évidence l'existence d'outils de mesure adaptés. Les facteurs influençant le SCM, qu'ils soient individuels, relationnels, organisationnels ou sociétaux, illustrent l'importance de ce sentiment durant la transition vers la maternité, ainsi que ses

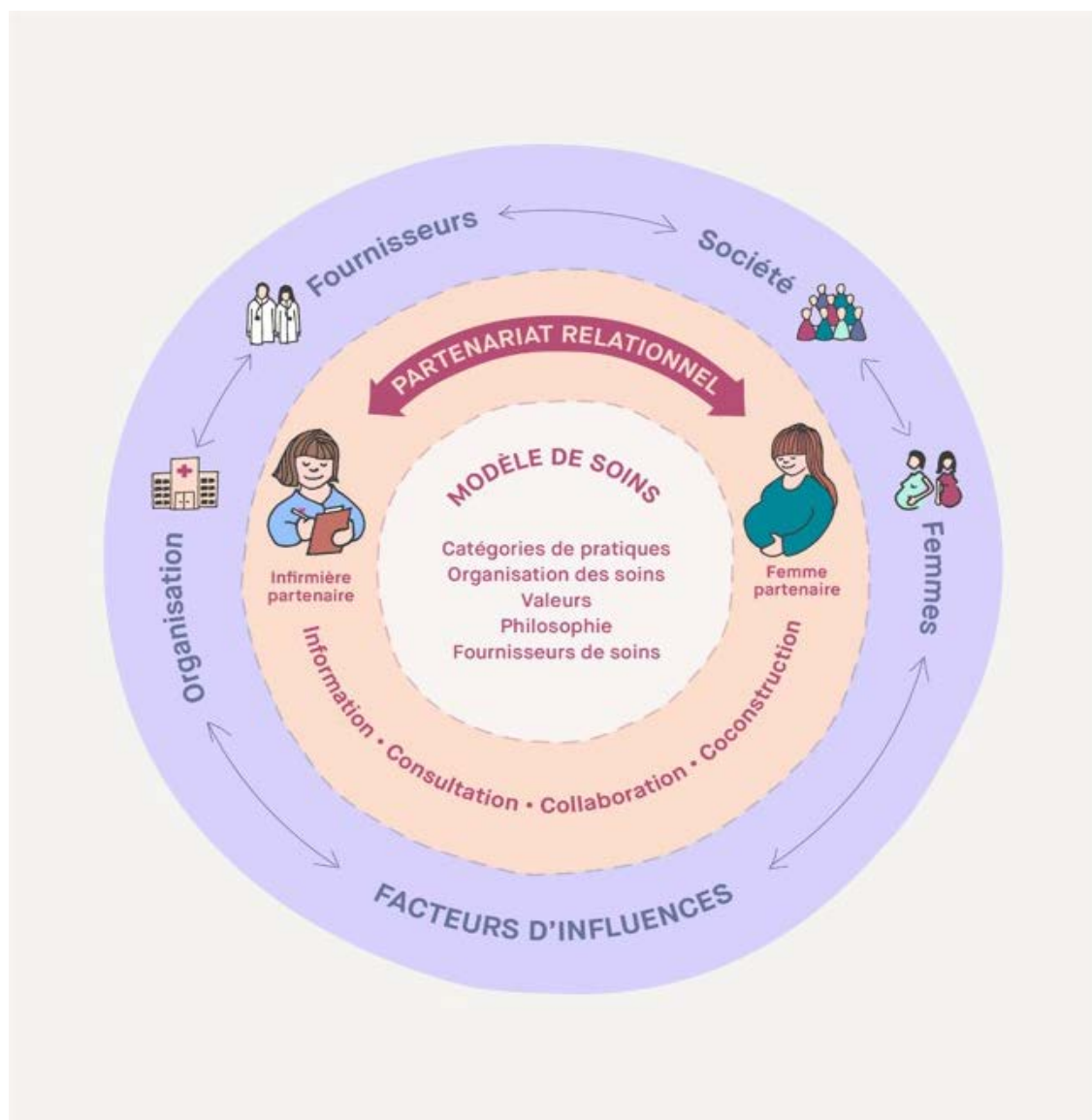
répercussions sur la santé des mères et le développement de leurs bébés. Par ailleurs, les infirmières, en tant que professionnelles de première ligne, jouent un rôle central dans le développement et le soutien du SCM. Enfin, de nombreuses études mettent en lumière les interventions, les approches infirmières et le modèle d'organisation de soins susceptibles de promouvoir et de favoriser le SCM durant la PPNP. Ce qui confirme l'importance d'un accompagnement infirmier adapté au cours durant cette période.

### **Cadre de référence**

Le cadre de référence utilisé dans cette étude est le cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité Daigle, K. (2019) (figure 6). Ce cadre conceptuel s'appuie sur deux ancres théoriques principaux : le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité (*QMNC*) de Renfrew et al. (2014) et le *Montreal model*, un modèle relationnel de partenariat entre patients et professionnels de la santé développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Pomey et al., 2015).

**Figure 6**

*Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la coconstruction d'un modèle de soins en périnatalité (Daigle, 2019)*



### ***Première sphère : Composantes des soins maternels et néonataux***

La première sphère centrale, représentée en blanc, correspond aux cinq composantes des soins maternels et néonataux nécessaires à l'assurance de soins de qualité. Ces composantes soient : catégories de pratique, organisation des soins, valeurs, philosophie et fournisseurs de soins, interagissent entre elles et constituent le cœur de tout modèle de soins infirmiers en périnatalité :

1. Catégories de pratiques : décrit l'ensemble des activités de soins infirmiers et comprend cinq sous-catégories. Les trois premières sont orientées vers le soutien et la prévention destinés à toutes les femmes en âge de procréer ainsi qu'à tous les nouveau-nés : i) l'éducation, l'information, la promotion de la santé; ii) l'évaluation, le dépistage, la planification des soins; et, iii) la promotion de la physiologie et prévention des complications. Les deux autres sous-catégories suivantes concernent les femmes et les nouveau-nés présentant des complications : iv) traitement des complications de première ligne; et, v) services obstétricaux et néonataux;

2. Organisation des soins infirmiers : stipule que les soins doivent être disponibles, accessibles, acceptables, ce qui nécessite des ressources infirmières suffisantes et compétentes. Elle met de l'avant l'importance de la continuité et l'intégration des soins à travers tout le parcours de soins;

3. Valeurs : renvoie aux principes qui doivent guider les soins, soit le respect, la qualité de la communication et les connaissances des réalités culturelles des

communautés, ainsi que l'adaptation des soins aux circonstances et aux besoins individuels des femmes;

4. Philosophie : vise à optimiser les processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la maternité en s'appuyant sur une approche expectative, où les interventions médicales sont utilisées uniquement que lorsqu'indiquées. Elle implique de reconnaître et de renforcer les capacités des femmes, et de respecter leurs droits de prendre des décisions en concernant leurs propres soins.

5. Fournisseurs de soins : renvoie aux professionnels de la santé avec lesquels l'infirmière collabore. Ces fournisseurs doivent combiner compétences cliniques, qualités interpersonnelles et une sensibilité culturelle. La répartition des rôles et des responsabilités s'effectue selon les lois et normes professionnelles en vigueur, tout en tenant compte des besoins des femmes, des compétences de chaque professionnel et des ressources disponibles dans le milieu.

Cette première sphère est délimitée par une ligne discontinue en pointillé, illustrant une imprégnation bidirectionnelle avec la deuxième sphère représentant le partenariat relationnel.

### ***Deuxième sphère : Partenariat relationnel et engagement***

La deuxième sphère, représentée en couleur pêche, correspond au partenariat relationnel – engagement. Elle renvoie à la relation de soins continue dans le temps,

fondée sur les interactions entre la femme et l'infirmière agissant comme partenaire, interactions illustrées par les deux personnes de la figure.

La femme-partenaire est considérée dans sa globalité incluant ses besoins physiques, mentaux, sociaux, culturels et spirituels. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et valorisés afin de soutenir le développement de ses compétences d'autosoins. Elle manifeste progressivement sa capacité à co-construire son expérience de soins par des choix libres et éclairés, en cohérence avec son projet de maternité.

L'infirmière-partenaire accompagne la femme en respectant tous les aspects de son humanité. Elle reconnaît les savoirs expérientiels de la femme et partage ses propres savoirs disciplinaires et expérientiels. Par cet accompagnement en partenariat, elle contribue au développement des compétences d'autosoins et soutien l'habilitation progressive de la femme à co-construire des choix libres et éclairés. Le cœur figurant sur la chemise de l'infirmière symbolise son savoir-être : esprit ouvert, cœur ouvert et volonté ouverte.

La flèche bourgogne récursive illustre la relation de soins unissant ces deux actrices des soins représentant le partenariat relationnel c'est-à-dire un engagement réciproque et un processus de co-apprentissage, où leurs savoirs respectifs sont mobilisés pour co-construire les soins.

Ce partenariat relationnel évolue selon quatre dimensions d'engagement :

- i) Information : la femme reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal;
- ii) Consultation : la femme est consultée à propos de ses questions sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal;
- iii) Collaboration : la femme est activement impliquée et partage ses préférences ainsi que son vécu expérientiel sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal; et,
- iv) Co-construction : la femme prend des décisions en fonction de ses objectifs et de son projet de maternité.

Ces dimensions forment un gradient d'engagement allant de l'information à la consultation, puis à la collaboration pour culminer au partenariat. Or, elles peuvent coexister de manière simultanée selon l'intensité des interactions. Elles peuvent varier au cours d'une même rencontre et à travers les différentes périodes du continuum de l'expérience de soins. Ce partenariat constitue le cœur de la démarche, représenté par les interactions entre l'infirmière et la femme partenaires dans une relation de soins continue, soutenue par un accompagnement global prénatal, per-natal et postnatal. Au fil du temps, cette relation s'enracine et se consolide grâce à des interactions qui se déploient de manière continue tout au long du continuum de soins.

De plus, le partenariat relationnel – engagement permet d'agir sur les cinq composantes des soins maternels et néonataux pour co-construire les soins, ce qui est illustré par la délimitation pointillée de la première sphère permettant l'imprégnation

bidirectionnelle entre les zones. Enfin, cette deuxième sphère est elle-même délimitée par une ligne discontinue en pointillé, symbolisant l'imprégnation réciproque entre les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sphères, qui influencent à leur tour la sphère centrale.

### ***Troisième sphère : Facteurs d'influence***

La troisième sphère, représentée en mauve, correspond à quatre facteurs d'influence : les femmes, les fournisseurs de soins, l'organisation et la société. Ces facteurs sont en interaction constante, ce qui est illustré par les flèches bidirectionnelles à l'intérieur de la sphère. Ils influencent également l'engagement dans le partenariat relationnel entre la femme et l'infirmière lors de la co-construction des soins. Cette influence est représentée par la ligne discontinue en pointillé reliant les sphères. Ces facteurs peuvent favoriser ou limiter l'engagement entre l'infirmière et la femme dans les soins :

- i) Les femmes-partenaires possèdent des caractéristiques individuelles et des savoirs expérientiels susceptibles d'influencer leur motivation, volonté, capacité à s'engager. Leur engagement est modulé par leurs valeurs, connaissances, attitudes, croyances concernant leur rôle de patiente et leur expérience antérieure avec le système de soins. Leur niveau d'éducation, leur état de santé, leur confiance en soi et leur statut social sont des éléments à considérer;
- ii) Les fournisseurs de soins sont porteurs de caractéristiques individuelles, telles que leurs croyances, leurs valeurs, leurs qualités interpersonnelles et

leurs compétences. Leurs compétences mobilisent différents savoirs, combinant des connaissances fondées sur les données probantes et leur expérience personnelle/professionnelle;

- iii) L'organisation exerce une influence à travers sa culture institutionnelle, laquelle doit d'être ouverte et réceptive afin d'intégrer la perspective des femmes dans leurs soins et dans l'amélioration de la qualité des services de santé et, iv) la société qui se manifeste à travers les personnes significatives pour la femme, et qui doit encourager des normes sociales et des politiques reconnaissant la naissance comme un processus biologique, psychologique, social et culturel normal.

Ainsi, le cadre conceptuel constitue le cœur de la démarche en périnatalité, c'est - à dire la co-construction des soins entre l'infirmière et la femme partenaires. Il repose sur le partenariat relationnel – engagement, soutenu par la reconnaissance mutuelle de leurs savoirs respectifs tout au long de l'expérience de soins en périnatalité, tout en tenant compte de certains facteurs influençant dans cette démarche.

### **Pertinence du cadre de référence**

L'utilisation du cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité est particulièrement pertinente pour ce projet. Ce modèle, ancré théoriquement dans le cadre de QMNC (*Quality Maternal and Newborn Care*)(Renfrew et al., 2014) et le modèle patient-partenaire (Pomey et al., 2015), deux cadres de référence de haute qualité approuvés par

la littérature, permettra de guider la recherche et de contribuer à l'élaboration du guide d'entrevue. Il met l'accent sur la co-construction des soins entre l'infirmière et la femme, favorisant ainsi une relation de confiance et un soutien continu, essentiels en périnatalité. L'intégration de ce cadre de référence permettra d'analyser les données en s'appuyant sur ses composantes de qualité, telles que les catégories de pratiques, l'organisation des soins, les valeurs, la philosophie et les fournisseurs de soins, qui en constituent l'élément central, ainsi que sur la relation de partenariat entre l'infirmière et la femme tout en laissant place à l'émergence inductive.

Ce cadre offre ainsi une grille d'analyse pertinente pour comprendre et décrire comment les soins continus et relationnels influencent le sentiment de compétence maternelle, tout en offrant des pistes concrètes pour améliorer les pratiques de soins postnataux.

En explorant la façon dont la continuité des soins influence ce sentiment, ce modèle s'avère donc essentiel à la fois pour l'avancement des connaissances et pour l'amélioration de la qualité des soins en périnatalité.

### **But de la recherche**

Le but de cette recherche est de décrire la relation entre les femmes primipares et les infirmières dans le soutien de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins.

**Questions de recherche :**

Comment la relation entre les femmes primipares et les infirmières est-elle perçue comme soutenant du sentiment de compétence maternelle en période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins?

## **Méthodologie**

Ce chapitre vise à décrire la méthodologie privilégiée pour répondre au but et à la question de la présente étude. Dans cette recherche, le devis est descriptif qualitatif. D'abord, il sera question de détailler cette approche, ainsi que la pertinence de son utilisation pour la présente étude. Ensuite, la description du milieu, de la population, de la stratégie d'échantillonnage, les critères d'inclusion/d'exclusion et du recrutement des participantes seront exposés. Enfin, le chapitre abordera le déroulement de l'étude, les différentes étapes de l'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les critères de scientificité.

### **Fondement philosophique**

Compte tenu de la nature qualitative de cette recherche, le paradigme constructiviste est adopté, puisqu'il considère la réalité comme multiple, subjective et construite à travers les interactions entre la personne et son environnement (Polit & Beck, 2020; Woo et al., 2017). Il permet de comprendre le sens des expériences vécues à travers une démarche inductive, favorisant l'émergence des significations à partir des données recueillies.

Bien que le paradigme constructiviste constitue le fondement épistémologique, une orientation pragmatique est mobilisée étant donné les objectifs visés par cette étude par le souhait de son application dans la pratique quotidienne des infirmières avec l'intention de produire des retombées cliniques (Creswell & Creswell, 2018). Cette perspective offre à l'étudiante-chercheuse une liberté de choix quant aux méthodes, techniques et procédures à adopter, afin de répondre de manière optimale à la

problématique de recherche (Bourgault et al., 2010). Selon ces mêmes auteurs, les pragmatiques recherchent le quoi et le comment qui assureront une réponse optimale au questionnement scientifique sur lequel est basée l'étude. Vu la nature interprétative de la recherche qualitative, il est essentiel pour l'étudiante-chercheuse de reconnaître sa posture axiologique, c'est-à-dire les valeurs qui orientent sa démarche. Cette reconnaissance contribue à accroître la rigueur scientifique et invite à une réflexion sur ses propres valeurs ainsi que sur celles des autres. L'étudiante-chercheuse est guidée par la conviction que les femmes ont droit au respect, à la liberté de choix et possèdent la capacité de prendre en charge leur propre santé et bien-être.

Du point de vue disciplinaire, la recherche s'inscrit dans le paradigme de la complexité en sciences infirmières (Pepin et al., 2024). Ce paradigme considère la personne comme un être unique et singulier, porteur de ressources propres et capable de faire des choix qui influencent sa trajectoire de vie et de santé (Pépin et al., 2024). Il met en lumière l'importance des concepts fondamentaux du métaparadigme des sciences infirmières soit la personne, l'environnement, le soin et la santé. Ces concepts ne sont pas abordés de manière isolée, mais comme des éléments interreliés qui façonnent l'expérience vécue de la santé et du mieux-être (Pepin et al., 2024)

Dans cette perspective, la santé est perçue comme une expérience globale qui inclut la famille et l'environnement de la personne (Lecordier, 2011). Cette expérience est propre à chaque individu et constitue une composante essentielle du bien-être et de la santé (Newman et al., 2008). La santé est envisagée comme un processus dynamique visant à

harmoniser le corps, l'âme et l'esprit (Lecordier, 2011). Cette expérience pousse la personne à réfléchir sur sa trajectoire de vie et à effectuer des changements en vue d'atteindre cette harmonie. Le soin, est centré sur l'expérience de santé. L'infirmière accompagne la personne dans ses vécus, dans une posture de « être avec », en priorisant les préoccupations de la personne et de sa famille. Elle mobilise ses connaissances et compétences non pas comme finalité, mais comme moyens pour favoriser le mieux-être selon les besoins exprimés par la personne elle-même. La personne et sa famille forment un tout indissociable, qui est plus grand et différent de la somme de ses parties (Fawcett, 1995). L'environnement, quant à lui, représente l'univers dans lequel la personne et sa famille évoluent. Ils sont en constante interaction avec celui-ci, selon leur propre rythme (Fawcett, 1995). Ainsi, le choix du paradigme constructiviste pour la méthodologie et du paradigme de la complexité pour l'ancrage disciplinaire est cohérent. Tous deux valorisent la compréhension des expériences vécues, la subjectivité, la relation et le sens que les personnes attribuent à leur trajectoire de santé.

### **Le devis de recherche**

Cette recherche repose sur un devis descriptif qualitatif, tel que conceptualisé par Sandelowski (2000). Ce devis est pertinent lorsque l'objectif principal est de décrire de manière détaillée, fidèle et nuancée un phénomène encore peu documenté, sans chercher à produire une interprétation théorique approfondie ou un modèle conceptuel Gagnon, (Fortin & Gagnon, 2022).

Dans le cadre de cette étude, ce devis permet de rendre compte de l'expérience relationnelle vécue par les femmes primipares avec les infirmières durant la période postnatale précoce, ainsi que de l'influence perçue de ces interactions sur leur sentiment de compétence maternelle (SCM).

Ce type de devis est reconnu pour décrire des expériences personnelles, des perceptions ou des réponses à un événement, ce qui correspond directement à la nature de la problématique étudiée (Sandelowski, 2000; Thorne, 2016).

L'étude descriptive qualitative permet de : documenter la complexité des expériences des femmes à travers leurs propres mots ; mettre en évidence les éléments relationnels concrets ayant influencé leur transition à la maternité ; de dégager des descriptions riches et contextualisées qui sont pertinentes pour la pratique infirmière en périnatalité (PPNP) (Thorne, 2016).

Afin de soutenir la rigueur du devis, les données ont été recueillies par entrevues semi-structurées, complétées par un questionnaire sociodémographique et obstétrical ainsi qu'un journal de bord réflexif. Cette triangulation vise à produire une description complète, tout en restant fidèle aux propos des participantes (Thorne, 2016).

L'analyse des données suit un processus inductif, permettant de dégager des descriptions, des catégories et des thèmes directement dans les verbatims, sans chercher à construire une théorie (Bradshaw et al., 2017; Miles et al., 2020; Thorne, 2016).

Ce devis se révèle donc adapté pour explorer et décrire comment les femmes primipares perçoivent la relation avec les infirmières, comment elles vivent cette relation durant cette période postnatale précoce et comment elles perçoivent que ces interactions influencent ou non le développement de leur SCM.

### **Population à l'étude**

La présente étude s'intéresse aux femmes primipares ayant donné naissance dans des hôpitaux tertiaires et secondaires de la grande région de Montréal. L'étude porte sur l'expérience vécue durant les six premières semaines (PPNP), mais recueillie rétrospectivement jusqu'à six mois. Toutefois, en raison du risque de refus de participation notamment lié au manque de temps et au stress vécu en période postnatale précoce, la période d'inclusion a été étendue jusqu'à six mois après l'accouchement (Schmied et al., 2024).

### **Méthode d'échantillonnage et recrutement**

L'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été privilégié selon les critères d'inclusions. Cette méthode est suggérée dans les études de cas pour sélectionner les participants et les sites en fonction du problème de recherche et du phénomène étudié ce qui permet de bien encadrer la population (Fortin & Gagnon, 2022; Miles et al., 2020). De plus, c'est une méthode rapide, simple et économique pour obtenir des données (Miles et al., 2020). Selon Polit et Beck (2020) dans le cadre d'une étude qualitative, la taille de l'échantillon est déterminée par le principe de saturation des données. Celle-ci est atteinte

lorsque l'ajout de nouveaux participants ne génère plus d'informations nouvelles et que les données recueillies deviennent redondantes. L'étudiante-chercheuse a recruté dix femmes primipares pour participer à l'étude. Parmi elles, huit ont contribué à la collecte de données riches et approfondies, permettant de répondre aux objectifs de recherche. Les deux dernières participantes ont été incluses en fin de processus afin de confirmer la saturation des données laquelle a effectivement été atteinte.

### **Les critères d'inclusion et d'exclusion**

Les participantes de cette étude devaient répondre cinq critères d'inclusion : être des femmes primipares ayant donné naissance à un bébé à terme, afin de contrôler l'effet de la prématurité et des trajectoires néonatales complexes sur le SCM et la relation infirmière. Être âgées de 18 ans ou plus, maîtriser le français à l'oral et à l'écrit, et avoir accouché dans un hôpital de la grande région de Montréal depuis moins de six mois. Elles devaient avoir un séjour minimal en postpartum et un congé hospitalier avec possibilité de suivi infirmier à domicile ou non. À l'inverse, les critères d'exclusion comprenaient les femmes multipares, celles ayant été hospitalisées en raison de complications maternelles sévères (hémorragie, infection) entraînant une hospitalisation prolongée ou une réadmission, celles dont le bébé a séjourné de manière prolongée en unité néonatale, ainsi que celles dont la période postnatale excédait six mois.

### **Milieu de recherche**

Bien que les femmes aient accouché en milieu hospitalier de la région métropolitaine de Montréal et de ses environs, l'étude s'est déroulée dans l'environnement naturel des nouvelles mères.

### **Déroulement de l'étude**

L'étude s'est déroulée en trois phases distinctes, la section qui suit explique les détails de son déroulement.

La première phase visait à informer les nouvelles mères ayant reçu leur congé de l'hôpital et ayant bénéficié d'une visite de l'infirmière du CLSC à domicile de la possibilité de participer à l'étude en partageant leurs expériences de leur relation avec les infirmières dans le développement de leur SCM (Appendice A). Le recrutement des participantes s'est fait principalement par l'entremise des différents réseaux sociaux tels que Facebook/Instagram ainsi que le bouche à oreille provenant d'amies et de collègues. Les femmes intéressées ont pris contact avec l'étudiante-chercheuse par courriel et par téléphone.

La deuxième phase consistait à contacter par courriel et téléphone les participantes ayant manifesté leur intérêt afin de leur expliquer le but de l'étude, de leur transmettre le formulaire de consentement et de déterminer leurs disponibilités afin de planifier l'entrevue individuelle. La plupart des femmes ont eu de la difficulté à faire une signature électronique ne possédant pas le logiciel nécessaire et d'imprimante, elles ont donné leur

consentement verbal lors de l'entrevue après avoir préalablement lu le consentement et une validation de leur compréhension des principaux points du consentement par l'étudiante chercheuse (Appendice B). Plusieurs femmes ont également mentionné des difficultés liées à la complétion du questionnaire sociodémographique et des données obstétricales via la plateforme Survey Monkey en raison du manque de temps associés à leurs nouvelles responsabilités. Elles ont accepté de répondre verbalement lors de l'entrevue individuelle (Appendice C).

### **Méthode de collecte des données**

La troisième phase correspondait à la réalisation de la collecte de données, laquelle s'est déroulée sur une période d'un an (mai 2022 à mai 2023). Dans la présente étude, plusieurs outils ont été utilisés pour recueillir les données auprès des participantes. La collecte de données a été réalisée principalement par des entrevues semi-dirigée en visioconférence enregistré et d'un guide d'entrevue qui a été rédigé à l'aide du cadre de référence (Daigle, 2019). Également, un questionnaire socio-démographique et obstétrical a permis de recueillir des informations personnelles sur les participantes. Finalement, l'étudiante-chercheuse a tenu un journal de bord tout au long de l'étude pour conserver des données pertinentes et mieux interpréter les observations (Fortin & Gagnon, 2022).

### **Les entrevues individuelles**

Elles ont été menées et enregistrées virtuellement avec l'application Zoom. Chaque rencontre a duré entre 45 à 60 minutes. Un guide d'entrevue semi-structuré a été élaboré à partir des composantes du cadre de référence telles que la philosophie, les

valeurs, l'organisation des soins, les catégories de pratiques (éducation, évaluation, dépistage, planification, promotion de la physiologie et gestion des complications), les fournisseurs de soins les finalités et les thèmes du partenariat relationnel (information, consultation, collaboration et la co-construction) pour un total de 19 questions. Ce guide a été validé par la directrice de recherche, qui a examiné les thèmes et la formulation des questions (Appendice D). Par la suite, le guide a été prétesté auprès d'une nouvelle mère primipare pour valider la compréhension du contenu, tel que suggéré par Polit et Beck (2020).

### **Le questionnaire sociodémographique et obstétrical**

Il a été élaboré afin d'obtenir un portrait des femmes participant à l'étude et de leurs conditions de santé. Il incluait des données sociodémographiques et obstétricales. Étant donné la sensibilité de ces informations, seulement les données nécessaires pour l'analyse des caractéristiques descriptive ont été collectées. Toutes les femmes ont répondu à ces questionnaires verbalement lors de l'entrevue.

### **Le journal de bord**

L'étudiante-chercheuse a tenu un journal de bord afin de recueillir des informations complémentaires liées au sujet de recherche. Des mémos analytiques ont été rédigés tout le long du processus de codification et d'interprétation des données. Ces mémos consignaient ses impressions, ses connaissances, ses jugements ou ses pensées afin de reconnaître, réduire ou de diminuer les biais potentiels. Par la suite, ce même processus

réflexif a été lors de la lecture des études scientifiques portant sur le sujet pour soutenir une analyse critique rigoureuse.

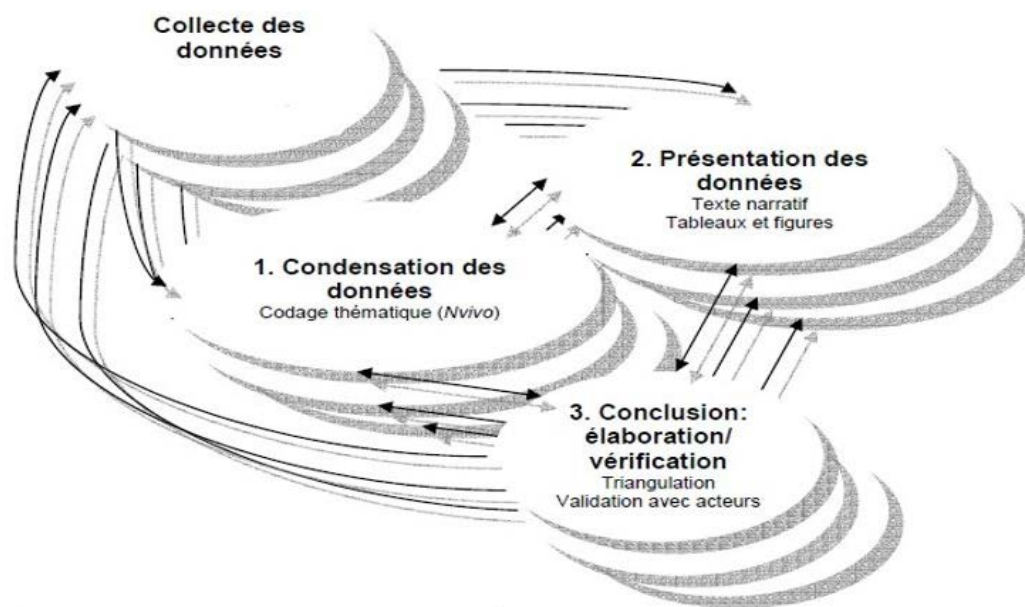
### **Analyse des données**

L'analyse des données a été menée selon la méthodologie de Miles et Huberman & Saldana (2020). L'analyse comprend quatre étapes nécessaires : la collecte de données, la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration des conclusions.

Il s'agit d'une démarche inductive reposant sur un processus itératif, qui permet de circuler entre les différentes étapes et de laisser émerger les thèmes. Ce processus contribue à assurer la saturation des données. L'avantage de cette méthode d'analyse est son processus itératif, à tout moment durant le processus d'analyse du projet, il est possible de retourner aux précédentes étapes pour faire des ajustements comme l'ajout d'un nouveau code, donner de l'importance à un élément qui était au départ non pertinent et ensuite retourner à l'étape suivante. Miles, Huberman & Saldana, 2020 ainsi que Fortin & Gagnon (2022) confirment que dans la recherche qualitative, la collecte et l'analyse des données se déroulent simultanément.

Figure 7

*Modèle d'analyse interactive pour les données (Miles et Huberman, 2020)*



### Étape 1 : Condensation des données

**Étape 1.1** Cette étape consiste à organiser et à transcrire les données (Miles et al., 2020) L'étudiante-chercheuse a transcrit intégralement le contenu des entrevues individuelles (n=10) enregistrées sur un fichier audio numérique, sans effectuer de transformation lexicale ou grammaticale.

**Étape 1.2** Les verbatims ont été organisées sous forme de texte brut dans un fichier Word et identifiés à l'aide d'un code alphanumérique (participante 0 à participante 9).

Cette organisation a permis de lire et relire les transcriptions afin de se familiariser avec les données et de dégager les premières significations. Par la suite, les fichiers ont été importés dans le logiciel NVivo 14 pour être analysés. Durant ce processus, des annotations informelles et des courtes synthèses sous forme de commentaires ont été rédigées par l'étudiante-chercheuse pour faciliter la segmentation des transcriptions en unités significatives. Les annotations et les mémos ont été produits tout au long du processus d'analyse. Par exemple, lorsque les femmes nommaient des différentes émotions (triste, peur, contente, douleur) ou lorsque les femmes décrivaient différentes attitudes et comportements observés chez les infirmières (humaine, expéditive, patiente) ces éléments étaient notés.

**Étape 1.3** Ensuite, la codification simple a permis la création de codes de couleur In Vivo (nœud) pour chaque segment obtenu afin de faciliter le regroupement. À cette étape, ce sont les mots des participantes qui ont guidé cette étape la création des codes. (Ex. : Émotions, Approche etc.). Au total, plus de 49 codes bruts ont été consignés en ordre décroissant selon leur fréquence d'apparition (100 et +, 99-50, 49-20, 19 et moins) dans un tableau à trois colonnes. Il s'agit d'une démarche entièrement inductive telle que décrit par Miles et Huberman & Saldana (2020). À ce stade, les cinq catégories auxquelles les participantes ont le plus fréquemment fait référence dans leur discours (avec 100 références et plus) étaient les suivantes : Infirmière Postpartum (256), Informations (185), Approche (143), Émotions (137), Appréciation (122), Organisation (119), Allaitement (104).

**Étape 1.4** Pour terminer, il y a eu la codification thématique qui a permis d'identifier des catégories et de faire émerger des sous-thèmes (Miles et al., 2020). L'étudiante-chercheuse a ainsi rassemblé les composantes issues de la codification simple afin d'obtenir des codes thématiques. Les codes et les citations ont été regroupés à l'aide de la comparaison constante, ce qui a permis d'attribuer un code thématique et de commencer le regroupement des catégories selon une logique inductive (Miles et al., 2020). Ainsi, par exemple la catégorie « Émotions » a été déclinés en émotions positives/émotion négatives et « Approche » en approche positive/négative.

À cette étape, il y a eu une analyse des données et un co-codage de manière indépendante et simultanée avec la directrice de recherche ont été effectués afin de valider ce processus. Un consensus a été obtenu avec la directrice comme validation inter-juge (90%). Un *codebook* comprenant les codes et leurs définitions a été exporté du logiciel (Appendice E). L'ensemble du processus a été validé par la directrice, puis revérifié et revalidé par l'étudiante-chercheuse.

## **Étape 2 : Présentation des données et mise en relation des thèmes**

**Étape 2.1** Cette étape de présentation des données et de mise en relation des thèmes consiste selon Miles et al. (2020) à structurer l'information de manière systématique, ce qui facilite l'analyse et de visualiser l'évolution du processus d'analyse. Pour synthétiser le grand volume d'informations recueillies, une présentation narrative accompagnée d'extrait de verbatims ainsi que des matrices et des figures ont permis de présenter les résultats de façon structurée (Miles et al., 2020).

**Étape 2.2** Après l'émergence des thèmes, dans le but de faciliter la classification des catégories, l'étudiante-chercheuse a introduit le cadre de référence pour une mise en relation avec ces sept thèmes principaux. Tous les regroupements de catégories émergents se sont insérés de manière cohérente dans le cadre.

**Étape 2.3** À cette étape, 18 tableaux ont été réalisés afin de présenter les principaux thèmes et sous thèmes avec des citations qui y sont reliées (Appendice F).

**Étape 2.4** : Initialement, huit entrevues étaient nécessaires pour réaliser l'étude. À la fin de cette étape, deux autres entrevues ont été ajoutées et ont été analysées selon le même processus rigoureux afin de vérifier l'atteinte de la saturation des données. Aucun nouveau thème ou sous-thème n'est apparu.

**Étape 2.5** : Croisement matriciel: Étant donné que l'approche constitue un thème central dans cette étude, puisqu'elle représente la philosophie relationnelle et influence fortement la finalité soit le SCM. L'étudiante-chercheuse a jugé pertinent de croiser ce thème avec chacune des activités infirmières et avec les infirmières de différents services tels que la salle d'accouchement, le postpartum et le CLSC. Ainsi, les approches positives et négatives des infirmières ont été croisées avec les autres thèmes principaux afin de comprendre leur influence perçue sur le développement du SCM à travers l'expérience rapportée par les participantes.

### **Étape 3 : Élaboration de conclusion et validation.**

La dernière étape de ce processus consiste en l'élaboration de conclusions et en leur validation (Miles et al., 2020). Selon ces auteurs, cette étape se déroule simultanément durant le processus analytique. Cependant, bien que cette simultanéité ait été respecté, l'approche inductive a été favorisé tout au long de l'analyse des résultats pour éviter que les résultats soient trop influencés par ceux des autres études et ainsi réduire les risques de biais. Les conclusions de cette étape sont présentées dans le chapitre du résultat et la discussion.

### **Considérations éthiques**

Cette présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université du Québec en Outaouais en avril 2022 et renouvelé en avril 2023, 2024 et 2025(Appendice G). Une formation de l'EPTC2 a été réalisé avant le déroulement du projet par l'étudiante-chercheuse afin d'être sensibilisée aux différents enjeux de la recherche qualitative et comprendre la responsabilité du chercheur. Pour cette présente étude, l'étudiante chercheuse a respecté ces trois principes suivants de l'EPTC2 concernant l'éthique de la recherche avec des humains: le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice. Un formulaire de consentement a été rédigé selon ces normes en s'assurant de bien respecter les droits des participantes.

### **Consentement**

Une fois que les participantes ont pris connaissance de l'étude et ont accepté d'y participer en prenant contact avec l'étudiante-chercheuse par courriel. Un premier contact par courriel et téléphonique a été fait dans le but d'expliquer l'étude et un formulaire de consentement a été envoyé par courriel. Avant de débiter les entrevues, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que le consentement a été signé par les participantes et celles qui ne pouvaient signer électroniquement ont donné leur consentement verbal lors de l'entrevue après qu'un rappel des principaux points du consentement a été fait.

### **Processus d'anonymisation**

Lors de l'enregistrement des entrevues, un espace garantissant la confidentialité a été aménagé. Un code alphanumérique a été attribué à chaque participante (par exemple participante 0). Une fois l'entrevue transcrite par l'étudiante-chercheuse, l'enregistrement audio a été détruit à l'aide du logiciel « *Eraser* », seules les retranscriptions ont été conservées avec le code alphanumérique. Lors de la publication sur les réseaux sociaux, une mention a été ajoutée pour ne pas identifier d'éventuelles participantes et certaines publications ont été mises en mode sans désignée afin de préserver leur anonymat.

### **Conservation des données**

Les données sont conservées dans un dossier dans l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheuse pour une durée de cinq ans selon l'accord du comité d'éthique (Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, 2018). À la fin de cette période, les données seront détruites à l'aide du logiciel de

destruction des données « *Eraser* ». L'ordinateur et les fichiers sont protégés par un mot de passe connu uniquement l'étudiante-chercheuse.

### **Les bénéfices et les risques**

Les risques associés à la participation de ces femmes est supérieur à minimal d'éprouver de la détresse psychologique en cours d'entrevue puisque qu'il est possible que le fait de parler de leurs vécus expérientiels durant cette période puisse amener des sentiments négatifs. Donc, elles ont été informées des ressources disponibles dans la communauté et l'étudiante-chercheuse s'est engagé, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier.

En ce qui concerne les avantages directs pour les participantes c'est de pouvoir s'exprimer et de partager leurs expériences de naissance. Certaines participantes peuvent percevoir un bénéfice subjectif à verbaliser leur expérience. Dans l'étude de Cummins et al., (2020), les auteurs discutent des bénéfices du « débriefing » après l'accouchement qui doit être encouragé. Toutefois, elles n'ont pas toujours la possibilité d'y revenir en détails sur leur expérience dans le contexte hospitalier. De plus, l'avancement des connaissances sur les expériences des femmes durant la relation avec les infirmières permettra de développer des stratégies pour faciliter cette relation durant la période postnatale précoce en renforçant le SCM chez les femmes. Aucune compensation d'ordre monétaire n'a été accordée. Il n'y a aucun conflit d'intérêt à déclarer pour cette étude.

## **Critères de scientificité**

La réalisation de cette étude a été effectuée en prenant en considération les critères de scientificité élaborés par Lincoln et Guba (1985) qui sont la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Fortin & Gagnon, 2022; Miles et al., 2020; Proulx, 2019). Un cinquième critère, la réflexivité peut également être ajouté (Langdrige, 2007).

### **La crédibilité**

La crédibilité correspond à la validation interne (Gohier, 2004) et renvoie à l'authenticité dans la description du vécu expérientiel des participantes selon l'interprétation des données (Lincoln & Guba, 1985 ; Fortin et Gagnon, 2022). Différents facteurs doivent être pris en compte afin de garantir la crédibilité, tels que l'exactitude des descriptions, la cohérence et la clarté des résultats, ainsi que la triangulation entre les données, les méthodes et les points de vue utilisés (Miles, Huberman & Saldana, 2020). Dans cette étude, la crédibilité est assurée de la triangulation de l'interprétation entre l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche avec une validation interjuge. Plusieurs sources de données ont été utilisées : questionnaire sociodémographique, questionnaires obstétricaux et une entrevue individuelle. Les conclusions étaient comparables d'une participante l'autre.

### **La fiabilité**

La fiabilité fait référence à l'intégrité et à la stabilité des données dans le temps et dans différentes conditions ainsi qu'une constance dans les résultats (Fortin & Gagnon, 2022). Pour l'assurer, l'étudiante-chercheuse a détaillé les démarches de la méthodologie,

diversifié les milieux hospitaliers pour obtenir une représentativité adéquate. Une saturation des données a été obtenue. Les entrevues ont été enregistrées pour respecter fidèlement les propos des participantes sans interprétation et des notes réflexives ont été prises dès l'entrevue. Les données ont été triangulées avec d'autres sources scientifiques et avec la directrice de recherche.

### **La confirmabilité**

La confirmabilité renvoie au lien entre les données, les résultats et l'interprétation. (Fortin & Gagnon, 2022; Lincoln & Guba, 1985). Ce critère a pour but de s'assurer que les résultats reflètent bien les données et non le point de vue du chercheur. (Fortin & Gagnon, 2022). Le sens des données et les résultats ont été vérifiés et évalués par la directrice de recherche. L'étudiante-chercheuse a mis en place des stratégies afin de rester objective, en évitant toute forme d'interprétation personnelle, en s'appuyant sur le discours des participantes et en utilisant son journal de bord pour en réfléchir à ses propres valeurs et ses perceptions. (Fortin et Gagnon, 2022).

### **La transférabilité**

La transférabilité correspond à la validation externe (Fortin & Gagnon, 2022). En recherche qualitative, la généralisation n'est pas le but recherché, mais bien de déterminer si les conclusions peuvent s'appliquer à d'autres contextes qui présentent des caractéristiques similaires (Fortin & Gagnon, 2022; Lincoln & Guba, 1985).

## **La réflexivité**

La réflexivité constitue un autre critère de rigueur scientifique qui implique que le chercheur s'interroge sur lui-même, examine ses propres valeurs qui auraient pu l'influencer lors de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données ainsi qu'une réflexion sur soi (Blanchet, 2009; Langdrige, 2007). Dans cette recherche, la réflexion sur soi a été réalisée grâce au journal de bord, des mémos vocaux de l'étudiante chercheuse, en notant ses perceptions et ses sentiments lors de l'entrevue et lors de la lecture du récit. De plus, l'étudiante-chercheuse s'est assurée d'être transparente et consciente de sa position, ses émotions et ses valeurs afin de limiter les biais reliés de la formulation de la question de recherche à la diffusion des résultats. Étant donné que l'étudiante-chercheuse est infirmière clinicienne travaillant dans le domaine de la périnatalité, elle accompagne des femmes tout au long de leur continuum de soins. Ce projet s'est d'ailleurs inspiré de son rôle auprès de cette clientèle ainsi que de ses observations dans le milieu hospitalier.

## Résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche issus de l'analyse du contenu des entretiens réalisés auprès de femmes en postnatal précoce. Le but de cette recherche est de décrire la relation entre les femmes primipares et les infirmières dans le soutien de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins. Ainsi pour atteindre ce but, la question de recherche est la suivante : Comment la relation entre les femmes primipares et les infirmières est-elle perçue comme soutenant du sentiment de compétence maternelle en période postnatale précoce, selon le contexte du modèle organisationnel des soins ? Ce chapitre présente d'abord les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des participantes. Par la suite, les résultats sont expliqués sous forme de dimensions, de thèmes et de sous-thèmes appuyée par certains verbatim pertinents.

### **Les caractéristiques sociodémographiques des participantes**

Toutes les participantes recrutées répondaient aux critères d'inclusion. Les dix participantes étaient âgées entre 23 et 36 ans, avec un âge moyen de 29,3 ans et une médiane de 30 ans. Les participantes (n=8) étaient de nationalité canadienne et 2 haïtiennes. La moitié des femmes (5/10) s'identifient comme blanche caucasiennes et quatre comme femmes noires et une femme asiatique. La grande majorité des femmes habite la région du Grand Montréal (9/10) et une participante réside à St Jean sur Richelieu. Sur le plan de l'éducation, cinq femmes possèdent un diplôme de niveau collégial, deux un baccalauréat, deux maîtrises, une des études postsecondaires. Quatre femmes sur 10 travaillent dans le domaine de la santé (infirmières ou auxiliaires), une

dans le milieu de l'éducation (enseignante au primaire), deux comme agentes administratives ou à l'information, une comme technicienne en droit, une comme ingénieure et une comme représentante des ventes. La majorité des femmes sont en union de fait (8/10) un est marié et une autre est célibataire. Presque toutes vivent avec leurs conjoints (9/10), depuis une durée variante entre un an et demi à 17 ans. Deux femmes parmi les participantes cohabitent avec leur mère. Quatre femmes sur 10 ont bénéficié du retrait préventif, tandis que les autres ont travaillé selon les normes CNESST et du RQAP, soit jusqu'à environ 36 semaines de grossesse. Les revenus familiaux rapportés varient de 40 000 \$ à 140 000 \$. Enfin, un peu plus de la moitié des participantes mentionnent pouvoir compter sur au moins six personnes pour les soutenir en cas de besoin, tandis que quatre femmes déclarent disposer d'un réseau de deux à cinq personnes.

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=10)*

<b>Catégories</b>	<b>Données (n=10)</b>	<b>Catégories</b>	<b>Données (n=10)</b>
<b>Âge</b>		<b>Niveau Scolaire</b>	
Moyenne	29,3	Maîtrise	2
Médiane	30	Baccalauréat	2
Écart type	3,47	Collégial	5
<b>Pays de naissance</b>		Diplôme professionnel	1
Canada	8	<b>État civil</b>	
Haïti	2	Conjoint de fait	8
<b>Ethnie (auto-identifiée)</b>		Mariée	1
Blanche Caucasienne	5	Célibataire	1
Noire	4	<b>Occupation (Domaine)</b>	
Asiatique	1	Santé /infirmière	4
<b>Langue maternelle</b>		Administration	2
Français	7	Éducation	1
Créole	2	Droit	1
Chinois	1	Ingénierie	1
<b>Lieu de résidence</b>		Ventes	1
Région Montréal	7	<b>Revenu (Familiale)</b>	
Aux environs de Montréal	3	40000-60000	4
<b>Travail durant grossesse</b>		60000-100000	3
Arrêt à 36 semaines	6	100000+	3
Retrait préventif	4	<b>Habite avec le père</b>	
<b>Réseau social</b>		Oui	9
6 personnes +	6	Non	1
Entre 2 à 5 personnes	4	<b>Durée de vie en couple</b>	
<b>Vivant avec d'autres personnes</b>		1 à 4 ans	5
Non	9	5 à 7	2
Oui	1	15+	1
		Inconnue	2

### **Les caractéristiques obstétricales des participantes**

La majorité des femmes n'avaient aucun problème de santé connu (7/10). Une femme présentait un trouble anxieux généralisé (TAG), une anémie falciforme ayant nécessité deux hospitalisations durant la grossesse, et une un syndrome des ovaires polykystiques. Toutes les participantes (10/10) étaient primipares. Quatre sur dix avaient vécu un avortement spontané avant leur premier bébé. Une femme sur dix a développé un diabète gestationnel et une autre de l'hypertension artérielle. Elles ont toutes accouché à terme, entre 37,4 et 41,3 semaines, dans les hôpitaux suivants : Saint-Jérôme (3/10), Cité-de-la-Santé (2/10), Sainte- Justine (1/10), Sacré-Cœur (1/10), Maisonneuve-Rosemont (1/10), CHUM (1/10) et Haut-Richelieu (1/10). Cinq femmes sur dix ont donné naissance par césarienne, dont une césarienne planifiée pour présentation en siège ; les quatre autres ont été réalisées en urgence pour détresse fœtale. Les cinq autres femmes ont accouché par voie vaginale, dont trois après induction et deux avec assistance par ventouse. Toutes les femmes ayant accouché par voie vaginale (5/5) ont eu recours à l'analgésie péridurale. Seules trois femmes sur dix avaient suivi un cours prénatal avant la naissance. Après l'accouchement, la majorité des bébés (6/10) n'ont présenté aucun problème de santé. Deux bébés ont développé un ictère et un bébé était petit pour l'âge gestationnel (PAG) avec un souffle cardiaque. La majorité des femmes (8/10) allaitent leur nouveau-né, dont trois de manière exclusive et cinq pratiquent l'allaitement mixte avec le lait maternel et/ou la formule. Une femme sur dix donne exclusivement le biberon et une autre utilise le tire-lait et donne son lait au biberon. Toutes les femmes (10/10) rapportent une implication de leur conjoint dans le projet de naissance.

**Tableau 4***Caractéristiques obstétricales des participantes (n=10)*

<b>Catégories</b>	<b>Données (n=10)</b>	<b>Catégories</b>	<b>Données (n=10)</b>
<b>Antécédents médicaux</b>		<b>Complications gestationnelles</b>	
Non	7	Oui	2
Oui	3	Non	8
<b>Nombre de grossesse (Gravida)</b>		<b>Complications intrapartum</b>	1
1	5	Oui	5
2	4	Non	5
3	1		1
<b>Semaine de grossesse</b>		<b>Problèmes bébé postnatal</b>	
37 à 39 et 6 jours	5	Non	6
40 à 41	5	Jaunisse	2
<b>Cours prénataux</b>		Petit poids	1
Non	7	Perte de poids (9.4%)	1
Oui	3	Souffle au cœur	1
<b>Mode d'accouchement</b>		<b>Mode d'alimentation du bébé</b>	
Vaginal spontané	2	Allaitement exclusif	3
Vaginal assisté	2	Allaitement mixte	5
Induction	4	Biberon/formule	1
<b>Césarienne</b>		Allaitement au Tire-lait	1
Urgence	4	<b>Implication personnes significatives à la naissance</b>	
Planifié	1	Oui	10
<b>Péridurale</b>		Non	0
Oui	5		
Non	0		
<b>Hôpitaux (lieu de naissance)</b>			
St Jérôme	3		
Cité de la santé	2		
Sacré- cœur	1		
CHUM	1		
Maisonneuve	1		
Sainte- Justine	1		
Du Haut Richelieu	1		

### Thèmes émergents de l'analyse des données

Les résultats de la présente étude sont donc organisés et présentés sous forme des dimensions suivantes : 1) Femme, 2) Relation infirmière-femme, 3) Organisation des soins. Le tableau 5 présente l'organisation des dimensions avec les thèmes et sous-thèmes qui les composent. Afin de respecter l'anonymat des participantes, leurs noms et prénoms ont été remplacés par un code alphanumérique. Certains verbatim ont été ramenés pour illustrer l'ensemble des résultats.

**Tableau 5**

*Présentation des résultats : Dimensions, thèmes et sous thèmes*

Dimensions	Thèmes	Sous-thèmes
1.Femme	1. Émotions	1. Émotions négatives 2. Émotions positives 3. Émotions du père
	2. Adaptation	4. Difficultés liées à la femme 5. Difficultés liées au bébé 6. Savoirs expérientiels 7. Réseau social 8. Culture 9. Autogestion 10. Sentiment d'être compétente
2.Relation infirmière-femme	3. Approche des infirmières	11. Humanisme 12. Engagement relationnel 13. Prendre le temps 14. Soins centrés bébé 15. Soins centrés sur la dyade 16. Partenariat dans les soins
	4.Valeurs	17. Respect 18. Laisser la liberté de choix 19. Autonomie 20. Dignité humaine 21. Professionnalisme

Dimensions	Thèmes	Sous-thèmes
	5. Compétence perçue des infirmières	22. Compétence relationnelle 23. Compétence technique
3. Organisation	6. Activités de soins reçues des infirmières	24. Éducation/information 25. Promotion de la physiologie 26. Soutien 27. Planification 28. Gestion des complications 29. Évaluation 30. Dépistage
	7. Suivi prénatal	31. Absence ou présence infirmière suivi de grossesse
	8. Postnatal à l'hôpital	32. Modèle de prestation des soins 33. Disponibilité des infirmières 34. Charge de travail 35. Horaire de travail des infirmières 36. Manque d'uniformité dans la pratique 37. Continuité dans la relation 38. Durée de séjour
	9. Postnatal à la maison	39. Suivi CLSC (Carl) 40. Services communautaires et institutionnels
	10. Satisfaction dans la relation de soins	41. Appréciation positive 42. Appréciation négative

### Dimension 1. Femme Primipare

La dimension Femme a représenté la participante et sa famille en faisant référence aux éléments qui les caractérisent dans leur expérience postnatale. Toutes les participantes ont mentionné deux thèmes principaux dans cette dimension, soit leurs émotions et leur adaptation lors de leur relation avec les infirmières. Les participantes se sont décrites à travers plusieurs aspects (sous-thèmes) comme leur capacité de s'adapter à leur nouvelle situation, leur autogestion de santé, leur culture, leurs émotions, la présence du père du

bébé, leur réseau social, leurs savoirs expérientiels ainsi que leur sentiment de compétence.

### ***Thème 1 Émotions***

Ce thème reflète l'expression des sentiments des participantes, ce qu'elles ressentent et la façon dont elles vivent leurs émotions dans la relation avec les infirmières. Toutes les participantes ont exprimé des émotions négatives qui semble avoir affaibli leur SCM et des émotions positives qui semble avoir renforcé leur SCM.

**Émotions négatives.** Toutes les participantes ont exprimé des émotions négatives dans la relation avec les infirmières. Ces émotions incluent la tristesse, la peur, le dégoût, la colère ainsi que des émotions secondaires comme la douleur, la fatigue, la déception, l'inquiétude, la confusion, la culpabilité, le découragement et l'anxiété.

Moi, je me sentais ...j'ai pleuré tout le long parce que je savais pas qu'est-ce qui se passait. Je me sentais coudonc, je me suis remis en tant que mère en question, est-ce que c'est moi qui a pas donné assez de lait à mon enfant parce que tout ce qu'on disait, c'est si l'enfant boit pas bien au 3 ou 4 heures minimum 8 à 12 fois par jour, il pourrait développer la jaunisse fait que moi, je sentais, c'était vraiment ma faute pis tout ça. (Participante 1)

**Émotions positives.** Toutes les participantes ont exprimé des émotions lors de leur relation avec les infirmières. Elles ont déclaré se sentir contentes, rassurées, en confiance et respectées.

J'étais contente, j'avais du colostrum qui sortait... parce que là tout le monde me disait : Ah, elles ont toutes eu de la misère à allaiter tralala. Moi je t'étais là : Ok, j'ai du colostrum. (Participante 9)

**Émotions perçues des pères.** Près de la moitié des participantes ont également nommé des émotions du père : panique, colère, impuissance, déception, perdre confiance en lien avec des situations difficiles. Les participantes décrivaient les sentiments de leurs conjoints lors de certaines situations problématiques durant la relation avec les infirmières, ce qui semblait influencer négativement leur SCM.

Mon chum, il capotait là. La nuit-là parce qu'en plus ils ne peuvent rien faire eux autres (infirmières), le fait qu'il se sentait super impuissant, mais la conseillère en lactation là... (Participante 0)

### ***Thème 2 Adaptation***

Ce thème a représenté les défis rencontrés par les participantes lors de leur transition à l'hôpital, tant pour elles-mêmes que pour leur bébé. Elles ont décrit ces défis comme des difficultés liées à leur adaptation maternelle. Toutes les participantes ont parlé de leur adaptation durant la période postnatale précoce. Elles ont toutes mentionné des difficultés liées aux soins du bébé et la grande majorité a évoqué des défis en lien avec leur nouveau rôle maternel. Elles ont également parlé de leur réseau social incluant la présence du père. La plupart ont fait référence à leurs savoirs expérientiels et certaines à leur culture. Toutes les participantes ont évoqué leur autogestion de leur santé, de leurs soins et de leur quotidien avec le bébé et presque toutes ont discuté de leur sentiment d'être compétentes.

Ah oui, il y a le début comme lui, il a pas été content d'être forcé à sortir du ventre, là fait que, les deux premières nuits c'était comme il pleurait comme non-stop. C'était, vraiment quelque chose. Puis, je me rappelle qu'il y a une infirmière, elle m'a juste proposé : est-ce que tu veux qu'on l'amène avec nous, tu sais, une p'tite heure, pour vous laisser vous reposer tout ça parce que je pense qu'elle voyait la panique dans mes yeux, que j'y arriverais pas là. Si c'est tout le temps de même...elle l'a emmené. Y a pleuré toute le long. On l'entendait un petit peu, mais au moins, c'était pas à côté de nous. Ça nous a laissé une petite heure pour me remettre de mes émotions. (Participante 7)

**Difficultés liées à la femme.** La grande majorité des participantes ont mentionné des difficultés liées à l'adaptation à leur nouveau rôle maternel, en ce qui concerne les transformations physiologiques, les nouveaux apprentissages, et la confiance nécessaire pour reconnaître les besoins du nouveau-né. Ces éléments semblaient rendre parfois le développement de leur SCM plus difficile.

C'est quand tu arrives tout seul à la maison, puis là tu dis, Ah, elle prend-tu bien le sein, elle a tu assez de lait tout ça, parce que quand elles sont là, on dirait que ça va bien. Ah, t'as vraiment une tête à côté de toi qui te regarde, ben te corrige tout de suite. Versus quand t'es à la maison, là tu vois, elle a l'air de téter pis chercher partout là, t'es comme qu'est-ce que ... c'est tu moi qui fait quelque chose de pas correct ? Le plus difficile ça a été par après être sortie, pour être sur ce que je faisais c'est vraiment bon. (Participante 1)

**Difficultés liées au bébé.** Toutes les participantes ont évoqué leur adaptation à la naissance de leur bébé, en abordant les défis liés à son alimentation, à la gestion de ses pleurs et de son sommeil, ainsi que l'évolution de leur relation ou lien d'attachement avec lui.

Ça a super bien été jusqu'à ce qu'elle se mette à faire des crises et tout pis qu'on se rende compte que finalement elle buvait mal, fait que là, c'est ça, ça m'a fait perdre un peu la confiance. (Participante 0)

**Savoirs expérientiels des femmes.** La plupart des participantes ont mentionné leurs expériences, leurs connaissances, leurs croyances, leurs habiletés en lien avec la relation avec les infirmières. Pour la majorité des participantes, c'était surtout le manque de connaissances et d'expérience lié à leur nouvelle situation qui semblait nuire au développement de leur SCM.

Ben faut savoir que moi et mon conjoint, on avait aucune expérience avec les bébés. Donc, nous on s'est présenté là tous les deux, on n'avait jamais changé de couche de notre vie, donc on s'en allait à l'hôpital, puis moi, je me fiaais beaucoup sur le personnel médical pour nous enseigner des choses pendant le 48 h qu'on allait être là parce que, on avait aucune expérience. (Participante 4)

**Réseau social.** Les trois quarts des participantes ont fait référence à leur réseau de social incluant la famille, les amis, les collègues et d'autres toutes personnes significatives qui leur ont apporté de l'aide, du soutien et avec lesquels elles peuvent partager leurs expériences favorisant ainsi leur adaptation. Le réseau social des participantes a été perçu comme un élément aidant et positif pour le développement du SCM.

Moi j'habite en haut chez ma mère fait que ça aide beaucoup fait que mais fait, que ça. (Participante 0)

**Culture.** Une minorité des participantes ont mentionné leur perception de la relation avec les infirmières en lien avec l'ethnie, les croyances religieuses, les croyances culturelles et certains mythes.

Dans le sens que les infirmières étaient devenues comme notre petite famille durant notre séjour à l'hôpital. On avait une infirmière spécialement, elle venait tout le temps dans notre chambre, que ce soit avant qu'elle aille en lunch, avant qu'elle parte de son quart, elle nous demandait si on était correct et tout. Puis, le fait qu'elle était de la même ethnie que nous, comme on nous donnait... un peu plus âgée là... tu sais, elle nous donnait beaucoup de conseils. Comment faire arriver à la maison et tout, c'était vraiment hors du cadre de travail si on veut dire, mais c'était vraiment, c'était vraiment bien gratifiant comme expérience. (Participante5)

**Autogestion.** L'ensemble des participantes ont évoqué leur autogestion, soulignant dans leurs discours leur autonomie quant à la prise en charge de leur propre santé et de celle de leur bébé. Elles ont décrit que, lorsqu'elles obtenaient des informations, que ce soit par l'intermédiaire des infirmières ou par leurs propres démarches, elles étaient en mesure d'assurer leurs soins. Une gestion autonome de leur santé semblait avoir le potentiel d'améliorer leur SCM.

Ben je pense que faut pas s'attendre aux infirmières pour atteindre l'objectif d'être nouvelle mère faut vraiment que tu t'informes beaucoup de toi-même là. Tu sais, t'as un gros travail à faire avant ton accouchement. T'as un gros travail d'information à compléter après ton accouchement, tu sais, faut vraiment pas t'attendre à... moi, je m'attendais à rien des infirmières là, pour vrai. C'est à toi d'aller chercher les informations puis, de les poser au bon moment. (Participante 9)

**Sentiment d'être compétente.** Presque toutes les participantes ont rapporté un sentiment de compétence lors de la relation avec les infirmières à l'hôpital et lors de la visite à domicile. Les expressions telles que « se sentir compétentes », se sentir « bonnes » ou « en confiance », traduisaient des expériences vécues dans la relation et étaient susceptibles d'influencer positivement le SCM (tableau 6).

Le fait qu'elles m'encourageaient dans ce que je faisais, m'a mis moi, en confiance avec mon bébé. Comme je dis, c'est une nouvelle expérience. Tu sais, c'est... être enceinte, c'est quelque chose. Accoucher, c'est une autre chose. S'occuper d'un enfant, c'est totalement différent. Ces deux expériences-là, fait qu'elles m'ont vraiment mis en confiance. Elles m'ont vraiment aidée, surtout le fait que moi, comme j'avais de la misère à allaiter, elles m'ont vraiment aidée. Elles m'ont conseillée d'aller au CLSC prendre la petite formation et tout. Donc, j'étais vraiment prête et en confiance pour mon retour à la maison. En grande partie grâce à aux infirmières que j'ai eues durant mon séjour. (Participante 5)

**Tableau 6**

*Les influences positives perçues sur le SCM*

<b>Effet perçu sur le SCM</b>	<b>Comportements/attitudes femmes</b>	<b>Comportements/attitudes infirmières</b>
<b>Perception Positive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer esprit critique</li> <li>• S'informer beaucoup</li> <li>• Poser des questions</li> <li>• Faire des apprentissages</li> <li>• Connaître les ressources</li> <li>• Participation aux cours prénataux</li> <li>• Faire des choix éclairés</li> <li>• Être rassurée</li> <li>• Peu d'attentes envers les infirmières</li> <li>• Se faire confiance</li> <li>• Être dévoué dans son rôle de mère</li> <li>• Être organisée/préparée</li> <li>• Avoir du soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche perçue positive</li> <li>• Beaucoup d'info de l'infirmière CLSC</li> <li>• Rétroaction positive*</li> <li>• Encouragements lors de l'allaitement</li> <li>• Démonstrations pratiques</li> <li>• Répondre rapidement aux questions/cloche</li> <li>• Être disponible /Prendre le temps</li> <li>• Ne pas se faire imposer rien</li> <li>• Planification personnalisée</li> <li>• Infirmière confiante et expérimentée</li> <li>• Impliquer le père dans les soins</li> <li>• Soutenir un allaitement nutritif*</li> <li>• Validation par l'infirmière *</li> <li>• Être évaluer correctement*</li> <li>• Reconnaître la détresse de la femme</li> <li>• Donner des documents et des rappels</li> <li>• Soutien significatif allaitement*</li> </ul>

**Sentiment d'être incompétente.** La majorité des participantes ont également rapporté se sentir incompétente en mentionnant ces caractéristiques négatives ou des jugements similaires tels que se sentir « incompétente » ou « pas bonne » ou « pas en confiance ».

Dès que je me suis mise à pleurer. Je me suis sentie complètement incompétente, là d'un coup. C'était comme la fin du monde, là, c'est comme il y a rien que je faisais depuis le début qui fonctionnait. La petite était en train de mourir de faim, c'était vraiment la fin du monde. [rire] Fait que oui, ça a Vraiment eu un gros impact, mais Tsé ... (Participante 0)

Le fait de ne pas savoir ce qui se passait, de ne pas comprendre les raisons des difficultés rencontrées ou encore de recevoir des commentaires des infirmières perçus négativement par les femmes, a généré des émotions négatives comme la culpabilité, même lorsqu'elles avaient l'impression d'avoir bien fait les choses. Le manque de propositions d'alternatives pour favoriser l'allaitement a été aussi soulevé. L'ensemble de ces éléments semblait avoir contribué négativement au développement du SCM. Le tableau 8 met en lumière les comportements perçus femmes et infirmières pouvant agir négativement sur le SCM dans la relation.

**Tableau 7***Les influences négatives perçues sur le SCM*

<b>Effet perçu sur le SCM</b>	<b>Comportements/attitudes femme</b>	<b>Comportements/approches infirmière</b>
<b>Perception Négative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas savoir ce qui se passe, ni les raisons des difficultés</li> <li>• Ne pas savoir quoi faire dans une situation anormale</li> <li>• Ne pas avoir eu de l'aide nécessaire pour avancer en tant que mère</li> <li>• Pas confortable avec l'allaitement</li> <li>• Vivre des émotions négatives dans une situation difficiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop d'informations aux mauvais moments</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Trop d'infirmière différentes</li> <li>• Informations contradictoires</li> <li>• Plusieurs petits manques dans les soins</li> <li>• Ne pas prendre le temps/ faire le strict minimum</li> <li>• Commentaires négatifs</li> <li>• Jugements perçus sur les choix de la femme</li> <li>• Insistance excessive*</li> <li>• Ne pas donner espoir</li> <li>• Ne pas proposer aide à l'allaitement</li> <li>• Diaboliser le biberon*</li> <li>• Ne pas respecter son choix</li> </ul>

**SCM : un processus évolutif marqué par des fluctuations transitoires.** Dans son discours, une participante a illustré le caractère évolutif du sentiment de compétence maternelle (SCM) ainsi que des fluctuations observées au cours du processus d'adaptation à la maternité. Les données montrent que le SCM se construit et se transforme progressivement au fil des expériences vécues, des apprentissages réalisés et des interactions avec le bébé et les infirmières. Il apparaît ainsi comme un phénomène non statique, mais plutôt dynamique, sensible au contexte et aux interactions relationnelles qui marquent la PPNP.

Il y a eu un moment difficile, vraiment, où on s'est vraiment senti incompetent, mais ça a pas duré longtemps. Pis les ressources étaient là pour nous aider rapidement à se ressentir compétent. Tse fait que c'est bien. Je pense que toute façon, Fallait s'en rendre compte à un moment donné, là tsé, pis j'imagine que tout le monde a des choses qui sont plus difficiles que d'autres là, Tsé dans leur parcours là, mais. Il y a quelque chose qui est arrivé. Oui, on s'est senti incompetent là, mais les ressources étaient là pour nous aider. Pis, rapidement, on a repris le dessus, je pense que c'est bien là. (Participante 0)

## **Dimension 2. Relation infirmière-femme**

Cette dimension a représenté la relation entre la femme et l'infirmière. Selon les participantes elle s'est définie à travers l'approche des infirmières, les valeurs qu'elles émanaient ainsi que les compétences qu'elles démontraient, telles que perçues par les femmes durant leur parcours de soins.

### ***Thème 3 Approche des infirmières***

Ce thème a reflété les attitudes et les comportements des infirmières auprès de la femme ainsi que la manière dont elles ont initié ou continué la relation dans le cadre des interactions lors des activités de soins. Cette approche a pu être perçue comme positive ou négative ce qui semblait influencer ainsi favorablement ou défavorablement leur SCM.

Toutes les participantes ont mentionné les caractéristiques de l'approche des infirmières, lesquelles exerçaient une influence soit positive ou négative sur leur sentiment de compétence maternelle. Elles ont donné des exemples des comportements observés : humanisme, engagement relationnel, prendre le temps, soins centrés sur le bébé, soins centrés sur la maman et le bébé et partenariat dans les soins. Ces différentes approches représentent les sous-thèmes de l'approche des infirmières.

**L'humanisme.** Toutes les participantes ont rapporté des caractéristiques positives et négatives de l'humanisme. L'humanisme renvoyait à la manière dont elles percevaient chez l'infirmière une approche humaine ou au contraire peu humaine dans la relation avec elle. L'infirmière a démontré son humanité lorsqu'elle faisait preuve d'ouverture envers la femme.

Selon toutes les participantes, les infirmières ont fait preuve d'humanisme dans la relation, ce qui s'est reflété dans les caractéristiques suivantes, en ordre d'importance : encourageantes, respectueuses, gentilles, présentes, à l'écoute, aidantes, humaines, patientes, empathiques, chaleureuses, rassurantes, ouvertes, attentionnées, personnalisées et douces.

Fait que tu sais souvent, ils m'ont dit Ah ouais, t'as vraiment une bonne prise, tu sais comment le mettre dans sa bouche. Euh, euh quand j'ai, mettons poussés, là ils me disaient que je poussais vraiment bien. Tu sais, je savais comment, tu sais, ils étaient beaucoup dans le féliciter puis t'encourager. Puis pas de poussée, c'était vraiment très bien. (Participante 6)

La majorité des participantes ont également rapporté que certaines infirmières faisaient preuve de moins d'humanisme dans la relation. Elles ont décrit ces infirmières avec les caractéristiques suivantes: expéditives, pressées, pas d'écoute, brusques, manque d'habiletés relationnelles, raides, froides, jugeantes, offrant un suivi moins personnalisé, moins présentes, pas gentilles, moins respectueuses, sèches, garochées, manquant d'empathie, bêtes, distantes, manquant de douceur, peu joviales et mettant de la pression.

Euh à l'hôpital. J'ai pas senti que les infirmières prenaient leur temps avec moi. Premièrement j'ai eu trois infirmières différentes, quatre excuse-moi infirmières différentes. Puis je sentais qu'ils voulaient pas nécessairement m'écouter, parce que j'avais vraiment beaucoup mal. Pis, c'est comme si qu'ils venaient juste dans la chambre, il faisait ce qu'ils avaient à faire pis ils partaient rapidement. (Participante 2)

**L'engagement relationnel.** Toutes les participantes ont fait référence à l'engagement relationnel de l'infirmière lorsque celle-ci s'impliquaient dans la relation avec elles. La majorité des participantes ont décrit comment les infirmières avaient fait preuve d'engagement relationnel positif avec les caractéristiques suivantes : proactives, motivantes, impliquées, dévouées, favorisant un échange facile, encadrantes, prenant à cœur leur rôle, et démontrant de l'initiative. Cet engagement semblait favoriser le développement de leur SCM.

Comme je disais tantôt, elle était super fine, elle est restée longtemps avec nous pour nous aider, nous expliquer, elle a cherché des solutions tsé C'est elle qui a appelé la conseillère en lactation pour le lendemain matin qui nous a vraiment beaucoup aidé, fait que... elle a été vraiment proactive.(Participante 0)

À l'inverse, deux participantes ont perçu que les infirmières n'ont pas fait preuve d'engagement relationnel. Elles ont mentionné deux caractéristiques : ne posait pas de question, neutre comme indifférentes. Ce manque d'engagement ne semblait pas favoriser le développement de leur SCM.

Je me souviens pas que ça l'a été fait. On a été là 24h, pis ça, ça me dit rien d'avoir été sollicitée à m'exprimer plus que cocher puis répondre vraiment à toutes les formations, toutes les informations à recevoir (...) C'était surtout au niveau de la manière, que je voulais nourrir l'enfant ça ils ont respecté, ils m'ont demandé, tu veux le sein, tu veux une formule pis ça a été ça. Il n'y a pas eu vraiment davantage de questionnement. (Participante1)

Il y a eu neutre aussi, juste rien, juste, de tout. On a vu de tout. (Participante 4)

**Prendre le temps.** Presque toutes les participantes ont fait référence au temps que les infirmières prenaient ou ne prenaient pas avec elles. Lorsqu'elles prenaient le temps d'être présentes, cela était perçu positivement et semblait contribuer au développement de leur SCM. À l'inverse, lorsque les infirmières ne prenaient pas le temps, cela était vécu négativement et semblait nuire à leur SCM.

La majorité des participantes ont mentionné que les infirmières prenaient le temps dans la relation pour les rassurer, leur transmettre des informations, leur prodiguer des soins ou valider les informations reçues. Un tiers des femmes ont rapporté que les infirmières prenaient moyennement le temps et une participante a précisé qu'elles avaient respecté son rythme. Ces attitudes ont semblé favoriser le développement de leur SCM.

C'est sûr que quand j'avais des questions, admettons à l'hôpital, mon chum, souvent, il allait les chercher. Puis ils prenaient vraiment le temps de venir, puis ils pouvaient rester vraiment longtemps là, tu sais. On dirait que ça leur dérangeait pas comme s'il avait comme personne d'autre un peu là, tu sais. Ils restaient avec moi, ils prenaient le temps, vraiment de répondre à toutes mes questions jusqu'à temps que j'aurais pu ou que je suis vraiment comme rassurée, admettons. (Participante 7)

Un peu plus que la moitié des participantes ont déclaré que les infirmières n'avaient pas pris le temps nécessaire dans la relation avec elles, en communiquant rapidement l'information et en prodiguant les soins de façon expéditive. Un tiers des participantes ont rapporté que les infirmières n'avaient pas respecté leur rythme en transmettant de l'information à des moments jugés inappropriés. Ces attitudes ne

semblaient pas avoir favoriser le développement de leur SCM. Les infirmières qui n'ont pas fait preuve de respect du temps dans la relation sont décrites par les femmes avec les caractéristiques suivantes : ne pas prendre le temps, ne respecte pas le rythme, ce qui ne favorise pas le développement de leur SCM.

Il y a des infirmières qui parlaient fort, qui ne prenaient pas le temps.  
(Participante 4)

**Soins centrés sur le bébé.** Presque la moitié des participantes ont perçu une approche de soins centrés sur le bébé, c'est-à-dire que les infirmières semblaient accorder davantage d'attention aux besoins du bébé qu'aux leurs. Elles avaient l'impression que le bébé était priorisé dans la relation, ce qui a pu être vécu par certaines participantes négativement et semblait influencer négativement le développement de leur SCM.

Je dirais qu'ils étaient vraiment plus sur bébé. Ils ont vraiment plus focussé sur bébé que sur moi. Parce que le bébé, comme j'ai dit qu'elle était née avec des petits problèmes, donc il fallait prendre sa glycémie assez régulièrement. (Participante 2)

**Soins centrés sur dyade.** Une participante a mentionné une perception de soins centrée sur la maman et le bébé. Les soins centrés sur la maman et le bébé renvoient à la perception chez la femme, que l'infirmière accordait de l'importance autant aux soins du bébé qu'aux siens. Dans cette perspective, la dyade est au centre de la relation et le bien-être des deux est considéré comme prioritaire par l'infirmière. Cette approche a été perçue positivement par la participante et semblait avoir contribué au développement de son SCM.

Ça, j'ai vraiment apprécié parce que techniquement, son job c'est de veiller sur maman et bébé, puis le fait qu'elle a pris le temps de dire ça au père, j'ai vraiment apprécié ça. (Participante 5)

**Partenariat dans les soins.** Toutes les participantes ont fait référence au partenariat dans leurs discours. Ce sous-thème reflète le niveau d'engagement réciproque entre la femme et les infirmières dans la relation. Les participantes décrivaient le partenariat dans les soins avec les infirmières en expliquant des situations où elles s'étaient renseignées par elles-mêmes, avaient posé des questions, avaient pu faire des choix, avaient pris des décisions. De plus, elles ont décrit des situations où elles ont été informées, consultées sur leurs questions, encouragées à partager leur vécu et échangé avec les infirmières. Lorsque le partenariat était perçu de façon positive, cela semblait favoriser le développement de leur SCM.

La plupart des participantes ont abordé la préparation à la naissance, tandis qu'un tiers d'entre elles s'est intéressé à la parentalité. Elles ont indiqué s'être préparées, ou non pour la naissance de leur bébé. Elles ont lu ou obtenu de l'information relatives à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Leurs discours ont montré que la préparation ou l'absence de préparation semble influencer la manière dont elles ont vécu la période postnatale précoce et leur sentiment de compétence maternelle.

J'avais des informations à ma gynécologue, mais pas plus qu'il faut et j'ai pas fait comme, j'avais comme trop mal, j'ai pas pensé comme aux cours prénataux tout ça j'avais vraiment pas la tête à ça. Sûrement que ça m'aurait plus rassurée de les faire. (Participante 7) Absence de préparation

Ben je pense que c'est que c'est... faut pas s'attendre aux infirmières pour atteindre l'objectifs d'être nouvelle mère faut vraiment que tu t'informes beaucoup de toi-même là. Tu sais, t'as un gros travail à faire avant ton accouchement. T'as un gros travail d'information à compléter après ton accouchement, tu sais, faut vraiment pas t'attendre à... moi, je m'attendais à rien des infirmières, pour vrai, c'est à toi d'aller chercher les informations. Puis de les poser au bon moment. (Participante 9) Présence de préparation

Toutes les participantes ont mentionné avoir reçu des informations ou des propositions médicales qui leur ont permis, ou non de faire des choix éclairés. Certaines décrivaient des situations où elles avaient pu prendre une décision en se sentant écoutées, alors que d'autres rapportaient des moments où la prise de décision semblait limitée, notamment lorsqu'elles recevaient peu d'information ou lorsque certaines options étaient mises de côté.

Ouais. Euh, ils ont vraiment écouté ce que je voulais. Ils ont pas vraiment dit quelque chose quand je prenais une décision. (Participante 6) Expérience facilitante

Évidemment, Madame que la santé de mon bébé me tient à cœur, mais peut être que l'allaitement, ça fonctionnera pas pour nous, fait qu'on a dû insister tu sais pour... parce que à un moment donné, on a pensé peut-être que ce serait le biberon. On a insisté pour avoir des détails, comment on va faire pour faire la transition au biberon, comment ça fonctionne au biberon, c'est combien de millilitres, c'est quel... qu'est-ce qu'on doit acheter comme lait. Puis là on sentait qu'elle était pas tellement encline à nous donner de l'information par rapport à ça, c'était l'allaitement ou rien. Puis si on devait arrêter, ben là, on s'en irait dans le regret et tout. (Participante4) Expérience limitante

#### ***Thème 4 Valeurs de l'infirmière***

Ce thème a représenté la perception des femmes concernant les valeurs qui se reflétaient dans les comportements et attitudes de l'infirmière. Les participantes définissaient ces valeurs par le fait de se sentir respectées, écoutées, que l'on réponde à

leurs questions, et qu'elles soient impliquées dans leurs soins et décisions. Toutes les participantes ont mentionné, de façon positive ou négative, des caractéristiques concernant leur perception des valeurs de l'infirmière dans la relation.

**Respect.** La moitié des participantes ont mentionné le respect dans la relation avec les infirmières dans leurs discours. Elles évoquaient que les infirmières étaient respectueuses dans leur approche, leurs attitudes, leurs comportements et dans leurs paroles. Cela se manifestait par l'écoute, la manière de répondre à ses besoins et la reconnaissance de son unicité. Les caractéristiques décrites étaient : humaine, écoute, empathie, absence de jugement, honnêteté, douceur, présence, engagement et dimension familiale. Ces caractéristiques semblaient favoriser le développement du SCM.

Ben, tu sais, je peux dire le respect a toujours été là fait que mettons avant de rentrer dans la chambre, elles frappent à la porte est-ce que je peux rentrer puis quand elles faisaient un soin, elles me précisait d'abord, me donnaient des explications, voilà, je vais faire tes soins. Voilà comment ça va se passer. (Participante 3)

Le non-respect de l'infirmière était perçu par les participantes à travers une approche moins respectueuse, une attitude ou un comportement inapproprié, un manque d'écoute, un ton inadéquat ou des réponses non personnalisés à leurs besoins. Deux participantes ont décrit des expériences de non-respect. Les caractéristiques rapportées étaient : d'avoir des jugements, une absence de présence et un manque de gentillesse. Ces éléments semblaient nuire au développement de leur SCM.

On a vu une approche aussi plus... Je sais pas comment le dire là plus... Moins respectueuse du bébé là... si... ben, pas dans le sens extrême là, mais c'est ça, on a... je vois pas comment je pourrais rajouter. (Participante 4)

**Laisser la liberté de choix.** Près de la moitié des participantes ont fait référence à leur perception quant à leur liberté d'exercer leur choix sur leur situation de santé. Elles ont dit avoir eu ou non le sentiment de pouvoir agir et de prendre leurs propres décisions. Quasi la moitié des participantes ont mentionné avoir eu la liberté de choix dans la relation. Elles ont expliqué qu'elles avaient pu décider par elles-mêmes et exercer leur libre arbitre concernant leur situation de santé. Cette perception de pouvoir décider semblait contribué au développement de leur SCM.

C'est, mettons à l'accouchement je savais déjà qu'est-ce que je voulais, pis c'était des choix éclairés parce que j'avais reçu l'information avant, mais tu sais, sinon j'aurais clairement posé des questions, rendu là, c'est jusque-là... Je savais déjà, mais oui, 100% de de pouvoir faire les choix, les choix qu'on veut, ça fait que tu te sens plus compétent de pas se faire imposer rien, finalement là. J'ai jamais senti qu'il y a rien qui m'était imposé là, fait que ça, c'est bien. (Participante 0)

Un tiers des participantes ont parlé de leur perception d'un manque de liberté pour exercer leurs choix et d'un manque de pouvoir d'agir et de décider. Elles ont nommé deux éléments : l'insistance des infirmières et le fait d'être pro-allaitement. Comme ces deux éléments étaient souvent liés, l'insistance provenant du désir de favoriser l'allaitement. Les participantes ont parfois eu l'impression qu'aucune autre option ne leur était présentée. Cette perception semblait diminuer leur sentiment de pouvoir décider par elles-mêmes et ne contribuait pas au développement de leur SCM.

C'était quelqu'un qui insistait beaucoup plus pour que l'allaitement fonctionne. Beaucoup moins à l'écoute des besoins qu'on a nommés. Très très très très très insistante sur le fait qu'on doit absolument allaiter. Puis il y a quelques tournures de phrases là, que j'ai trouvé qui pouvait avoir un petit impact psychologique sur une maman. Dans les phrases qu'elle a utilisées. (Participante 4)

**Autonomie.** Près de la moitié des participantes ont fait référence à l'autonomie dans leur discours. Elles ont exprimé leurs perceptions des valeurs de l'infirmière en soulignant que celle-ci adoptait une approche qui les encourageait à prendre des d'initiatives, à réaliser leurs autosoins et à participer activement, ce qui les amenaient progressivement vers davantage d'autonomie dans leur situation. La valeur liée à l'autonomie a été décrite par les femmes avec ces trois éléments : autonomie, participation et motivation. Ces éléments semblaient favoriser le développement de leur SCM.

Bien justement elle, elle voulait me pousser, être autonome. Le plus spécial, donc elle me laissait faire la plupart du temps, par exemple changer la couche ou quoi que ce soit. Si elle voyait que je faisais pas bien, là elle me le disait non pas comme ça, mais elle me laissait le libre arbitre et ça, J'aimais ça parce qu'elle me mettait vraiment... Elle faisait pas tout pour moi, elle me faisait participer. Donc c'est ça, je collaborais quand même assez bien donc voilà. (Participante2)

Une participante a fait référence à la non-autonomie dans sa relation avec l'infirmière, en mentionnant que la pression exercée pour qu'elle allaite son bébé ne lui permettait pas de prendre d'initiative pour devenir autonome. La valeur reliée à la non-autonomie a été décrite par la femme dans la relation avec les éléments : mettre la pression, ne laisse pas la femme le temps de prendre l'initiative.

Il y en a une que c'était vraiment de la grosse pression qu'elle nous mettait, contrairement aux autres aussi c'est comme, elle venait me voir vraiment aux trois heures pile. (Participante 7)

**Dignité humaine.** Deux participantes ont fait référence à leur dignité dans la relation avec l'infirmière. Ce sous-thème s'est défini lorsque la femme mentionnait s'être sentie respectée ou non dans son intimité lors de sa relation avec l'infirmière. Une participante a mentionné s'être sentie à l'aise lorsque l'infirmière a manipulé son sein pour faire une démonstration dans le cadre d'un enseignement. Cette intervention correspondant à ses attentes et à son consentement. Cette situation semblait favoriser le développement de son SCM. Cet extrait est interprété comme une expérience positive et compatible avec le respect de la dignité, dans la mesure où l'intervention a été vécue comme acceptable par la participante. L'expérience rapportée met en évidence que ce n'est pas l'acte technique en soi qui influence la perception de la dignité, mais plutôt la manière dont il est réalisé, expliqué et vécu comme respectueux.

Elle n'avait vraiment pas de gêne à prendre mon sein et me montrer comment faire l'extraction de du colostrum. Comment bien positionner le bébé. Elle m'a vraiment aidé l'infirmière du CLSC. (Participante 3)

Une autre participante a rapporté ne pas s'être sentie respectée dans sa dignité à cause du non-respect de son intimité. Cette situation ne semblait pas favoriser le développement de son SCM.

Non pour de vrai. Quand j'ai accouché dans la chambre, on devait minimalement être 8 là. Et puis, tout le monde regardait dans la région et no problémo là, tu sais, euh, j'étais la seule qui accouchait cette soirée-là donc plus toutes les infirmières de l'étage pour pas se tourner les pouces venaient voir dans ma chambre là. (Participante 6)

**Professionalisme.** La moitié des participantes ont fait référence à leur perception du professionnalisme de l'infirmière dans la relation. Deux participantes ont décrit positivement les compétences professionnelles et éthique de l'infirmière a fait preuve. Elles ont associé cette valeur au fait que les infirmières étaient professionnelles et appliquaient les pratiques attendues « *by the book* ». Cette valeur semblait soutenir le développement de leur SCM.

Elles étaient très professionnelles, donc je dirais que C'est ça, c'était plus professionnel puisqu'elles me montraient qu'elles étaient comme je le disais encore à l'écoute. (Participante 2)

Quelques participantes ont fait référence à leur perception du non-professionnalisme de l'infirmière dans la relation en soulignant certains de son approche ou de son attitude. Le manque de professionnalisme n'apparaissait pas soutenu leur SCM.

Moi je trouve...Un peu manque de professionnalisme, t'es pas, t'es pas mon ami, tu peux être amical mais de là à t'associer à ma famille, je trouve ça fait pas de sens, c'est un peu un manque de professionnalisme. Un manque de tact un peu. (Participante1)

Le professionnalisme est ainsi perçu tantôt comme un élément soutenant le développement du sentiment de compétence maternelle, lorsqu'il se manifeste par une pratique conforme aux standards professionnels (« *by the book* »), tantôt comme un facteur entravant lorsqu'il est associé à une relation jugée trop familière. Les données suggèrent que le respect des limites professionnelles, la cohérence de l'information transmise, la qualité de la communication et la posture éthique adoptée par l'infirmière

constituent des composantes centrales de la perception du professionnalisme par les participantes

### *Thème 5 Compétences des infirmières*

Ce thème a représenté les perceptions des femmes concernant le savoir, le savoir-être et le savoir-faire de l'infirmière. Elles ont parlé des compétences des infirmières en lien avec les activités de soins ou leur approche dans la relation. Elles font aussi référence à leur perception des compétences relationnelles et techniques des infirmières.

Toutes les participantes ont nommé des caractéristiques liées aux compétences relationnelles et compétences techniques présentes ou non lors de la relation. Les trois quarts des participantes ont également perçu une approche fondée sur les compétences des infirmières.

En voulant dire comme s'ils auront su que je faisais de la haute pression, ils m'auront pas demandé de prendre... c'était quoi le médicament déjà là... Naproxen. C'est la raison pourquoi je prenais du Celebrex. Tu sais, c'est quoi, t'avais-tu lu mon dossier un peu avant ou euh... tu comprends... (participante 9)

**Compétence relationnelle.** Toutes les participantes ont perçu des compétences relationnelles démontrées ou non par les infirmières en lien avec leur attitude/comportement, leur approche et leur engagement dans la relation. Cette compétence relationnelle dépend principalement du savoir-être de l'infirmière et, pour la plupart des femmes, de ses qualités interpersonnelles dans la relation.

Presque toutes les participantes ont mentionné que certaines infirmières avaient démontré des compétences relationnelles. Elles ont relevé plusieurs manifestations des compétences relationnelles des infirmières, telles que leur capacité à mettre à l'aise, à soutenir, à assurer un suivi rigoureux, à collaborer et à faire preuve de professionnalisme et d'expérience. Ces manifestations semblaient favoriser le développement de leur SCM.

Ils étaient très respectueux, genre à l'aise... ils te mettent à l'aise. Euh, ils te mettent en confiance aussi genre... parce que tu vois qu'ils connaissent leur job, ils te disent comment placer bébé, comment allaiter, tu sais, j'ai appris des choses en 3 jours, j'ai appris beaucoup de choses-là. (Participante 8)

Presque toutes les participantes ont rapporté que certaines infirmières avaient moins démontré des compétences relationnelles. Elles ont relevé plusieurs manifestations de non-compétences relationnelles des infirmières, telles que l'utilisation de leur expérience personnelle, le fait de ne pas donner une quantité considérable d'informations. Elles ont également mentionné la divergence entre leurs priorités et celles de l'infirmière, une approche familière, prise en charge jugée insuffisante, un manque d'expérience professionnelle, un manque d'assurance, un manque de professionnalisme et une argumentation lors des échanges. Ces éléments semblaient influencer négativement leur SCM. De plus, cela a démontré que dans un même épisode de soins, une femme peut rencontrer autant d'infirmières démontrant des compétences relationnelles que d'autres qui en démontrent moins.

On nous a pas expliqué en fait...ils l'ont pris, l'ont mis dans un incubateur avec les lumières, on nous a pas expliqué à quoi s'attendre. Qu'est-ce qui s'en venait, pourquoi ils faisaient ça. Euh..., mais ça, c'était vraiment, je pense, plus ciblé avec une infirmière, On a eu des petits arguments avec cette personne-là. Finalement c'est quelqu'un d'autre qui est venu nous voir par la suite pour la... Vraiment rectifier le tir. Pis prendre en charge pis expliquer, pis nous accompagner dans le traitement qu'elle allait recevoir. (Participante1)

**Compétence technique.** La majorité des participantes ont mentionné des compétences techniques, à la fois démontrées et non démontrées, dans la relation avec certaines infirmières. Ce sous-thème renvoyait à leurs discours lorsqu'elles parlaient des soins techniques exécutés par l'infirmière, faisant référence à sa compétence liée à son savoir-faire. Un peu plus que la moitié des participantes ont mentionné que les infirmières possédaient des compétences techniques dans la relation, ce qui semblait aidé pour soutenir leur développement du SCM.

Ben, y ont pris beaucoup de signes vitaux, ils ont pris beaucoup de... la glycémie du bébé, la température du bébé, euh, c'est très technique. Et encore focus sur l'allaitement. (Participante 9)

Un tiers des participantes ont perçu des compétences techniques moins bien démontrées chez les infirmières, ce qui ne favorisait pas le développement de leur SCM.

Fait que je peux dire au niveau de l'allaitement si je peux dire là, si je peux déjà arriver là-dedans, j'avais beaucoup de misère avec mon allaitement, puis j'ai pas eu d'aide du tout, du tout de ce côté-là, fait que ça a fait que mon bébé il n'a pas tété vraiment au début, puis ça devenait difficile. (Participante3)

### **Dimension 3 : Organisation**

La dimension organisation a représenté le milieu de soin dans lequel la relation entre la femme et l'infirmière a eu lieu. Cette dimension se définissait par les activités de

soins réalisées par les infirmières en postpartum à l'hôpital, en chambre de naissance et au CLSC. Elle incluait les prestataires de soins tels que les médecins, les conseillères en lactation et les inhalothérapeutes, qui travaillaient en interdisciplinarité. Elles ont également exprimé leurs perceptions concernant le suivi prénatal, le postnatal à l'hôpital, le postnatal à la maison ainsi que leur niveau de satisfaction à l'égard de la relation de soins.

Toutes les participantes ont nommé certaines activités de soins des infirmières dans la relation. Elles ont aussi mentionné des perceptions pouvant être positives ou négatives, représentant des obstacles et des leviers susceptibles d'aider ou de nuire au développement de leur SCM.

### ***Thème 6 Activités de soins***

Ce thème a représenté le rôle des infirmières tel que perçu par les participantes dans la relation. Toutes les participantes ont mentionné les activités de soins suivantes : l'éducation la promotion de la physiologie, le soutien, la planification, la gestion des complications, l'évaluation et le dépistage. Selon leur discours, ces sept activités de soins ont semblé exercer une influence, positive ou négative sur le développement de leur SCM.

**Activité d'éducation/information.** Toutes les participantes ont mentionné cette activité de soins qui correspondait aux moments où les infirmières transmettaient des informations, faisaient des enseignements ou prodiguaient des conseils durant la période postnatale. Toutes les participantes ont nommé des caractéristiques de l'éducation dans leur discours : la quantité d'information, la qualité de l'information, les stratégies

d'enseignement et d'apprentissage, l'utilisation des outils pédagogiques et le contenu des informations. Ces éléments pouvaient être perçus positivement ou négativement. Les caractéristiques jugées positives semblaient renforcer leur SCM, alors que les aspects négatifs ne leur permettaient pas de le développer.

Ben l'infirmière du CLSC par contre, elle est arrivée avec beaucoup d'informations, pis ça, c'était vraiment le fun. Pis, elle est arrivée aussi avec beaucoup de ressources que j'avais jamais entendu parler là, tu sais comme Il y a 2 CLSC assez proche de chez nous, que on peut prendre un rendez-vous pour aller voir une infirmière pour des trucs qui sont pas urgent. J'ai reçu beaucoup plus d'informations d'elle en fait que à l'hôpital. (Participante 0)  
Quantité de l'information positive

Moi j'ai trouvé qu'il manquait d'enseignement parce qu'il y a des choses qu'on ne m'a pas dit. Pour un premier bébé, normalement, quand on est mère pour la première fois, il y a des informations qu'on doit nous fournir. (Participante3)  
Quantité de l'information négative

Je trouvais que c'était toujours détaillé et expliqué, surtout avec beaucoup d'exemples. (Participante5) Qualité de l'information positive

Bon, on va lui donner un, on va lui donner un biberon. Puis là elle me regarde en me disant : là, tu sais que le sein c'est fini, y vaudra plus jamais l'allaitement, ça va juste être les biberons pis toute ça. Je commençais à paniquer là. (Participante7) Qualité de l'information négative

Toutes les participantes ont décrit différentes stratégies utilisées par les infirmières pour soutenir leur apprentissage. Parmi les stratégies d'enseignement mentionnées, plusieurs ont parlé de l'utilisation du verbal, d'entretiens individuels ou de discussions. Certaines ont souligné que l'information leur était transmise progressivement, « par petits bouts », ce qui facilitait leur compréhension. D'autres ont rapporté que les infirmières avaient recours à des démonstrations ou à des simulations pour montrer concrètement

certains soins. Quelques participantes ont également mentionné l'utilisation de documents écrits, l'accès à des pairs aidants, l'envoi d'informations par courriel ou encore la suggestion de lectures.

Mais à 11h le soir-là, après toute la longue journée qu'on venait de passer, l'attention-concentration était un petit peu fragile. Alors oui, elle a descendu toute la liste des enseignements euh, qu'elle devait nous faire. (Participante 4)

Les outils didactiques rapportés par les participantes comprenaient principalement des dépliants ou documents d'enseignement, des listes de vérification, du matériel audiovisuel et, plus rarement, du matériel de démonstration.

T'as des capsules que tu peux regarder par toi-même. Mais, ils viennent pas nécessairement te voir pour savoir si tu les as bien regardés, est-ce que t'as des questions là-dessus, est-ce que... Ils reviennent pas pour voir si chaque information. À part l'externe. L'externe, elle est vraiment venue nous parler de ça. Ben, c'est pas une externe, c'est une stagiaire en fait. Ben moi, j'ai l'impression que tout a été pas mal par capsule, les informations. (Participante 9)

La majorité des participantes ont aussi mentionnées des comportements ou des actions infirmières, comme le renforcement positif visant à encourager et à féliciter, la validation et l'observation. Selon leur perception, ces actions favoriser le développement de leur SCM.

Les contenus d'information transmis par les infirmières ont été décrit par les participantes. Les sujets abordés concernaient principalement l'allaitement, la sécurité (dont le banc d'auto), la prise de température, le phénomène du bébé secoué, le premier lever, le changement de couche, le bain, l'hygiène nasale et l'aspiration. Les infirmières

ont également donné des informations sur le dépistage de la jaunisse, les soins du cordon ombilical, la perte de poids du bébé, le dépistage des phénylcétonuries, l'enseignement de départ ainsi que la manière de tenir le bébé.

**Activité de promotion de la physiologie.** Toutes les participantes ont mentionné cette activité de soins qui correspondait aux moments où les infirmières mettaient de l'avant le caractère naturel et normal du processus de la naissance et de la période postnatale. Elles ont décrit des situations où celles-ci encourageaient l'allaitement, favorisaient le contact peau à peau avec leur bébé, expliquaient ses pleurs, présentaient la physiologie de l'accouchement, abordaient l'involution utérine, parlaient de la perte de poids du bébé et encourageait la tétée à la demande.

**Expérience durant l'accouchement.** Certaines participantes ont raconté le déroulement de leur expérience durant l'accouchement en lien avec le respect ou le non-respect de la physiologie. Toutes les participantes avaient reçu l'épidurale, la moitié avaient eu une césarienne et le tiers avaient vécu une induction, dont deux avec instrumentation. Deux participantes ont rapporté que les infirmières les avaient encouragés mobiliser afin de favoriser un accouchement vaginal. Une autre a expliqué qu'elle n'avait pas reçu aucune information sur la présentation anormale de son bébé, ce qui l'empêchait de comprendre la douleur qu'elle ressentait et ce manque d'explications ne semblait pas favoriser le développement de son SCM. Enfin, une participante a mentionné qu'une infirmière lui avait dit que la promotion de la physiologie dépendait de l'effectif infirmier disponible.

Ah oui, vraiment, comme je stressais vraiment beaucoup. Puis, je pense que j'ai pas dormi pendant quasiment une semaine et demie avant ma date de provocation parce que je stressais là vraiment beaucoup. Puis l'infirmière qui était avec moi, elle prenait vraiment le temps de me dire comme : t'es capable, tu sais le corps il est fait pour ça, fais-toi confiance, fais confiance à ton bébé. Ça me donnait plein de trucs aussi les points de pression pour m'aider tout ça. Puis ils étaient vraiment compréhensifs. J'ai vraiment aimé mon expérience d'accouchement. (Participante 7) Expérience positive durant l'accouchement

Pis je voulais d'autres alternatives parce que je voulais pas prendre de médicaments. Je ne voulais pas prendre le péridurale. Pis, c'est comme si qu'ils venaient juste dans la chambre, il faisait ce qu'ils avaient à faire pis ils partaient rapidement. (Participante 2) Expérience négative durant l'accouchement

**Expérience d'allaitement.** Toutes les participantes ont mentionné que leur expérience d'allaitement avait été l'aspect qui semblait avoir influencé le plus le développement de leur SCM. Cette expérience a également été celle qui avait suscité le plus d'émotions négatives chez elles et s'accompagnait parfois d'informations contradictoires de la part des infirmières. Étant donné l'importance de l'allaitement dans leur discours, une analyse plus approfondie a été réalisée afin de mieux comprendre les caractéristiques entourant cette expérience.

Quatre sous-thèmes liés à l'expérience d'allaitement dans la relation ont été dégagés, chacun pouvant être vécu positivement ou négativement dans le discours des participantes : leur perception de l'infirmière, la perception qu'elles avaient de leur propre allaitement, le contenu des informations reçues ou les problèmes rencontrés et les techniques pour pallier les difficultés d'allaitement (voir tableau 8).

**Tableau 8***Influence de l'allaitement sur le SCM dans la relation*

<b>Caractéristiques</b>	<b>Positif</b>	<b>Négatif</b>
Perception de la femme sur son allaitement	Apprentissages À l'aise	Difficile Vouloir abandonner
Perception de la femme sur l'infirmière	Implication Encouragement Pro allaitement Pas de pression Même infos	Pas d'implication Infos divergent Pression Niveau d'expérience infirmière
Techniques pour pallier les difficultés d'allaitement	Biberon Formule DAAL Tire-lait Complément Expression manuelle	
Contenu/ problèmes Allaitement		Prise au sein Position Peau à peau Production de lait Téter Nombres de boire Poids Satiété vs faim Mise au sein

**Activité de Soutien.** Toutes les participantes ont parlé du soutien dans la relation avec l'infirmière. Le soutien s'est manifesté par les encouragements et l'aide apportés par les infirmières, qui les rassuraient et en leur fournissaient des informations jugées utiles pour le soutenir dans le développement de leur SCM. Elles ont identifié deux formes de

soutien : le soutien informatif et le soutien émotionnel qui ont pu être perçus positivement ou négativement.

Toutes les participantes ont rapporté des expériences de soutien négatif dans leur relation avec les infirmières. Ce soutien était perçu comme insuffisant lorsqu'elles recevaient peu d'informations, lorsqu'une approche négative était adoptée ou lorsque l'aide était limitée ou absente, particulièrement en lien avec l'allaitement. Ces situations semblaient nuire au développement de leur SCM. À l'inverse, La quasi-totalité des participantes ont également décrit des expériences de soutien positif, perçues lorsque les infirmières adoptaient une approche positive et apportaient une aide concrète.

Les discours montrent une coexistence de soutien aidant ou entravant qui dépend notamment du moment (présence de la fatigue), du contexte (hôpital vs CLSC) et de la continuité du soutien infirmier

**Soutien informatif.** La majorité des participantes ont mentionné que les infirmières qui offraient un soutien informatif positif le faisaient en donnant des informations cohérentes et pertinentes avec le souci d'aider la femme. Un tiers des participantes a apprécié lorsque l'infirmière partageait ses expériences, surtout parce que cela les rassurait, Une participante a également mentionné que le fait que les infirmières aient un discours uniforme semblait soutenir au développement de son SCM.

Pour celles qui m'ont fait les enseignements, ça a bien été enseigné. Il y a certains enseignements que je savais aussi fait que ça a bien été. Puis, j'ai aimé aussi le fait qu'elle s'assurait que mon conjoint soit là pour faire l'enseignement à nous deux, puis le bain aussi, elle voulait que mon conjoint soit là pour voir comment ça se passe fait que j'ai aimé ce côté-là. (Participante 3)

La moitié des participantes ont affirmé que le soutien informatif négatif faisait référence à des informations erronées. Un tiers ont aussi évoqué le manque d'expérience perçu chez certaines infirmières, ce qui semblait nuire au développement de leur SCM.

Celle qui m'a dit que je pourrais pas reprendre l'allaitement... je suis partie à pleurer, je me sentais mal, puis je me sentais coupable aussi. Déjà que je me sentais coupable de vouloir donner un biberon parce que j'avais trop mal, admettons. Puis, fait que me faire dire ça, ça a juste comme tout empiré comment je me sentais. Puis c'est comme un peu comme ça a été mon déclencheur. Ça a été le seul sujet que, comme j'ai pas bien filé après mon accouchement, c'était par rapport à ça parce que comme j'avais vraiment de la misère au début là, fait que c'est, ça m'a vraiment pas aidé ce commentaire-là. (Participante 7)

**Soutien émotionnel.** La majeure partie des participantes ont mentionné avoir reçu un soutien émotionnel positif de la part des infirmières. La moitié des femmes ont dit avoir reçu du soutien de la part des infirmières du CLSC, et plusieurs ont mentionné que les infirmières qui offraient du soutien prenaient le temps nécessaire et respectaient leur rythme. Elles ont décrit une attitude aidante qui faisait se sentir bien. Elles ont nommé les caractéristiques suivantes en ordre d'importance : les infirmières étaient présentes pour aider, elles encourageaient, rassuraient, complimentaient. Selon les participantes, ces caractéristiques semblaient contribuer au développement de leur SCM.

Ils m'encourageaient, vraiment. Puis admettons que j'étais en train d'allaiter, la position ou la prise était pas optimale. Mais, tu sais, ils venaient comme juste me le montrer comme vraiment gentiment puis poliment comme : ah, tu sais, je te conseillerais comme de te positionner comme ça. Ça va peut-être aller mieux. Tout ça. Parce qu'ils voyaient que j'avais un petit peu de la misère, fait que j'appréciais vraiment beaucoup. Puis après ça allait bien. Puis après y étaient, comment t'es bonne. Tu sais, t'es vraiment bonne, tu vas y arriver, tout ça fait que. (Participante 7)

La plupart des participantes ont mentionné du soutien émotionnel négatif. Elles ont décrit des caractéristiques telles qu'une attitude négative de leur part des infirmières, un manque de temps et d'écoute. Ce manque de soutien émotionnel ne semblait pas permettre le développement de leur SCM.

Puis je sentais qu'ils voulaient pas nécessairement m'écouter, parce que j'avais vraiment beaucoup mal. Pis je voulais d'autres alternatives parce que je voulais pas prendre de médicaments. Je ne voulais pas prendre le péridurale. Pis, c'est comme si qu'ils venaient juste dans la Chambre, il faisait ce qu'ils avaient à faire pis ils partaient rapidement. (Participante 2)

Presque la moitié des participantes ont mentionné avoir reçu peu de soutien concernant l'allaitement D'autres ont également rapporté que le quart de travail dans l'organisation pouvait influencer le soutien.

**Activité de planification des soins.** Toutes les participantes ont mentionné l'activité de planification des soins dans leur relation avec l'infirmière. La majorité ont nommé le déroulement de leur séjour en prévision du congé comme étant aidant ou non-aidant pour le développement de leur SCM. La plupart décrivaient la planification du séjour comme organisée ou désorganisée. Parmi celles qui jugeaient que la planification était désorganisée, certaines ont mentionné des délais d'attente dans les soins post-partum,

tandis qu'une participante a souligné l'absence de regroupement des soins durant cette période.

Toutes les participantes ont décrit les caractéristiques de la planification qui les ont aidées à développer leur SCM, ce qui semblait influencer positivement ou négativement le déroulement de leur séjour vers le congé. Elles ont fait référence à l'horaire des tournées des infirmières, à la planification du congé, au suivi CLSC, au suivi postpartum et aux ressources disponibles. L'éducation liée à la planification étaient unanimement reconnue par toutes les participantes et, lorsqu'elle est réalisée de manière cohérente en tenant compte des ressources disponibles, ceci semblait contribuer au développement de leur SCM.

Au retour, pour le retour aussi, tout était correct. Elles m'ont donné les informations qu'il fallait, mes rendez-vous qu'il fallait prendre, le CLSC qu'il fallait aller, elles m'ont donné toutes les informations comme il faut fait que la planification était parfaite, j'avais rien à dire de ce côté-là. (Participante 3)

**Tableau 9***La perception de la planification des soins à l'hôpital*

<b>Caractéristiques</b>	<b>Citations des femmes</b>
<b>L'horaire des tournées des infirmières</b>	« Côté planification, comme je disais tantôt, y aurait pu rassembler plus leurs soins parce qu'ils venaient vraiment excessivement, régulièrement. » (Participante 6)
<b>Le suivi CLSC</b>	« Ensuite, on nous a demandé si on souhaitait que l'infirmière du CLSC vienne, on a dit oui, puis là, cette Madame-là nous a contactés par téléphone et on a pris rendez-vous, puis pour les autres rencontres au CLSC, on a aussi pris des rendez-vous là, pris d'avance. » (Participante 4)
<b>La planification du congé</b>	« Ils m'ont pas tant parlé du retour à la maison à l'hôpital. » (Participante 7) « Bon, on avait déjà notre date de départ, notre congé. Il fallait juste que mon médecin l'approuve et tout. » (Participante 5)
<b>Les ressources</b>	« À l'hôpital, euh je sais pas. Je sais qu'ils m'ont donné des numéros par contre. Fait qu'en cas de grosse panique, j'aurais pu essayer d'appeler là. Y avait comme des personnes disponibles, je pense que c'est des bénévoles en plus là. Fait qu'en cas de gros problème, j'aurais pu, mais quand tu t'inscris pour faire partie... pour avoir une marraine d'allaitement euh, c'est... c'est mort là. » (Participante 6)

**Activité de gestion des complications.** Toutes les participantes ont rapporté avoir eu des complications durant leur parcours en maternité. La gestion des complications faisait référence à l'activité de soin de l'infirmière qui fait référence à des problèmes de santé ou d'adaptation survenus chez la femme ou le nouveau-né durant la période

postnatale. Il s'agissait d'évènements anormaux ou plus ou moins normaux qui nécessitaient une intervention infirmière ou médicale. La manière dont celles-ci ont été gérées semblait influencer le développement de leur SCM. Le tableau 10 expose les principales complications rencontrées chez les femmes et leurs bébés.

Mais à notre réadmission à l'hôpital, la prise en charge pour la jaunisse, ça a été vraiment catastrophique selon moi. On nous a pas expliqué en fait...ils l'ont pris, l'ont mis dans un incubateur avec les lumières, on nous a pas expliqué à quoi s'attendre. Qu'est-ce qui s'en venait, pourquoi ils faisaient ça..., mais ça, c'était vraiment, je pense, plus ciblé avec une infirmière, On a eu des petits arguments avec cette personne-là. Finalement c'est quelqu'un d'autre qui est venu nous voir par la suite pour la.. vraiment rectifier le tir pis prendre en charge pis expliquer, pis nous accompagner dans le traitement qu'elle allait recevoir. (Participante 1)

À travers les activités de planification, de gestion des complications, d'évaluation et dépistage, un mécanisme central ressort : lorsque l'intervention est expliquée, anticipée et cohérente, elle est perçue comme renforçant du sentiment de contrôle et de compétence et lorsqu'elle est brusque, non expliquée ou contradictoire, elle augmente la confusion et est perçue comme fragilisant le SCM.

**Tableau 10***Complications rencontrées par les femmes*

Complications perçues			
	Chez la femme		Chez le bébé
	Obstétricale	Postnatale	
<b>Prénatale</b>			
<b>Hypertension artérielle</b>	Césarienne	Saignement	Détresse fœtale
<b>Diabète grossesse</b>	Induction	Gerçures	Jaunisse
<b>Dépression</b>	Ventouses	Infection urinaire	Perte de poids
	Arrêt de progression	Baisse de production de lait	Petit poids
			Frein de langue

J'suis arrivée à l'hôpital, il était quoi à 00h30. Et j'ai accouché... ils sont venus m'annoncer à 12h50 que j'allais faire une césarienne parce qu'on avait, on attendait, je changeais de position à plusieurs reprises pour voir si le bébé allait descendre. Ils m'ont mis à 4 pattes, ils m'ont mis assis, ils m'ont mis sur le côté, ils ont diminué, ils m'ont mis euh... non, j'avais juste l'épidurale. Puis elle, j'étais toujours à 7 cm, ça, ça se déplaçait pas. Ils ont dit ok on fait césarienne. Parce que le pouls de bébé était plus normal. (Participante 8)

**Activités d'évaluation.** Toutes les participantes ont rapporté les évaluations réalisées par les infirmières sur elles et sur leurs bébés durant la relation. L'évaluation a représenté l'activité de soins de l'infirmière lorsqu'elle se trouvait auprès de la femme pour vérifier une situation ou problématique et au besoin, proposer des solutions sous forme d'enseignements, de recommandations ou de soins pour soigner la femme.

La majorité ont mentionné l'évaluation de l'allaitement, de l'hémorragie, de l'état physique en général, de la douleur et des signes vitaux. Certaines ont mentionné l'évaluation du premier lever, de l'utérus et de la sonde urinaire.

Je saignais beaucoup fait que j'ai appelé l'infirmière. Elle est venue tout de suite, puis elle a regardé, elle m'a fait changer de serviette pour vérifier par la suite combien de temps ça prenait pour que la serviette se remplisse. Elle a averti le médecin aussi pour que le médecin vienne par la suite. (Participante 3)

Elles ont également décrit les évaluations effectuées pour leur bébé. En majorité, elles ont mentionné l'évaluation du poids. La plupart ont mentionné l'évaluation des signes vitaux du bébé, de l'examen physique du nouveau-né, de la jaunisse, de la glycémie et du cœur fœtal.

Sont rentrées un gang d'infirmières, puis ça, y ont pris bébé, tout faire, tout inspecter, les dimensions, le poids, tout ça peut être très rapide pour qu'on sorte de la chambre puisse entrer quelqu'un d'autre, donc on était un petit peu brusque à ce moment-là. (Participante1)

Dans leurs discours, ces évaluations, lorsqu'elles étaient réalisées de manière attentive, expliquée et rassurante, semblaient soutenir le développement de leur SCM. À l'inverse, lorsqu'elles étaient perçues comme brusques, insuffisamment expliquées ou incohérentes, elles semblaient plutôt nuire à leur sentiment de compétence maternelle.

**Activité de dépistage.** Toutes les participantes ont identifié le dépistage comme une activité de soins réalisée par les infirmières pour détecter certaines maladies et prévenir les complications. Selon leurs discours, la majorité des dépistages concernaient leurs bébés, notamment la jaunisse, fréquemment rapportée par les participantes, de même que d'autres examens tels que la prise de sang, le dépistage de maladies héréditaires, la glycémie et le dépistage auditif. Certaines femmes ont aussi mentionné le dépistage du sevrage chez leur nouveau-né. Pour les mères, les dépistages rapportés incluaient

principalement l'anémie, ainsi que d'autres évaluations moins fréquentes telles que le dépistage de la dépression, d'anomalies congénitales, d'enjeux psychosociaux, du streptocoque, de la COVID-19 ou encore les échographies prénatales.

Donc oui, il y a eu des dépistages des ponctions, mais il manquait d'informations peut être après. Dans le fond si je repense à ce moment-là, J'aurais aimé ça qu'il y a eu plus d'informations sur pourquoi ils font ce dépistage-là, c'est quoi les risques? Dans le fond de faire le tour de la question.  
(Participante 1) Bébé

Ils m'ont demandé pour faire le test de... ben ça, ils m'ont pas vraiment demandé, ils m'ont comme imposé pour faire le test de COVID. Sinon c'est pas mal tout. (Participante 8) Mère

Le manque d'explications ou d'informations après les dépistages, semblaient influencer leur compréhension de l'état de santé de leur bébé, ce qui pouvait affecter la manière dont elles vivaient cette période et leur SCM.

Cette deuxième partie de la dimension Organisation regroupe les caractéristiques du milieu de soins qui ont semblé faciliter ou nuire au développement de leur sentiment de compétence maternelle. Ces éléments, exprimés sous forme de sous-thèmes, ont été classés en deux catégories : les leviers, lorsqu'ils étaient perçus comme aidants, et les obstacles, lorsqu'ils étaient perçus comme contraignants dans leur expérience postnatale. Le tableau 11 présente un résumé des sous-thèmes identifiés par les participantes.

**Tableau 11***Caractéristiques organisationnels leviers ou obstacles au soutien du SCM*

<b>Sous-thème</b>	<b>Leviers</b>	<b>Obstacles</b>
1. <b>Modèle de prestation des soins</b>	Modèle de prestation des soins (TARP)	Modèle de prestation des soins (TAR)
2. <b>Disponibilité des infirmières</b>	Disponibilité	Indisponibilité
3. <b>Suivi prénatal</b>	Suivi de grossesse avec infirmière	Absence d'infirmières suivis de grossesse
4. <b>Suivi postnatal</b>	CLSC a la maison Info santé Nourri source	La durée de séjour CLSC congé précoce, suivi) Réadmission
5. <b>Charge de travail</b>	Pas de surcharge	Surcharge de travail Manque d'infirmière
6. <b>Horaire de travail des infirmières</b>	Horaire 12 heures des infirmières	Horaire 8 heures
7. <b>Manque d'uniformité dans la pratique</b>		Manque d'uniformité
8. <b>Continuité dans la relation</b>	Continuité dans la relation Même infirmière	Nombreuses infirmières impliquées Manque de continuité dans la relation

***Thème 7 Suivi prénatal***

Ce thème a reflété la perception des participantes concernant le suivi prénatal dans la relation infirmière-femme. La moitié des femmes ignorait qu'une infirmière pouvait être impliquée dans le suivi de grossesse. Deux femmes ont mentionné être suivies

conjointement avec un médecin et cinq femmes sur dix ont rapporté ne pas avoir vu d'infirmière. Une petite minorité des femmes mentionnent avoir été suivies par une infirmière durant leur grossesse. Ce qui représente un levier pour le développement de leur SCM. Parmi celles n'ayant pas vu d'infirmières durant leur grossesse, quelques-unes ont dit que le suivi était très technique et rapide. Ce qui est considéré comme un obstacle au développement de leur SCM.

Tout le long de la grossesse, j'ai jamais eu affaire avec aucune infirmière, j'avais que mon médecin... les rendez-vous avec mon médecin, qui étaient très, on va faire les examens. (Participante 1) Absence d'infirmière suivi prénatal

### ***Thème 8 Postnatal à l'hôpital***

Ce thème a représenté le postnatal à l'hôpital c'est-à-dire la manière dont les participantes ont vécu les premières heures et les premiers jours suivant l'accouchement dans le milieu hospitalier, ainsi qu'à leur perception du suivi infirmier durant cette période. Leurs discours faisaient ressortir divers aspects organisationnels du séjour notamment le modèle de prestation des soins, la disponibilité des infirmières, la charge de travail, les horaires de quarts, la continuité relationnelle et la durée du séjour qui semblaient avoir influencé leur sentiment de compétence maternelle. Ces éléments ont structuré la manière dont les participantes ont perçu le soutien, la cohérence des soins et la qualité de la relation avec les infirmières.

**Modèle de prestation des soins.** La moitié des participantes ont mentionné avoir été transférées de chambre après leur accouchement, le tiers ont dit qu'elles ont été en salle d'opération et une a indiqué être restée dans la même chambre durant tout le séjour.

Le fait d'avoir changé de chambre après l'accouchement ou de demeurée dans la même chambre après la naissance reflétait un modèle de prestation des soins qui semblait nuire ou favoriser le développement de leur SCM.

Pis c'était organisé dans le fond, une infirmière était avec moi pendant l'accouchement. Évidemment, il y a une rotation de chiffre, donc on a changé, mais c'est vraiment une personne attirée, ça J'ai vraiment beaucoup aimé d'avoir quelqu'un qui est constant avec toi, qui te voit, qui te suit dans ton développement, pis qui t'encourage dans le chemin, qui t'emmène vers la maternité, pis ensuite de ça, On avait, j'avais eu plusieurs infirmières, donc une fois que j'ai accouché, que j'étais rendue en... à la chambre. Là c'était vraiment toutes les infirmières, c'était des rotations tout le monde mettait son petit grain de sel. Donc c'était moins un suivi personnalisé, c'était vraiment un suivi par différentes infirmières. (Participant1) Obstacle :TAR

Euh, non, puis, y m'ont donné un peu l'explication. Sur le département, ils font... tout est là. Il y a pédiatrie, la salle post-op puis tu sais, la salle d'accouchement pis toutes les infirmières font en intervalle toutes ces stades-là. Fait qu'il y a pas de, d'infirmière attirées à la salle d'accouchement ou à la natalité ou, voyons... La, les poignants là... Tout le monde fait une rotation fait que y a vraiment pas de différence là. C'est... y agissent toute pareil, je dirais. J'ai aimé, moi j'ai aimé plus celle dans la salle d'accouchement, mais dans le sens, il avait l'air plus en un à un. C'est ça. C'est ça que j'ai plus aimé en fait là d'être un à un vs en post-partum. Je sais qu'il y en avait plusieurs qui avait l'air un peu plus pressé, puis étaient moins présents. Fait que mais côté, quand il était avec moi, c'était quand même similaire. (Participant 6) Levier : TARP

**Disponibilité des infirmières.** Toutes les participantes ont exprimé leurs perceptions concernant la disponibilité et l'indisponibilité des infirmières, ce qui semblait grandement influencé leur SCM. La majorité des participantes ont perçu les infirmières comme disponibles, mentionnant qu'elles étaient présentes pour elles, prenaient le temps nécessaire et répondaient à leurs questions ainsi qu'à leurs besoins. Cette disponibilité représentait un levier pour le développement de leur SCM.

Mais ça, ça a bien été parce que à l'hôpital, à chaque fois qu'on avait des questions ou quoi que ce soit, on pesait sur le bouton pis, tout le temps, quelqu'un qui venait rapidement, pis tout le temps, quelqu'un qui répondait à nos questions fait que ça, ça a super bien été. Pis ça fait qu'on se sentait plus compétent, pis on était pas inquiet là, parce que dès qu'il y avait une question, on pesait sur le piton, pis quelqu'un venait répondre à nos questions, fait que ça, c'est rassurant. Pis ça fait que d'avoir rapidement des réponses à nos questions, ça fait qu'on se sent plus compétent là. (Participante 0) Levier : disponibilité des infirmières

Les trois quarts des participantes ont mentionné que les infirmières étaient indisponibles durant leur séjour. Elles ont décrit plusieurs situations illustrant cette indisponibilité. Les infirmières écourtaient les enseignements, quittaient rapidement la chambre, donnaient des enseignements à des heures inappropriées, décidaient elles-mêmes ce qui était important ou non à transmettre, offraient peu de soutien pendant le travail/ accouchement ou l'allaitement, sautaient certaines évaluations physiques, prenaient beaucoup de temps avant d'administrer la médication pour la douleur, réalisaient certains soins pendant leurs heures de dîner ou après leurs quarts de travail, et effectuaient des soins de manière précipitée et priorisaient leur temps pour la rédaction des dossiers.

Ils nous ont dit de regarder des vidéos sur le... Il y avait sur le mur un lien vers des vidéos, mais ils ont dit que quelqu'un va venir nous en parler après, mais personne est jamais venu, c'est nous... je l'ai pas redemandé parce que ça m'est sorti de l'idée, mais j'avais 12 millions de choses à penser. (Participante 0)  
Limitant : Indisponibilité des infirmières

**Charge de travail.** Certaines participantes ont évoqué la surcharge de travail des infirmières ou, au contraire une charge de travail équilibrée. Presque la moitié ont constaté une surcharge de travail chez les infirmières, se manifestant par leur occupation, leur manque de temps, leur rapidité et leur indisponibilité, ce qui était perçu par elles comme

étant lié à un manque d'effectif ce qui semblait ne pas favoriser le développement de leur SCM.

De leur rappeler si par exemple elles oublient, parce qu'elles sont surchargées...euh... C'est tout était fait rapidement... Même que c'est moi qui avais demandé à aller dans le bain parce qu'ils ont un bain que tu peux rentrer dedans, puis je voulais, comme je le dis, je voulais vraiment pas prendre de médicaments parce que je voulais pas de je voulais faire ça le plus naturel possible. Puis, j'ai dit est-ce que je peux aller dans le bain, est-ce que je peux aller dans le bain. pis ça prenait vraiment du temps pour que je puisse aller dans le bain parce qu'il disait ohh qu' ils sont en manque d'effectifs. Comme je dis là ça a vraiment été l'enfer donc ils étaient en manque d'effectifs, ils peuvent pas s'en occuper maintenant. (Participante 2) Obstacle : surcharge de travail

Une minorité des participantes ont perçu une charge de travail équilibrée chez les infirmières. Celles-ci prenaient le temps d'expliquer, demeuraient au chevet pour soutenir et n'étaient pas pressés de quitter la chambre. Ces situations semblaient contribuer positivement à leur SCM.

Les infirmières avaient le temps parce qu'il y avait moins de... l'unité des naissances était moins chargée. Donc là, on a senti que, il y avait plus le temps de prendre le temps de tout expliquer, tranquillement, de faire les choses tranquillement. (Participante 4) Levier : charge équilibrée

**Horaire et quarts de travail des infirmières.** La moitié des participantes ont mentionné des quarts de travail des infirmières (principalement des quarts de huit heures avaient influencé leur expérience. Elles ont décrit des situations où selon le moment de la journée, l'information variait, l'approche différait ou le soutien fluctuait. Pour plusieurs, le quart de nuit se caractérisait par un manque d'information et une approche moins aidante. Le quart de jour était décrit comme plus chaotique et offrant moins d'aide. Le

quart de soir comptait moins d'infirmières. Certaines participantes ont aussi rapporté avoir vu plusieurs infirmières pendant le même quart de travail ce qui entraînait des informations contradictoires et semblait nuire à leur SCM.

Donc ça à un moment donné, c'est devenu mélangeant sur les compétences parentales parce que nous, on s'en allait chercher de l'information. Puis à chaque fois qu'on nous donnait de l'information, quand l'autre professionnel arrivait, on devait défaire ce qu'on avait commencé à faire avec la précédente, parce qu'on nous disait : ah oui, mais les filles de nuit font ça comme ça. Les filles de jour font ça comme ça. (Participante 4) Obstacle : horaire huit heures

Une participante a toutefois perçu positivement l'horaire de 12 heures des infirmières car il lui offrait davantage de stabilité dans la continuité des soins.

Ben, ça me convenait. C'est sûr que j'avais pas vraiment de choix là, parce que là-bas, ils font des horaires de 12 h, fait que c'est la même infirmière qui était là le plus souvent, mais j'ai quand même eu 2 autres différentes. Pis ça a bien été là je pense. Celle qui était de soir, de nuit, ça allait bien mais de jour j'avais moins d'aide là si je peux le dire comme ça. (Participante 3) Levier : Horaire 12 heures des infirmières

**Manque d'uniformité dans la pratique.** Une participante a évoqué un manque d'uniformité dans la pratique des infirmières. Selon elle, les informations transmises variaient d'une infirmière à l'autre et semblaient parfois contradictoires, ce qu'elle attribuait à un manque de formation ou de cohérence dans les approches. Cette perception d'incohérence dans les pratiques et les enseignements ne semblait pas favoriser le développement de son SCM.

J'ai trouvé qu'il manquait de cohésion dans le discours qu'avaient les infirmières pour nous permettre à nous de développer nos compétences parentales. Pis j'pense que je vous l'ai un peu dit, c'est qu'on a trouvé ça très difficile à gérer bizarre que... chaque infirmière ait une approche différente de la précédente. Et que chaque infirmière nous enseigne une façon de faire, mais que la suivante qui arrive nous dise ah, non, ce qu'elle vous a dit ce n'est pas bon. C'était à croire que y avait pas de ligne directrice. Que y avait pas de formation. Pis y avait un manque d'uniformité sur l'information qui était donnée. C'est sûr que c'est bien de bénéficier de l'expérience de chacune. Chacune a son p'tit truc. Peut-être que c'est ce p'tit truc-là qui va nous aider, qui va faire la différence pour nous, mais là, la différence était trop grande entre chaque professionnelle qui venait dans la chambre. (Participante 4)

**Continuité dans la relation.** Toutes les participantes ont abordé la continuité des soins relationnels avec les infirmières. Un peu plus de la moitié ont perçu une continuité dans la relation en mentionnant des propos tels que « avoir les mêmes infirmières » ou même discours rassurant qui continue nuit et jour. L'une a estimé que le fait d'avoir moins d'infirmières permettait un meilleur lien et des informations échangées. Une autre a rapporté avoir eu quatre infirmières en 36 heures, dans un milieu fonctionnant avec des quarts de douze heures et disait apprécier cette continuité, ce qui semblait favoriser le développement grandement de leur SCM.

Ah, c'était bien organisé. Y avait la rotation. Et ce que j'ai aimé, c'est que étant donné que moi j'ai accouché, je pense, j'ai accouché le dimanche. La semaine commençait. Donc, j'avais pratiquement les mêmes infirmières à chaque jour et aux mêmes heures. Dans le fond, je trouve que ça, ça me donnait un sentiment d'appartenance si on veut durant mon petit séjour à l'hôpital. Donc, c'est comme si elles m'ont vu avoir mal, elles m'ont pousser, elles m'ont vu en recovery fait que j'ai pas eu vraiment à dire mes préférences. Je pense ça c'est vraiment juste fait spontanément. (Participante 5)

La quasi-totalité des participantes ont décrit un manque de continuité dans la relation liée au nombre élevé d'infirmières différentes. Elles ont évoqué des visites

effectuées par des infirmières très techniques, contradictions dans les informations reçues, un grand roulement, des rotations avec toutes les infirmières, ainsi que diverses approches et personnalités. Certaines ont mentionné avoir eu entre six et dix infirmières en 24 heures, d'autres jusqu'à 15 infirmières en 48 heures. Quelques-unes ont remarqué un suivi non personnalisé, des préoccupations non partagées entre les infirmières responsables, ce qui a semblé nuire à la construction d'une relation de confiance, particulièrement en lien avec allaitement ce qui semblait nuire au développement de leur SCM.

Ben peut-être un peu, surtout sur l'allaitement, parce que le roulement de personnel a été quand même impressionnant cette journée-là, on n'a pas vu une seule fois le même visage de toute la journée. Et même la personne qui était en charge de nous, je sais même pas, c'était qui. (Participante 4) Obstacle : le manque de continuité

**La durée de séjour.** La majorité des participantes ont rapporté avoir eu une durée de séjour de plus ou moins 48 heures, deux ont mentionné 36 heures et une autre 24 heures. Cependant, cette dernière a eu une réadmission à la suite de son congé précoce. Pour plusieurs, la durée du séjour semblait avoir limité le temps disponible pour recevoir l'information et les enseignements nécessaires, ce qui compliquait leur préparation au retour à la maison et semblait nuire au développement de leur SCM.

OK, t'as un rendez-vous aussi, tu dois faire ça. J'avais l'atelier aussi, les bébés secoués, si ça, tandis que bon, j'étais vraiment fatiguée aussi faut dire donc je trouvais que ça faisait, que ça faisait beaucoup pour une en une journée et demie pour tout apprendre. (Participante 2)

J'étais contente de revenir à la maison, d'être dans mes choses tout ça, mais je pense qu'on n'avait pas été bien préparé au 24-48 h qui allaient suivre à la maison comme que ça se pouvait qu'une jaunisse se développe, Donc j'étais contente d'être dans mes choses, de revenir à la maison, Pas avoir des visites à l'hôpital, ça me convenait, mais en même temps vu que nous, on a eu Un petit incident, elle a développé la jaunisse si on avait été à l'hôpital, je pense qu'elle aurait pu être traitée tout de suite, donc c'est pour ça que ça ne me convient pas. (Participante 1) Réadmission

### ***Thème 9 Postnatal à la maison***

Ce thème a représenté le suivi offert par les infirmières du CLSC ainsi que les organismes communautaires rejoints par certaines participantes durant la période postnatale à la maison.

**Suivi CLSC.** La majorité des participantes ont bénéficié des services du CLSC qu'elles ont mentionné comme étant indispensable. Certaines ont reçu de plusieurs visites à domicile de l'infirmière du CLSC à domicile, qu'elles ont appréciées. Une participante a souligné que ce service complétait efficacement celui offert par l'hôpital, les deux étant perçus comme complémentaires. En revanche, deux participantes ont mentionné s'être déplacées au CLSC et leurs appréciations étaient mitigées. Une autre a rapporté un délai important pour la visite à domicile alors qu'elle avait besoin d'aide immédiate pour l'allaitement. Ces situations semblaient ne pas soutenir le développement de leur SCM.

Oui, oui. Il y a l'infirmière du CLSC qui m'avait référée à la clinique ambulatoire de... en aide à l'allaitement. Fait que... elle m'a référée là-bas pour un suivi parce qu'ils m'ont donné du Dompéridone pour aider à ma production laiteuse, parce que j'avais pas beaucoup de lait au début, fait qu'elle m'avait référée là, puis ils ont fait un bon suivi avec moi aussi. (Participante 3)

**Services communautaires.** Une minorité de participantes ont mentionné avoir contacté un organisme communautaire comme Nourri-Source pour obtenir du soutien en allaitement. L'une d'elles a appelé Info-santé pour la même raison. Ce type de soutien semblait aider le développement du SCM, à condition que les informations ne se contredisaient pas et que le service était disponible au moment voulu.

J'avais une marraine d'allaitement qui disait là, de Nourri-Source, que, elle m'a écrit comme certaines informations qui est pas pareil que le CLSC, l'infirmière du CLSC. Fait que y a eu deux informations différentes, l'infirmière du CLSC puis la marraine d'allaitement de Nourri-Source. (Participante 9)

### ***Thème 10 Satisfaction dans la relation de soins***

Ce thème a représenté la satisfaction des participantes concernant les soins reçus dans la relation avec les infirmières. Il est la finalité dans la relation. Leur appréciation s'est exprimée dans leurs discours, qu'elle soit positive, négative ou mitigée. Toutes les participantes ont formulé des appréciations positives concernant la relation avec les infirmières, mais la majorité ont également rapporté des éléments négatifs dans cette même relation. Lorsqu'elles rapportaient avoir apprécié, elles utilisaient des termes tels que « c'était bien », « bon », « j'ai aimé/adoré ». À l'inverse, lorsqu'elles exprimaient leur insatisfaction, elles employaient des termes tels que « *je n'ai pas aimé* ». La satisfaction perçue dans cette relation semblait favoriser le développement de leur sentiment de compétence maternelle (SCM), tandis que les éléments d'insatisfaction pouvaient limiter.

**Appréciation positive.** Toutes les participantes ont rapporté des appréciations positives concernant leur relation avec les infirmières. Elles ont apprécié, entre autres, la

qualité des explications reçues, le soutien offert par l'infirmière du CLSC, l'approches positive dans certaines activités de soins, et ainsi que la gestion organisationnelle visant à limiter le nombre d'infirmières impliquées. Elles ont utilisé des expressions telles que : « Au top », « Ça coche », « Génial », « Wow », « Super », « Ça a été parfait » pour qualifier leur satisfaction. Cette appréciation positive semblait avoir soutenu le développement de leur SCM.

J'ai vraiment beaucoup aimé d'avoir quelqu'un qui est constant avec toi, qui te voit, qui te suit dans ton développement, pis qui t'encourage dans le chemin, qui t'emmène vers la maternité. (Participante 1)

Je peux dire à chaque 2-3 minutes qui venaient me voir pour me demander comment ça allait pour me rassurer, faire quelque chose pour me soulager là pour la douleur surtout, fait que je peux dire que ça a bien été l'approche vraiment à la salle d'accouchement, c'était wow! (Participante 3)

**Appréciation négative.** Presque toutes les participantes ont nommé des appréciations négatives dans la relation avec les infirmières. Ces insatisfactions étaient liées au nombre élevé d'infirmières impliquées, à la pression ressentie pour allaiter le bébé aux trois heures, au manque d'information ou de soutien, à une planification jugée insuffisante et au manque de compétence perçue chez certaines infirmières. Elles ont utilisé des expressions telles que : « *plate* », « *l'enfer* », « *chaotique* », « *catastrophique* », « *détesté* » pour qualifier leur insatisfaction. Cette appréciation négative ne semblait pas soutenir le développement de leur SCM.

La seule chose c'est que comme après mon accouchement, tu sais, j'ai parlé avec d'autres mamans. Puis j'ai juste trouvé ça plate parce que dans le fond, j'ai vu que d'autres mamans qui ont vécu la même chose, ils ont eu comme d'autres alternatives un peu là. Tu sais, ils ont eu le DAAL (dispositif d'aide à l'allaitement) admettons si son bébé se fâchait beaucoup au sein. Ce qui m'est arrivé moi aussi. Ça, j'aurais aimé ça qu'on me le propose, mais on me l'avait pas proposé. (Participante 7)

Oui. Même si l'allaitement c'était chaotique comme approche d'enseignement. (Participante 4)

## **Discussion**

Ce cinquième chapitre présente la discussion générale des résultats de recherche obtenus en lien avec cette question. Les résultats seront interprétés à la lumière des études pertinentes, et aussi des concepts issus du cadre de référence de Daigle (2019). Par la suite, ce chapitre abordera les retombées pour chacun des axes de la discipline infirmière ainsi que les forces et les limites de l'étude

### **Dimension 1. Femme**

La première dimension met en lumière les vécus émotionnels des femmes primipares et leur processus d'adaptation, leur autogestion de santé, leur culture, le père du bébé (leur conjoint), leur réseau social, leurs savoirs expérientiels qui façonnent leur expérience postnatale et influencent leur sentiment de compétence maternelle (SCM).

#### ***Thème 1 Émotions***

Les résultats de notre étude ont montré que toutes les participantes ont exprimés des émotions négatives et positives dans leur expérience relationnelle avec les infirmières lors de la période postnatale précoce. Ces émotions semblent être perçues comme influençant positivement ou négativement le développement de leur SCM.

Ces résultats dévoilent une gamme d'émotions négatives chez les femmes, notamment la tristesse, la peur, le dégoût, la colère ainsi que d'autres émotions secondaires comme la douleur, la fatigue, la déception, l'inquiétude, la confusion, la culpabilité, le découragement et l'anxiété. En outre, toutes les participantes ont aussi nommé des émotions positives associées à la relation avec les infirmières, telles que la joie, la confiance, le respect, la sécurité et le soulagement.

Ces résultats s'inscrivent dans la perspective de Winnicott (1987) qui décrit la « préoccupation maternelle primaire » comme un état psychique particulier, normal mais marqué par une grande vulnérabilité émotionnelle. Cet état peut s'accompagner d'une perte de sens de soi, une baisse de la confiance et de l'estime de soi, ainsi qu'une perception négative du rôle maternel. Plusieurs études soulignent que les femmes vivent des émotions contradictoires amour, joie, fierté, mais aussi peur, frustration, stress et culpabilité durant cette phase de construction de leur identité maternelle (Wiklund et al., 2018; Zaides et al., 2021) ce qui correspond au vécu émotionnel des femmes identifié dans notre étude.

Ces résultats rejoignent également les travaux de Bandura (1997) selon lesquels les états physiologiques et émotionnels de la femme (douleur, fatigue et fragilité psychique) diminuent le SCM (C. Razurel et al., 2017). L'étude de Zaides (2021) montre que cette ambivalence émotionnelle est particulièrement marquée chez les primipares, ce qui est cohérent avec les émotions exprimées dans notre étude. D'autres études décrivent ces sentiments d'ambivalence dans le cadre la matrescence, présentée comme une étape neurodéveloppementale où les changements neurochimiques et hormonaux entourant la naissance provoquent des changements multidimensionnels, biopsychosociaux, culturels et politiques (Orchard et al., 2023; Sacks, 2017; Stoodley et al., 2023). Dans cette perspective, le fait de ne pas connaître ni soutenir adéquatement les femmes dans ce processus peut accroître leur vulnérabilité aux problèmes de santé mentale tels que la dépression postpartum (DPP), l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

(Hutchinson & Cassidy, 2022; Samdan et al., 2022). Cela souligne l'importance de mieux comprendre ces émotions et d'offrir un soutien approprié aux nouvelles mères.

L'étude de Symon et al. (2018) a mis en évidence l'incertitude comme thème central du vécu postnatal, associée à l'anxiété et à la confusion. Cette incertitude, liée à un manque d'informations ou de renforcement des capacités, amène les femmes à rechercher davantage de soutien, ce qui a aussi été observé dans notre étude lorsque les émotions négatives surgissaient dans la relation avec les infirmières. Selon Rosenberg dans ses travaux sur la communication non violente (CNV), (1960), les émotions négatives expriment un besoin non comblé. Elles renvoient à des besoins de confort, de sécurité, de protection, de repos et sur le plan relationnel, à des besoins de confiance, de permanence, de fiabilité, d'écoute, d'engagement, de douceur et d'empathie. À l'inverse, les émotions positives sont associées à des besoins d'autonomie, de liberté, ainsi que des besoins relationnels tel que le soutien, l'écoute et l'engagement. Ceci renforce les résultats de notre étude, dans laquelle les émotions positives semblaient contribuer à la confiance des femmes et à leur sentiment de compétence.

Ce constat rejoint plusieurs travaux dans le contexte postnatal précoce qui insistent sur la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des femmes pour les accompagner dans le développement de leur SCM. (Benzonana et al., 2019; Dlamini et al., 2023; Samdan et al., 2022; Stoodley et al., 2023; Wiklund et al., 2018). Ainsi, l'étude de Cummins et al. (2020) et celle de Rowan et al. (2007), soulignent l'importance du débriefing postnatal comme une intervention permettant d'améliorer les capacités des

femmes, leur sécurité et leur connexion après l'accouchement, contribuant ainsi à prévenir les problèmes de santé mentale. Razurel et al. (2011) mentionnent la pertinence et l'efficacité de l'accompagnement postnatal sur sa capacité à répondre aux besoins des femmes et à favoriser le SCM. De même que, Benzonana et al. (2019) et Wiklund et al. (2018) rappellent que des soins individualisés sur les perceptions et les besoins des femmes, ainsi que des interventions axées sur la famille avec des informations individualisées et cohérentes, semblent essentielles pour le sentiment de sécurité des mères dans les soins postnatals et par conséquent le SCM.

### ***Thème 2 Adaptation***

Les résultats de notre étude ont mis en évidence différentes caractéristiques de l'adaptation des femmes durant la période postnatale précoce dans la relation avec les infirmières. Ces caractéristiques représentent des facteurs de risque ou de protection pouvant influencer positivement ou négativement leur SCM le développement de leur SCM. Ces facteurs incluent : les difficultés liées aux soins du bébé, les difficultés liées à leur nouveau rôle maternel, leur réseau social en incluant le père, leurs savoirs expérientiels, leur culture, leur autogestion, leur sentiment d'être compétente.

Ces résultats rejoignent de nombreuses études ayant identifié des facteurs prédictifs du SCM tels que la parité, l'allaitement, le tempérament de l'enfant, le lien d'attachement avec le bébé, le soutien social, le fonctionnement familial, la santé psychologique, le statut socio-économique, la migration, les conditions entourant la naissance, et le SMC. L'ensemble de ces éléments influence significativement l'adaptation

des femmes durant cette période, ce qui correspond aux caractéristiques identifiées dans notre étude (Choobdarnezhad et al., 2024; Esmaelzadeh Saeieh et al., 2017; Ngai et al., 2010; Samdan et al., 2022; Y. Zhu et al., 2022). Dans cette perspective, plusieurs auteurs considèrent que le SCM représente un indicateur clé de la santé globale maternelle et encore comme une finalité essentielle du processus de construction de l'identité maternelle (Choobdarnezhad et al., 2024; Gaboury et al., 2017; Shrestha et al., 2019; Woon Young et al., 2022).

Les résultats de notre étude vont dans le même sens que de nombreuses études qui révèlent les facteurs prédictifs du SCM des vingt dernières années. Ces résultats sont corroborés par les différentes études exposant les facteurs tels que : la parité, l'allaitement, le tempérament de l'enfant, le lien d'attachement avec le bébé, le soutien social, le fonctionnement familial, la santé psychologique, le statut socio-économique, la migration, les conditions entourant la naissance, L'ensemble de ces éléments influence grandement l'adaptation des femmes primipares durant cette période. (Esmaelzadeh Saeieh et al., 2017; Ngai et al., 2010 ; Samdan et al., 2022 ; Zhu et al., 2022) (Choobdarnezhad et al., 2024). Tous ces facteurs peuvent ainsi contribuer, positivement ou négativement au développement du SCM de ces femmes. Toutefois, l'allaitement représente une préoccupation particulièrement importante pour le SCM des femmes primipares, notamment en lien avec le soutien formel reçu. Ces constats concordent avec les études antérieurs (Gümüşsoy et al., 2020; Hankel et al., 2019; Wong et al., 2021; Y. Zhu et al., 2022) En ce sens, le SCM représente l'objectif (la finalité) des femmes pour l'atteinte de

leur identité maternelle (Choobdarnezhad et al., 2024; Gaboury et al., 2017; Shrestha et al., 2019; Woon Young et al., 2022).

Les résultats de notre étude ont également mis en lumière la manière dont les femmes développent ou non leur SCM au cours de la transition, à travers leurs interactions avec les infirmières, tant à l'hôpital qu'au domicile par le CLSC. Les comportements des infirmières et ceux des femmes dans la relation identifiée dans notre analyse semblent pouvoir favoriser ou entraver ce développement. Cela est cohérent avec les études portant sur les interventions infirmières en période postnatale précoce, qui recommandent des interventions fondées sur des preuves, une approche personnalisée axée sur les perceptions et les besoins des femmes ainsi que des informations adaptées et cohérentes (Benzonana et al., 2019; Bernard et al., 2017; Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Mihelic et al., 2017; Özcan & Temiz, 2025; Chantal Razurel et al., 2011; Y. Zhu et al., 2022). Plusieurs études soulignent l'importance de soins infirmiers holistiques intégrant des compétences relationnelles et culturelle, lesquels influencent positivement le SCM, ceci qui est en accord avec nos résultats (Benzonana et al., 2019; Wiklund et al., 2018; Woon Young et al., 2022; Y. Zhu et al., 2022)

Par ailleurs, plusieurs études montrent que le sentiment de compétence et la satisfaction dans le rôle maternel constituent des dimensions centrales dans l'adaptation des mères, influençant significativement leurs pratiques parentales et le développement psychosocial de leurs enfants (Beach Copeland & Harbaugh, 2017; Fei-Wan et al., 2011). Les mères présentant un haut niveau de compétence maternelle précoce démontrent une

plus grande aisance dans les soins à leurs nourrissons et dans l'interprétation de leurs signaux ce qui témoigne de l'importance du SCM à cette période (Beach Copeland & Harbaugh, 2017; Vance & Brandon, 2017; Yang et al., 2020). Enfin, l'étude de Shi (2024) rappelle que les professionnelles de la santé devraient reconnaître ces différents facteurs afin de mettre en place des interventions ciblées pour soutenir le développement de SCM, ce qui corrobore les résultats de la présente étude.

## **Dimension 2. Relation infirmière-femme**

Cette dimension renvoie à la façon dont les femmes décrivent leur relation avec les infirmières durant le postnatal précoce. Selon leur perspective, cette relation se définit principalement à travers l'approche des infirmières, les valeurs qu'elles incarnent et les compétences qu'elles démontrent dans leurs interactions et activités de soins au sein de l'environnement clinique.

### ***Thème 3 Approche des infirmières***

Les résultats de notre étude montrent que l'approche des infirmières exerce une influence à la fois positive et négative sur leur SCM. L'approche constitue d'ailleurs le thème central de cette dimension. Les caractéristiques observées incluent : l'humanisme, l'engagement relationnel, le temps, la compétence des infirmières, les soins centrés sur le nouveau-né, le partenariat relationnel et les soins centrés sur la mère et le nouveau-né.

Ces résultats ont démontré qu'une approche perçue comme positive se manifeste par des infirmières attentionnées, patientes, respectueuses, empathiques, douces, gentilles,

rassurantes, motivantes, impliquée, dévouées, qui prennent le temps et respectent le rythme des femmes. Ces résultats concordent avec les résultats de l'étude de Llapa-Rodriguez et al. (2013), qui décrivent les qualités humaines attendues des professionnelles de la santé par les femmes en postnatale précoce telle que l'attention, la patience, la douceur, l'éducation, la gentillesse (Llapa-Rodriguez et al., 2013). De plus, les résultats rejoignent également ceux de Hannon et al. (2022) dont l'étude portant sur les points de vue des femmes concernant les facteurs contribuant à des expériences périnatales positives met de l'avant l'importance du « ton » des soins. Ce ton, défini par le respect des femmes en tant que décisionnaires, par des soins centrés sur la famille et par une présence attentive des professionnels de la santé, correspond aux caractéristiques dans l'approche des infirmières de notre étude.

L'étude de Kynø & Hanssen (2022), portant sur la relation infirmière-femme dans un contexte de néonatalogie marquée par une barrière linguistique, met également en évidence un élément centrale cohérent avec nos résultats soit la confiance comme priorité pour les mères comme pour les infirmières. Leur étude montre que les infirmières sont conscientes de la vulnérabilité des femmes et de leur dépendance à leurs actions, attitudes et comportements. Elles ont constaté que la compassion, la compétence et les connaissances étaient des facteurs importants pour établir la confiance avec les femmes. Ainsi, les femmes dans leur étude ont déclaré se sentir en sécurité en apprenant à prendre soin de leur nourrisson à travers cette relation de confiance. Ces éléments sont cohérents avec nos résultats, où la confiance s'établit à travers la présence, l'écoute et les compétences relationnelles des infirmières dans le postnatal précoce.

Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent que la relation infirmière-femme s'inscrit dans une dynamique de partenariat dans les soins où les femmes s'informent, posent des questions, font des choix, consultent les infirmières et collaborent par l'échange d'informations. Ces résultats rejoignent l'étude de Hannon et al. (2022) qui souligne que les femmes apprécient les professionnels de la santé les reconnaissant comme actrices de leur expérience de soins. Le respect et l'engagement réciproque constitue la base de la relation infirmière-femme, ce qui favorise la collaboration et influence positivement les résultats de santé (Symon et al., 2018). De plus, Xue et Heffernan (2021) considèrent que le partenariat est un attribut clé de la communication thérapeutique. Enfin, les résultats vont dans le même sens que ceux rapportée par Barimani et al. (2015), où des femmes souhaitaient des soins davantage centrés sur elles et non uniquement sur l'enfant ce qui confirme l'importance d'une approche globale et sensible à leurs besoins.

#### ***Thèmes 4 Valeurs de l'infirmière***

Les résultats de notre étude mettent en évidence certaines valeurs comme le respect, la liberté de choix, l'autonomie, la dignité humain, le professionnalisme et la sécurité. Dans l'expérience des femmes, ces valeurs occupent une place centrale dans l'approche des infirmières et semblent influencer le développement de leur sentiment de compétence maternelle (SCM). Elles émergent dans leurs récits comme facilitatrices lorsqu'elles sont présentes, et comme limitatives lorsqu'elles sont absentes ou compromises.

Les résultats de notre étude rejoignent ceux présentés dans la revue systématique sur les soins maternels respectueux (RMC) menée par Cantor et al. (2024) qui rappelle que le respect, l'autonomie, le respect de la dignité, le consentement, la confidentialité, la sécurité et la justice constituent les valeurs fondamentales pour offrir des soins de maternité respectueux. L'absence de ces valeurs est souvent associée à une forme de mépris, de maltraitance ou d'abus dans les services de maternité. Les outils d'évaluation des soins respectueux convergent d'ailleurs vers quatre dimensions : la dignité, respect, autonomie et communication (Cantor et al., 2024), ce qui reflète les valeurs identifiées dans notre étude.

Dans la même perspective, Mangas et al. (2024) soulignent que des interactions respectueuses, équitables et encourageantes entre l'équipe soignante et les femmes ainsi que leur famille sont essentielles à la qualité des soins, ce qui correspond aux expériences rapportées par nos participantes (Mangas et al., 2024). Symon et al. (2024) ressortent les valeurs de respect, autonomisation et gestion expectative qui représentent une approche non interventionniste promouvant la physiologie et le processus naturel dans le modèle de soins en maternité, ce qui fait corroborer les résultats sur les valeurs appréciées par les femmes dans notre étude. Cummins et al. (2020) rappelle que la confiance et le temps de qualité dans la relation nécessitent une communication respectueuse et des soins adaptés aux besoins des femmes ce qui renforce l'idée que ces valeurs soutiennent le développement du SCM. Enfin, une équipe soignante cohésive constitue un élément facilitateur d'une expérience positive, mais souvent absente dans les soins hospitaliers (Petit-Steeghs et al., 2019). Ce constat rejoint les résultats de notre étude, qui montrent

que la présence d'informations contradictoires, le manque de compétences perçue de certaines infirmières dans les soins ont contribué à une incohérence dans la relation avec les membres de l'équipe telle que perçue par les femmes. Cette incohérence a engendré de la confusion et a été associée à des expériences négatives, nuisant ainsi à la qualité de l'expérience vécue et au développement du SCM.

### ***Thème 5 Compétence des infirmières***

Les résultats de notre étude montrent que les compétences des infirmières perçues par les femmes, qu'elles soient relationnelles ou techniques, semblent influencer le développement de leur SCM. Nos résultats indiquent que toutes les participantes ont commenté les compétences relationnelles démontrées ou non démontrées par les infirmières, lesquelles étaient liées à leur attitude, leur comportement, leur approche et leur engagement dans la relation. Cette compétence relève principalement du savoir être de l'infirmière et de ses qualités interpersonnelles.

Ces constats rejoignent plusieurs études qui reconnaissent que la compétence relationnelle comme une compétence prioritaire pour établir la confiance des femmes en PPNP et un manque de compétence relationnelle agit négativement sur le développement de leur SCM (Anna Frei & Mander, 2011; Cummins et al., 2020; Llapa-Rodriguez et al., 2013). Ces études soulignent également que les compétences des infirmières doivent être basées sur des données probantes afin d'assurer une relation de soin de qualité. D'autres études mettent de l'avant l'importance de la compétence culturelle des infirmières en

période postnatale pour soutenir le développement du SCM (Coutinho et al., 2019; Cummins et al., 2020; Stoodley et al., 2023).

Une étude mentionne que certaines professionnelles de la santé manquent de confiance en leurs compétences en raison d'une formation insuffisante en lien avec l'activité de dépistage (Xiao et al., 2023). Ce constat va dans le même sens que certains propos des participantes concernant un manque perçu de compétence dans des situations spécifiques. Enfin, nos résultats révèlent que les compétences techniques perçues concernent principalement les connaissances liées à l'allaitement, aux signes vitaux et aux évaluations cliniques. Nos résultats rapportent que certaines participantes ont nommé ces lacunes techniques, en ce qui a trait à l'évaluation de l'allaitement et de la douleur. Ces résultats vont dans le même sens que les études sur l'éducation et l'allaitement qui dénoncent un manque de compétence technique perçue (Nourizadeh et al., 2023; Pezley et al., 2022; Y. Zhu et al., 2022).

### **Dimension 3 : Organisation**

La dimension organisation représente le milieu de soin dans lequel la relation s'est actualisée. Dans notre étude, les participantes décrivent cette organisation principalement à travers le contexte postnatal à l'hôpital avec les infirmières en obstétriques et du postpartum, et le suivi postnatal à domicile avec les infirmières du CLSC. C'est à travers ces contextes organisationnels et les activités de soin qui se déroulent que la relation infirmière-femme s'est construite ce qui a amenés les participantes à exprimer leur satisfaction ou insatisfaction à l'égard de cette relation. Cette appréciation perçue semble

avoir exercé une influence sur le développement de leur sentiment de compétence maternelle (SCM).

### ***Thème 6 Activités de soins***

Les résultats de notre étude montrent que les activités de soins réalisées par les infirmières dans la relation semblent influencer positivement ou négativement le développement de leur SCM. Ces activités incluent l'éducation/information, la promotion de la physiologie, le soutien, la planification des soins, la gestion des complications ainsi que l'évaluation et le dépistage. Parmi celles-ci, l'éducation/l'information et le soutien lié à l'allaitement se démarquent particulièrement, puisqu'elles contribuent directement à soutenir la promotion de la physiologie et à renforcer le sentiment de compétence des nouvelles mères.

**Activité éducation/information.** En ce qui concerne l'éducation/information, nos résultats soulignent que la quantité de l'information, la qualité de l'information, les stratégies d'enseignement et d'apprentissage, les outils didactiques utilisés ainsi que le contenu transmis semblent influencer le SCM. Ces résultats s'arriment aux études antérieures qui reconnaissent que l'éducation et le soutien en allaitement comme des activités infirmières incontournables durant la période postnatale précoce, ayant un rôle déterminant dans le développement du SCM (McCarter et al., 2022; Schmied et al., 2024).

Ces constats concordent également avec les résultats de la revue systématique de McCarter et al. (2022), qui rapporte que des informations contradictoires, non fondées sur les données probantes ou non personnalisées peuvent limiter les femmes dans le

développement de leur SCM pendant la période postnatale précoce. Leur revue, souligne que les femmes considèrent les soins infirmiers d'éducation comme un élément important de l'expérience d'hospitalisation en maternité. L'allaitement maternel y apparaît comme un thème central du soutien infirmier et les femmes y expriment un besoin accru d'informations sur les soins personnels, les soins aux nourrissons et la parentalité (McCarter et al., 2022).

Les études de McCarter et al., 2022 et de Schmied et al., 2024 affirment que les infirmières portent une attention particulière à la sécurité des nourrissons et informent les femmes des signes avant-coureurs de complications post-partum. Ce constat est corroboré par nos résultats. Or, les résultats de notre étude démontrent un manque perçu chez les participantes tant dans la quantité que dans la fiabilité des informations reçues, notamment concernant l'allaitement, le bain du bébé ou encore la gestion de l'ictère ainsi que l'évaluation des saignements à la maison pour la femme ce qui semble diminuer le SCM. De plus, les résultats de notre étude corroborent ceux de Barimani et Vikström, (2015) selon lesquels les mères expriment qu'elles souhaitent des informations pratiques pour prendre soin de leur enfant. Ces informations pratiques incluent l'allaitement, les soins du cordon ombilical, le changement de couche, les infections, la sécurité de l'enfant, les dangers, le bain, le sommeil du nouveau-né et la gestion des pleurs. Par ailleurs, une méta-analyse de Fasanghari et Keramat (2023) confirme que les interventions éducatives en période postnatale précoce améliorent la compétence des mères primipares. Dans cette optique, toutes les études convergent pour affirmer que l'éducation en période postnatale précoce constitue une priorité essentielle (McCarter et al., 2022; Schmied et al., 2024).

**Activité de promotion de la physiologie.** Les résultats de notre étude démontrent que les interventions faites par l’infirmière dans le cadre de la promotion de la physiologie semblent influencer positivement ou négativement le développement de leur SCM. L’allaitement apparaît comme le sujet ayant semblé influencer le plus leur SCM. C’est aussi celui qui a suscité le plus d’émotions négatives et autour duquel les femmes ont rapporté avoir reçu le plus d’informations contradictoires dans la relation avec les infirmières.

Ces constats sont corroborés par d’autres études qui rapportent que l’allaitement demeure une préoccupation majeure pour la majorité des femmes, en plus d’être un domaine où le manque de soutien est fréquent et où l’impact sur le SCM est particulièrement important (Lenho de Figueiredo Pereira et al., 2024; Schmied et al., 2024). Le plan d’action 2023-2028 du Québec en périnatalité met également en lumière les principaux défis courants rencontrés par les femmes qui allaitent, tels que douleurs et inconforts, production de lait, problèmes de prise du sein ce qui rejoint les difficultés liées à l’allaitement rapportées par les participantes de notre étude.

En ce qui concerne la physiologie de l’accouchement, les résultats de notre étude montrent que les participantes n’ont pas pu vivre une naissance physiologique (naturelle). Toutes ont reçu au moins une intervention médicale (épidurale, induction, instrumentation ou césarienne) ce qui a perturbé le processus physiologique de la naissance. Ces constats rejoignent ceux de Liese et al., (2021) qui documentent les formes et risques iatrogéniques associés aux pratiques obstétricales routinières comme les examens vaginaux) non

nécessaires, la surveillance électronique continue du fœtus et les positions de naissance non physiologiques peuvent perturber le processus normal de l'accouchement et entraîner des répercussions physiques et psychologiques. Ces constats permettent de contextualiser le fait que les interventions médicales sont susceptibles d'affecter la transition des femmes et leur adaptation postnatale. Enfin, l'étude de Cummins et al. (2020) rappelle l'importance de la préparation à la naissance pour renforcer leurs compétences et optimiser le processus physiologique.

**Activité de Soutien.** Les résultats de notre étude montrent que les caractéristiques du soutien offert par les infirmières semblent exercer une influence positive ou négative, sur le développement de leur SCM. Ces caractéristiques sont le soutien émotionnel et le soutien informatif. Ils montrent également que la majorité des femmes ont reçu un soutien jugé aidant de la part des infirmières du CLSC. Ces dernières prenaient le temps nécessaire, respectaient leur rythme, et transmettaient des informations cohérentes et pertinentes, ce qui semble avoir contribué à renforcer leur SCM. À l'inverse, le contexte hospitalier semble avoir limité l'accès à un soutien perçue comme positive, principalement en raison du nombre élevé d'infirmières et du manque de temps.

Ces résultats corroborent les études qui montrent que la présence et le soutien postnatal des infirmières sont bénéfiques dans la transition vers la maternité. Celles-ci décrivent un soutien émotionnel et d'estime, notamment par le renforcement positif, ainsi qu'un soutien informatif cohérent et ouvert pour favoriser le développement du SCM (Aston et al., 2015; Hannon et al., 2022; Chantal Razurel et al., 2011). De plus, ces études

rejoignent nos résultats en reconnaissant l'importance du rôle des infirmières à domicile pour offrir un soutien continu, personnalisé, assuré par des professionnelles de la santé compétentes pour répondre aux préoccupations des femmes.

Les études de Cummins et al. (2020, 2021) insistent également sur la pertinence de la continuité relationnelle dans le soutien en postnatal. Parmi les catégories de soutien identifiées, les dimensions émotionnelle, informationnelle et communautaires, rejoignent les résultats de la présente étude, en permettant d'encourager et de reconforter les femmes sur le plan émotionnel; fournir des informations utiles et de proposer une aide matérielle et pratique. Toutefois, ces auteurs montrent qu'un manque de soutien peut mener certaines femmes à développer des comportements tels qu'un manque de confiance en soi, difficultés liées à l'allaitement, isolement social, stress et anxiété ainsi qu'une dépendance aux conseils non professionnels, ce qui nuit au développement de leur SCM (Cummins et al., 2020; Cummins et al., 2022). Enfin, les résultats de notre étude indiquent que le développement du SCM se construit à travers les différentes activités de soins des infirmières. Ce constat rejoint les résultats d'études antérieures qui décrivent ces activités comme des composantes centrales des soins postnatals offerts aux femmes (Cummins et al., 2020; Daigle, 2019; Symon et al., 2024)

**Planification des soins.** Les résultats de notre étude montrent que les caractéristiques de la planification du séjour à l'hôpital et du retour à domicile semblent influencer positivement ou négativement le SCM. Les participantes ont décrit l'horaire des tournées des infirmières, la planification du congé, le suivi CLSC, le suivi postpartum

ainsi que les ressources suggérées. Dans nos résultats, la planification est perçue soit comme organisée, ce qui favorise leur sentiment de compétence soit comme désorganisée, notamment en raison de délais, d'un manque de coordination des soins ou d'un regroupement insuffisant des interventions, ce qui a un effet négatif sur le développement du SCM.

Les participantes ont unanimement reconnu l'éducation liée à la planification comme un élément facilitateur lorsqu'elle est cohérente et adaptée aux ressources disponibles. Cette cohérence semble contribuer au développement de leur SCM, puisqu'elle clarifie les attentes, réduit l'incertitude et soutient l'autonomie lors du retour à domicile. Ces constats rejoignent l'étude de McCarter et al. (2022), qui souligne l'importance de l'éducation lors de la planification des soins pour renforcer les capacités des femmes en période postnatale précoce.

**Évaluation, dépistage et gestion des complication.** Les résultats de notre étude montrent que les caractéristiques de l'évaluation perçue par les femmes influencent positivement ou négativement le SCM. La majorité des évaluations mentionnées par les participantes portaient principalement sur la dimension physique du postnatal et étaient réalisées de façon systématique. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Daigle (2019) qui souligne que l'évaluation infirmière demeure surtout centrée sur les paramètres biophysiques, alors que la dimension psychosociale demeure sous-évaluée. Or, nos résultats rappellent que l'évaluation du SCM se situe principalement au niveau de la dimension psychosociale. L'étude de Fahey & Shenassa, (2013) portant sur un modèle de

promotion de la santé maternelle met en évidence que les deux préoccupations postnatales des femmes touchent à la fois des aspects physiques (fatigue, douleurs, soins personnels) et psychosociaux (attachement au rôle et au nouveau-né, besoins des nourrissons, image corporelle, perturbations dans les relations conjugales). Ces constats sont corroborés avec nos résultats et soutient l'importance d'évaluations qui intègrent ces deux dimensions afin de favoriser le SCM. L'étude de Badr et al. (2021) appuie également cette perspective en insistant sur la nécessité d'évaluer dès le début du post-partum les symptômes dépressifs et la fatigue étant donné leur impact sur la qualité de vie et par conséquent sur le développement du SCM.

Par ailleurs, nos résultats montrent que certaines participantes ont perçu un écart entre leurs priorités et celles des infirmières en ce qui concerne les activités d'évaluation, de dépistage et de gestion des complications. Ce constat est cohérent avec l'étude de Krishnamurti et al. (2020), qui rapportent eux aussi un écart entre les priorités des femmes et celles des professionnelles de la santé. Dans cette étude, les activités telles que le dépistage de la dépression et la gestion des complications en lien avec la césarienne, prenaient une place importante, tandis que d'autres aspects du postnatal comme l'évaluation du sommeil, la violence conjugale ou la sexualité étaient souvent relégués en raison des contraintes organisationnelles. L'étude de Xiao et al. (2023) portant sur les perceptions et attitudes du personnel obstétrical et des sage-femmes concernant le dépistage des troubles de la santé mentale rapporte l'importance d'un dépistage précoce. Cette étude souligne que, les professionnels de la santé expriment des besoins de soutien pour réaliser ces évaluations, notamment en raison de facteurs organisationnels.

### ***Thème 7 Suivi prénatal***

Les résultats de notre étude démontrent une absence d'infirmières lors des suivis prénatals. Ce résultat va dans le même sens que le rapport du commissaire Robert Salois (2011) sur la performance des services en périnatalité, qui souligne l'importance de l'implication des infirmières dans le suivi prénatal. De plus, d'autres études rappellent que le soutien au développement SCM devrait débuter précocement et ce dès la période prénatale (Mihelic et al., 2017; Nazarenko et al., 2024; Chantal Razurel et al., 2011).

Dans la même perspective, le Plan d'action 2023-2028 en périnatalité (MSSS, 2024), mentionne que plus de la moitié (53 %) des mères primipares estiment ne pas être suffisamment préparées à l'allaitement par les professionnels de la santé ayant assuré leur suivi de grossesse. Ce constat est corroboré par nos résultats, démontrant que l'absence de soutien infirmier en prénatal semble limiter la préparation des femmes et, par conséquent, influencer négativement le développement de leur SCM (Gümüşsoy et al., 2020; Nazarenko et al., 2024).

### ***Thème 8 Postnatal à l'hôpital***

Les résultats de notre étude montrent que plusieurs caractéristiques du modèle de prestation des soins en postnatal à l'hôpital notamment la disponibilité, la charge de travail, l'horaire de travail, la continuité dans la relation, le manque d'uniformité dans la pratique, la durée de séjour et la planification du suivi postnatal, semblent agir soit comme des leviers ou des obstacles sur le développement du SCM. Ces résultats corroborent certaines études sur la qualité des soins et services en périnatalité, qui décrivent ces mêmes

éléments organisationnels comme des facteurs pouvant faciliter ou freiner l'expérience des femmes

En particulier, la revue systématique de Ali et al. 2020 souligne que le modèle en chambre unique (TARP) favorise le développement des compétences maternelles grâce à des soins non fragmentés, un environnement physique non médicalisé, le respect de la vie privée, une meilleure formation des infirmières, une durée de séjour plus courte, un style d'attachement sécurisant et une satisfaction maternelle positive (Cummins et al., 2020; Gaboury et al., 2017; Hall et al., 2019; Handelzalts et al., 2021; Janssen et al., 2001; Janssen et al., 2005; Llapa-Rodriguez et al., 2013; Symon et al., 2018). Malgré tous les avantages de ce modèle, nos résultats démontrent qu'une seule femme a pu en bénéficier et sa perception apparaît cohérente avec les avantages identifiés dans les études.

Le manque de temps des infirmières, rapporté par plusieurs participantes, constitue également un élément organisationnel influençant négativement la relation infirmière-femme. Les études de Schmied et al. (2024) ainsi que d'Anna Frei et Mander (2011) soulignent que le temps consacré par les infirmières aux femmes influence la qualité de la relation et a un impact sur le sentiment de compétence maternelle (SCM). En effet, un manque de temps limite la possibilité d'approfondir cette relation et empêche les femmes d'aborder leur bien-être émotionnel. Schmied et al. (2024) notent également que le temps consacré aux soins et au soutien en allaitement est souvent insuffisant ce qui rejoint les résultats de notre étude. Ces auteurs indiquent que les infirmières ne connaissent pas toujours les femmes qu'elles accompagnent, ce qui contribue un manque de continuité

relationnelle (Anna Frei & Mander, 2011; Schmied et al., 2009). Dans le même sens, l'étude de Xiao et al. 2023 rapporte que le manque de personnel notamment en contexte de pénurie, entraîne une surcharge de travail et réduit le temps disponible pour évaluer la santé mentale ou approfondir les besoins psychosociaux des femmes.

### ***Thème 9 Postnatal à la maison***

Les résultats de notre étude montrent que le CLSC constitue la principale organisation pour le suivi postnatal à domicile effectué par des infirmières. Seule une minorité de participantes ont eu recours à des services communautaires et institutionnels tels qu'Info-Santé ou Nourri-Source pour répondre à des questions ponctuelles ou pour obtenir du soutien en allaitement. Dans notre étude, les participantes ayant reçu la visite de la même infirmière du CLSC ont particulièrement apprécié la continuité relationnelle. Elles ont souligné que cette approche répondait davantage à leurs besoins et préoccupations, grâce à la disponibilité de l'infirmière. Cette continuité semble avoir favorisé un climat de confiance et contribué positivement au développement de leur SCM.

Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Cummins et al. (2020), selon laquelle les femmes se disent généralement plus satisfaites de la continuité relationnelle, car elle répond mieux à leurs besoins immédiats comparativement à l'hôpital. De plus, d'autres études mentionnent que les soins postnatals à domicile sont très utiles puisque les infirmières sont plus susceptibles d'engager des conversations avec les femmes sur leurs besoins sociaux et émotionnels qu'en milieu hospitalier (Cummins et al., 2020; Schmied et al., 2024; Symon et al., 2018).

### ***Thème 10 Satisfaction dans la relation de soins***

Les résultats de notre étude montrent que la satisfaction des femmes dans leur relation avec les infirmières se manifeste par une combinaison d'appréciations positives et négatives. Ces appréciations reflètent leur perception globale de la qualité des soins reçus et semblent influencer le développement de leur SCM.

Les résultats de notre étude démontrent que les participantes ont attribué leur satisfaction ou leur insatisfaction à plusieurs facteurs, notamment l'approche des infirmières, les valeurs perçues dans la relation, les activités de soins (particulièrement l'éducation et le soutien en allaitement), ainsi que le nombre d'infirmières rencontrées et leur disponibilité. Ces résultats corroborent d'autres études sur la satisfaction des soins reçus et de l'approche de la part des infirmières du CLSC et une insatisfaction concernant les lacunes dans les informations obtenues à l'hôpital, la gestion de la douleur post-partum, la coordination de la sortie à l'hôpital et l'accès aux ressources (de Figueiredo Bezerra Lucena et al., 2021; Mangas et al., 2024; Schmied et al., 2024). L'étude de Shi et al. (2024) met en lumière l'existence de profils différenciés de satisfaction postnatale (groupe « facile à satisfaire » et groupe « à demande stricte »). Ce constat aide à nuancer nos résultats en suggérant que les attentes et caractéristiques individuelles des femmes peuvent moduler la façon dont elles perçoivent la relation infirmière-femme et, par conséquent leur SCM.

Pour faire suite à cette discussion des principaux résultats, il est important de présenter les retombées de ceux-ci dans les différents axes de la discipline infirmière et d'avancer quelques recommandations découlant de cette recherche.

### **Les recommandations pour la discipline infirmière**

Le SCM et les cinq axes de la discipline infirmière : Comment, à travers les cinq axes, peut-on développer, améliorer, maintenir, promouvoir et soutenir le SCM de la femme durant la PPNP?

#### ***La pratique***

L'étude met en lumière le vécu expérientiel des femmes avec les infirmières sur le développement de leur SCM durant la période postnatale précoce surtout dans les milieux de soins Québécois. Elle expose ainsi les pratiques infirmières qui semble influencer leur bien-être émotionnel, psychologique et physique durant la période postnatale précoce. Le SCM représente un indicateur de santé psychosociale (Xiao et al., 2023) et comme l'indiquait Daigle, (2019), il s'inscrit principalement dans la dimension psychosociale de l'évaluation infirmière.

À la lumière de ces constats, il serait pertinent de sensibiliser les infirmières aux facteurs qui affectent négativement le développement du SCM chez les femmes primipares, puisque ceux-ci peuvent entraîner des conséquences sur le bien-être, la relation avec leur bébé et le développement de celui-ci (Gümüşsoy et al., 2020). Donc, des ateliers de partages de connaissances entre collègues, des « débriefing » trimestriels

avec l'équipe de soins en lien avec des enjeux spécifiques rencontrés dans la pratique et l'affichage ou l'accessibilité à un modèle de soins sur le développement du SCM. Il apparaît également important d'adopter des stratégies d'intervention ciblées pour répondre aux besoins particuliers des femmes, afin de soutenir le développement d'un SCM optimal (Shi et al., 2024). Par exemple, des entretiens psycho-éducatifs périnatale, l'évaluation du SCM et de la DPP systématique durant la PPNP pour les femmes primipares. Par conséquent, l'actualisation de la pratique des infirmières en périnatalité, en intégrant le développement du sentiment de compétence maternelle, constitue un élément essentiel pour le bien-être et la santé des femmes et de leur famille.

### ***La formation***

Il est nécessaire que les infirmières comprennent le SCM comme un indicateur psychosocial important du bien-être postnatal, afin d'être en mesure de le reconnaître, de l'évaluer et de le soutenir chez les femmes. Par conséquent, il apparaît essentiel d'inclure dans les programmes d'études en soins infirmiers du contenu portant sur les déterminants du SCM, les facteurs qui l'influencent et les approches relationnelles qui le soutiennent afin de former les futures infirmières et les sensibiliser à son importance pour la santé psychosociale des femmes (Abuhammad, 2020). De plus, il est essentiel de former les infirmières sur les différentes approches relationnelles qui favorisent le développement du SCM chez cette clientèle, notamment l'humanisme, l'engagement, et les soins centrés sur la dyade mère-bébé. La formation doit encourager une réflexion sur les valeurs professionnelles qui soutiennent le développement du SCM de même que sur les valeurs

personnelles des infirmières. Enfin, les infirmières en périnatalité devraient être formées aux nouvelles connaissances en neurosciences concernant l'effet de la médicalisation et de la matrescence sur le cerveau de la femme, afin de mieux comprendre les besoins biopsychosociaux des femmes durant la période postnatale précoce.

### ***La recherche***

Du côté de la recherche, il serait pertinent de développer éventuellement des recherches portant des interventions infirmières probantes liées au SMC, ainsi que sur des outils d'évaluation ou des approches novatrices visant à guider les infirmières dans leur relation avec les femmes (Nazarenko et al., 2024). Il serait également pertinent d'initier d'autres recherches au Québec sur les sentiments de compétence parentelle afin d'explorer les facteurs ainsi que ses conséquences à moyen et long terme. En effet, les associations entre le sentiment de compétence et les comportements parentaux sont similaires chez les mères et les pères. Les parents ayant un plus grand sentiment de compétence et de la satisfaction dans leur rôle parental pratiquent des comportements parentaux plus positifs tels que la chaleur, la réactivité et l'implication (Yang et al., 2020). Par ailleurs, les résultats de la présente étude offrent aux infirmières des pistes de réflexion sur leurs approches relationnelles auprès des femmes primipares, lesquelles peuvent parfois nuire au développement du SCM ou, au contraire le soutenir. Les résultats confirment également la pertinence clinique du SCM et permettent une compréhension actualisée et approfondie de son rôle dans le bien-être des mères et des enfants (Albanese et al., 2019).

Les résultats de cette étude confirment la pertinence clinique du SCM et offrent une compréhension actualisée et approfondie de son rôle dans le bien-être des mères et des enfants. Cette étude met en évidence les lacunes persistantes dans les connaissances actuelles, justifiant la poursuite de recherches complémentaires. Les recherches futures devraient examiner des approches éducatives novatrices pour la préparation post-partum pendant la grossesse, ainsi que des programmes ambulatoires visant à combler les lacunes actuelles dans les soins post-partum (Nazarenko et al., 2024).

### ***La gestion***

Au niveau de la gestion, il pourrait y avoir une réorganisation des soins et un entretien pré/postnatal avec des infirmières qualifiées en incluant explicitement le SCM comme priorité pour la femme (Fahey, 2022). Cette réorganisation a été reconnue à l'échelle de la population comme étant nécessaire pour les soins post-partum (Fahey, 2022). Il est essentiel de favoriser un modèle de soins TARP à l'hôpital pour assurer la continuité relationnelle nécessaire en période postnatal, ce qui inclut une formation spécifique pour les infirmières dans ce modèle. Une telle organisation favoriserait une amélioration de la qualité des soins, de la sécurité de la clientèle et leur satisfaction. Les besoins des nouvelles mères sont vastes et varient d'une femme à l'autre, ce qui nécessite une approche globale des soins à la fois complète et agile (Fahey, 2022). Il importe de présenter des stratégies au niveau des fournisseurs pour promouvoir des soins qui suscitent et répondent aux objectifs de soins uniques de cette population (Fahey, 2022).

### *La politique*

Sur le plan des politiques publiques, il apparaît essentiel que les gouvernements et les instances décisionnelles reconnaissent l'impact négatif qu'un mésosystème orienté vers un modèle biomédical interventionniste peut exercer sur le sentiment de compétence maternelle (SCM). Ce modèle organisationnel qui permet encore aujourd'hui que les suivis de grossesse sans facteurs de risque soient réalisés majoritairement par des obstétriciens-gynécologues limite l'accès des femmes à des approches centrées sur la continuité relationnelle et sur les déterminants psychosociaux de la santé maternelle. Or, cette réalité demeure incohérente avec les orientations mêmes des politiques québécoises en périnatalité, qui visent depuis plusieurs années à renforcer la première ligne, notamment en reconnaissant le rôle des infirmières dans le suivi de grossesse (MSSS, 2024). Malgré ces orientations, le système maintient des pratiques qui recentrent les soins vers l'hôpital, ce qui va à l'encontre du modèle souhaité et fragilise la continuité relationnelle pourtant reconnue comme fondamentale pour le bien-être des femmes.

Dans cette perspective, les décideurs doivent être sensibilisés à l'importance du SCM comme déterminant central de la santé maternelle et infantile. Investir dans la promotion du SCM en postnatal en favorisant des modèles d'organisation des soins qui soutiennent la continuité relationnelle peut contribuer à prévenir des problématiques de santé mentale, réduire les coûts à long terme et améliorer de façon durable la santé globale des familles.

Il devient ainsi essentiel d'allouer des ressources à des approches préventives, de soutenir les équipes infirmières dans leur rôle relationnel et d'assurer que les politiques périnatales soient appliquées de manière cohérente avec les principes qu'elles promeuvent. Une meilleure reconnaissance du SCM comme levier de santé publique permettrait d'orienter le système vers des soins plus humains, plus cohérents et plus protecteurs pour les mères, leurs enfants et la société. L'étude de Baldwin (2025) rejoint cette présente étude quant aux retombées sur les politiques, notamment en ce qui concerne l'importance d'adapter les politiques et les pratiques de santé en intégrant les aspects culturels et sociaux pour répondre aux besoins uniques de chaque femme. Le SCM revêt ainsi une importance majeure dans le contexte actuel, où la santé mentale périnatale et la qualité des soins sont des enjeux de santé publique.

### **Les forces et limites de l'étude**

Cette étude présente plusieurs forces contribuant à sa pertinence dans un contexte québécois et francophone. Sa principale force réside dans la richesse des entretiens rendue possible par une approche qualitative descriptive centrée sur le vécu des femmes (Villamin et al., 2025). L'utilisation de questions ouvertes a permis aux participantes d'exprimer librement leur expérience, favorisant une description approfondie et nuancée du SCM. La diversité des participantes constitue également une force, permettant de recueillir différents points de vue et d'expériences, ce qui enrichit la compréhension du phénomène à l'étude. De plus, l'utilisation du cadre conceptuel a soutenu l'organisation et

l'interprétations des données de manière cohérente tout en respectant les principes du devis.

Bien que l'étude inclue dix participantes, l'objectif n'était pas d'obtenir des résultats généralisables, mais plutôt de décrire et de mieux comprendre l'expérience vécue des femmes primipares dans la relation avec les infirmières. Cette taille d'échantillon est cohérente avec le devis choisi et a permis d'atteindre une saturation des données. Pour les futures recherches, il serait pertinent d'explorer également l'expérience des pères en lien avec leur SCP.

### ***Limites***

Le caractère semi-dirigé des entrevues a permis aux femmes d'aborder spontanément certains sujets. Ainsi, certaines participantes ont discuté de thèmes que d'autres n'ont pas mentionné, ce qui ne signifie pas que ces dernières ne l'ont pas vécu. Par exemple, deux femmes ont indiqué que les infirmières les avaient encouragés à changer de position, mais l'absence de cette mention chez les autres participantes ne permet pas de conclure que cela n'est pas arrivé. Elles n'en ont tout simplement pas parler et l'étudiante-chercheuse n'a pas approfondi davantage cet aspect. Cela reflète l'importance subjective de certains éléments par certaines participantes ou leur propre compréhension de la question. La méthode utilisée par le processus itératif permettait cependant d'intégrer sous forme de sous-questions des thèmes soulevés par des participantes précédentes afin d'explorer leur vécu.

### ***Biais***

Au fil des entrevues, il a été constaté que malgré des expériences négatives ou une insatisfaction face à certaines situations, les femmes hésitaient à dire des éléments négatifs sur les infirmières. Plusieurs débutaient par une critique, puis terminaient en nuancant ou en valorisant leur expérience « c'était bien ». Cette tendance s'apparente au biais de désirabilité sociale, particulièrement présent dans les études qualitatives portant sur des expériences sensibles telles que la maternité (Graneheim & Lundman, 2004). Les études démontrent que les femmes vivant de la violence obstétrical et gynécologique n'en prennent pas pleinement conscience (Bowser, D., & Hill, K. 2010). Dans cette étude, les participantes exprimaient un grand respect envers les infirmières et n'osaient pas les critiquer, même en cas d'expérience négative, justifiant ou excusant leurs comportements. Elles tendaient également à normaliser certaines situations pouvant s'apparenter à de la violence obstétricale, comme le non-respect de l'intimité. Pour limiter ce biais, un climat de confiance a été favorisé lors des entretiens, et les participantes ont été rassurées quant à l'absence de bonnes ou de mauvaises réponses ainsi qu'à la confidentialité de leurs propos.

### ***Biais anticipés liés à la méthodologie***

Les devis qualitatifs descriptifs peuvent faire l'objet de certaines critiques méthodologiques, notamment en ce qui concerne la rigueur scientifique et la subjectivité inhérente à l'interprétation des données (Polit & Beck, 2020). Bien que ce devis vise une description fidèle et peu interprétative des phénomènes étudiés, il demeure exposé à un

risque de biais lié à l'intersubjectivité de l'étudiante-chercheuse, laquelle peut influencer la collecte et l'analyse des données par ses valeurs, ses expériences et ses représentations du phénomène à l'étude (Lincoln & Guba, 1985) Afin d'atténuer ce biais, l'étudiante-chercheuse a cherché à rester au plus près du discours des participantes, en utilisant leurs propres mots et en limitant les interprétations théoriques lors de l'analyse. Une posture réflexive a également été adoptée par la tenue d'un journal de bord permettant d'identifier et d'examiner de façon continue ses perceptions, émotions et présupposés tout au long du processus de recherche, conformément aux recommandations de Polit et Beck (2021).

Par ailleurs, le devis qualitatif descriptif peut être exposé à un biais lié à la richesse et au volume des données, qui, combiné à des contraintes de temps et de ressources, peut influencer la profondeur de l'analyse (Miles et al., 2020; Sandelowski, 2000). Afin de soutenir la crédibilité des résultats et d'assurer une saturation adéquate des données, l'échantillon a été limité à dix participantes, incluant l'ajout de deux entretiens supplémentaires pour vérifier la saturation des données (Miles et al., 2020).

## **Conclusion**

En somme, le SCM constitue un déterminant essentiel à considérer durant la période postnatale précoce puisqu'il semble influencer la santé psychologique des femmes primipares et le développement de leur bébé. Par conséquent, les infirmières par leur proximité et leur accompagnement ainsi que le modèle d'organisation des soins, jouent un rôle central dans le développement de ce sentiment chez les femmes. Cette étude a permis de mieux comprendre comment la relation infirmière-femme est perçue comme influençant le développement du SCM, tant à l'hôpital qu'à domicile. Une approche positive centrée sur la femme et son bébé, caractérisée par de l'humanisme (l'écoute, l'encouragement, le respect), du soutien émotionnel et une transmission d'informations claires et cohérentes, ainsi que l'organisation des soins selon le modèle TARP semble favoriser le développement et le soutien du SCM. À l'inverse, le SCM peut être fragilisé par une approche négative des infirmières marquée par des soins déshumanisés, un manque de disponibilité et de continuité dans la relation, des émotions négatives vécues dans l'interaction, des informations contradictoires ou un soutien insuffisant à l'allaitement.

Il apparaît donc pertinent d'intégrer systématiquement l'évaluation du SCM avant la sortie hospitalière et avant la fin de la PPNP, lors de la visite du CLSC, dans les pratiques ou les activités de soins des infirmières. Cette évaluation pourrait être réalisée à l'aide d'outils concis, adaptés et individualisés visant le dépistage, le soutien et/ou l'orientation vers des ressources, afin de sensibiliser les femmes aux effets de ce sentiment sur leur bien-être ainsi que sur la relation avec leur bébé. Une telle démarche contribuerait à améliorer la qualité des soins, à accroître la satisfaction des nouvelles mères et à renforcer

le rôle professionnel et partenarial des infirmières dans l'accompagnement des femmes au cours de leur transition vers la maternité.

*« Soutenir le SCM, c'est renforcer le bien-être des mères, la relation mère-enfant et la qualité des soins. »*

## Références

- Abuhammad, S. (2020). Predictors of maternal parenting self-efficacy for infants and toddlers: A Jordanian study. *PLoS One*, 15(11), e0241585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241585>
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/enquete-canadienne-experience-maternite.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>
- Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health & Development*, 45(3), 333–363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>
- Ali, E., Norris, J. M., Hall, M., & White, D. E. (2020). Single-room maternity care: Systematic review and narrative synthesis. *Nursing Open*, 7(6), 1661–1670. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.586>
- Anna Frei, I., & Mander, R. (2011). The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery*, 27(5), 716–722. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.004>
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E., & Randel, P. (2015). The Power of Relationships: Exploring How Public Health Nurses Support Mothers and Families During Postpartum Home Visits. *Journal of Family Nursing*, 21(1), 11–34. <https://doi.org/10.1177/1074840714561524>

- Athan, A. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1364845>
- Ayers, S., Crawley, R., Webb, R., Button, S., & Thornton, A. (2019). What are women stressed about after birth? *Birth*, 46(4), 678–685. <https://doi.org/10.1111/birt.12455>
- Baldwin, A., Capper, T., & Naughton, S. (2025). My 'normal' isn't your normal...What is maternal wellbeing? A scoping review. *Midwifery*, 141, 104250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104250>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 409–417. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12144>
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., Langius-Eklöf, A., & Hylander, I. (2014). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 57–65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12036>
- Beach Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2017). Early Maternal-Efficacy and Competence in First-Time, Low-Income Mothers. *Comprehensive Child & Adolescent Nursing*, 40(1), 6–28. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1200695>
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., & Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 205.
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>

- Bentley, G., & Zamir, O. (2022). The Role of Maternal Self-efficacy in the Link Between Childhood Maltreatment and Maternal Stress During Transition to Motherhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21/22), NP19576–NP19598. <https://doi.org/10.1177/08862605211042871>
- Benzies, K. M., Gasperowicz, M., Afzal, A., & Loewen, M. (2021). Welcome to Parenthood is associated with reduction of postnatal depressive symptoms during the transition from pregnancy to 6 months postpartum in a community sample: a longitudinal evaluation. *Archives of Women's Mental Health*, 24(3), 493–501. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01083-3>
- Benzonana, P., Epiney, M., & Razurel, C. (2019). Repenser les soins au post-partum : mise en perspective d'un véritable plan périnatal. *Périnatalité*, 11(1), 4–8. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0042>
- Bernard, E., Zakarian, C., Pauly, V., & Riquet, S. (2017). Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynépôle de Marseille. *Santé Publique*, 29(5), 611–622. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0611>
- Blanchet, P. (2009). La réflexivité comme condition et comme objectif d'une recherche scientifique humaine et sociale. *Cahiers de sociolinguistique*, 14, 145. <https://doi.org/10.3917/csl.0901.0145>
- Blavier, A., Fivet, M., Gallo, A., & Wertz, C. (2020). L'influence de l'abus sexuel dans l'enfance sur le sentiment de compétence parentale des mères : analyse qualitative et quantitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(5), 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.004>
- Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246–266. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.022>

- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C., & St-Cyr Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en soins infirmiers*, N° 103(4), 20–28. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0020>
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Glob Qual Nurs Res*, 4, 2333393617742282. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. (2018). *Perinatal nursing standards in Canada*. Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. [https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PERINATAL\\_NURSING\\_STANDARDS\\_IN\\_CANADA.pdf](https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PERINATAL_NURSING_STANDARDS_IN_CANADA.pdf)
- Cantano, V., Dulude, D., Bélanger, C., & Wright, J. (1999). L'adaptation parentale à la venue d'un nouvel enfant: perspectives et prospectives. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40(4), 359–370. <https://doi.org/10.1037/h0092507>
- Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., Skelly, A. C., Hart, E. L., Jorda, K., Davis-O'Reilly, C., Caughey, A. B., & Tilden, E. L. (2024). Respectful Maternity Care : A Systematic Review. *Ann Intern Med*, 177(1), 50–64. <https://doi.org/10.7326/m23-2676>
- Cao, H., Zhou, N., & Leerkes, E. M. (2023). Primiparous mothers' parenting self-efficacy in managing toddler distress: Childhood nonsupportive emotion socialization, adult attachment style, and toddler temperament as antecedents. *Emotion (Washington, D.C.)*, 23(8), 2205–2218. <https://doi.org/10.1037/emo0001233>
- Chavis, L. (2016). Mothering and anxiety: Social support and competence as mitigating factors for first-time mothers. *Social Work in Health Care*, 55(6), 461–480. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1170749>

- Choobdarnezhad, M., Amiri-Farahani, L., & Pezaro, S. (2024). Maternal performance after childbirth and its predictors: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 24(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06412-3>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435–1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Coutinho, E., Amaral, S., Barros de Castro Parreira, M. V., Balula Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2019). Nurses-puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 910–917. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications. <https://books.google.ca/books?id=s4ViswEACAAJ>
- Cummins, A., Coddington, R., Fox, D., & Symon, A. (2020). Exploring the qualities of midwifery-led continuity of care in Australia (MiLCCA) using the quality maternal and newborn care framework. *Women Birth*, 33(2), 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.013>
- Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C., & Baird, K. (2022). Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. *Women Birth*, 35(1), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.006>
- da Silva, L. S. C., Sales, A. P. A., Almeida, R. G. S., Teston, E. F., de Oliveira, D. M., & Santana, L. V. P. S. (2022). Memories of puerperal women about the assistance of nurses during pregnancy and puerperium. *New Trends in Qualitative Research*, 13, Article e701. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e701>
- Daigle, K. (2019). *Co-construire un modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité*. École de santé publique Université de Montréal.

- Davis-Floyd, R., & Laughlin, C. D. (2024). Ritual: What It Is, How It Works, and Why. Dans T. K. Shackelford (Éd.), *Encyclopedia of Religious Psychology and Behavior* (pp. 1–16). Springer Nature Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-38971-9\\_532-1](https://doi.org/10.1007/978-3-031-38971-9_532-1)
- de Figueiredo Bezerra Lucena, R., Adailton da Silva, J., Barbosa Davim, R. M., Pinheiro das Neves, A. N., Benicio Rodrigues, O., & de Cássia de Oliveira, R. (2021). SUCCESSFUL PRACTICES FOR PARTURIENTS REGARDING SATISFACTION IN CHILDBIRTH AND IMMEDIATE PUERPERIUM. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 13(1), 1678–1683. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9416>
- de Jesus Roldão Caetano, A. B., Marques Monteiro Dias Mendes, I. M., & de Aguiar Sá Azeredo Rebelo, Z. (2018). Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 149–159. <https://doi.org/10.12707/RIV17074>
- Dlamini, L. P., Hsu, Y. Y., Shongwe, M. C., Wang, S. T., & Gau, M. L. (2023). Maternal Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Postpartum Depression and Maternal Role Competence: A Cross-Sectional Survey. *J Midwifery Womens Health*, 68(4), 499–506. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13478>
- Dol, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Tomblin Murphy, G., & Campbell-Yeo, M. (2021). Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 48(3), 438–447. <https://doi.org/10.1111/birt.12553>
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, N° 129(2), 18–26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Dore, S. L. (2001). *Development of maternal identity*. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=4ac9e155-b950-380c-aef4-8138a4a3d3d1>. CINAHL Complete.

- Edwards, H., Buisman-Pijlman, F. T. A., Esterman, A., Phillips, C., Orgeig, S., & Gordon, A. (2024). Exogenous oxytocin administered to induce or augment labour is positively associated with quality of observed mother-infant bonding. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, *20*, 100262. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpniec.2024.100262>
- Ennis, L. R. (2014). *Intensive Mothering*  
Revisiting the Issue Today. Dans L. R. Ennis (Éd.), *Intensive Mothering* (pp. 1–24). Demeter Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1rrd8rb.4>
- Esmaelzadeh Saeieh, S. P., Rahimzadeh, M. P., Yazdkhasti, M. P., & Torkashvand, S. M. (2017). *Perceived Social Support and Maternal Competence in Primipara Women during Pregnancy and After Childbirth*. *International journal of community based nursing and midwifery* (Vol. 5, pp. 408–416) Shiraz University of Medical Sciences. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cb4f71b3-6b0a-3456-98cf-ea5d65e9719b>
- Fahey, J. O. (2022). Operationalizing Whole-Person Postpartum Care: Health Care Provider-Level Strategies. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *65*(3), 611–631. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000733>
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *58*(6), 613–621. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- Fasanghari, M., & Keramat, A. (2023). *Investigating the effect of educational interventions on maternal competence: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of education and health promotion* (Vol. 12, pp. 254) Medknow Publications & Media Pvt. Ltd. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_25\\_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_25_23)
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of nursing theories* (3rd). F. A. Davis.

- Fei-Wan, N., Chan, S. W. C., & Holroyd, E. (2011). Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 20(9-10), 1481–1489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03415.x>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation.
- Frese, B. J., & Nguyen, M. H. T. (2022). The Evolution of Maternal Role Attainment: A Theory Analysis. *ANS Adv Nurs Sci*, 45(4), 323–334. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000422>
- Gaboury, J., Capaday, S., Somera, J., & Purden, M. (2017). Effect of the Postpartum Hospital Environment on the Attainment of Mothers' and Fathers' Goals. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.008>
- Gamache, L., Poissant, J., Labadie, J.-F., Jen, Y., & Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des, c. (2016). *Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier*. (pp. 1 ressource en ligne (v, 50 pages)) Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec. [http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageNotice.aspx?idn=83530](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=83530)  
[https://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/notice?id=p::usmarcdef\\_0001189892](https://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/notice?id=p::usmarcdef_0001189892)
- Gayesa, R. T., Ngai, F. W., & Xie, Y. J. (2023). The effects of mHealth interventions on improving institutional delivery and uptake of postnatal care services in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 611. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09581-7>
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2024). The Parenting Sense of Competence scale: Updating a classic. *Child: Care, Health & Development*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/cch.13173>

- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24. <https://doi.org/10.7202/1085561ar>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- 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>
- Gümüşsoy, S., Çelik, N. A., Güner, Ö., Kıratlı, D., Atan, Ş., & Kavlak, O. (2020). Investigation of the Relationship Between Maternal Attachment and Breastfeeding Self-Efficacy and Affecting Factors in Turkish Sample. *J Pediatr Nurs*, 54, e53–e60. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.022>
- Hall, M., Nowell, L., Castrogiovanni, N., Palacios-Derflingher, L., Norris, J. M., & White, D. E. (2019). Healthcare Providers' Perceptions of Single-Room Versus Traditional Maternity Models: A Concurrent Mixed-Methods Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(4). [https://journals.lww.com/jpnnjournal/fulltext/2019/10000/healthcare\\_providers\\_perceptions\\_of\\_single\\_room.8.aspx](https://journals.lww.com/jpnnjournal/fulltext/2019/10000/healthcare_providers_perceptions_of_single_room.8.aspx)
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27(1), 27. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0027>
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Hairston, I. S., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). Attachment Styles and Maternal Sense of Competence: The Moderated-Mediation Effects of Rooming-in and Maternal Psychopathology. *Journal of Child & Family Studies*, 30(10), 2341–2352. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02009-y>

- Hankel, M. A., Kunseler, F. C., & Oosterman, M. (2019). Early Breastfeeding Experiences Predict Maternal Self-Efficacy During the Transition to Parenthood. *Breastfeeding Medicine*, 14(8), 568–574. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0023>
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971–2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>
- Hutchinson, J., & Cassidy, T. (2022). Well-being, self-esteem and body satisfaction in new mothers. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 40(5), 532–546. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1916452>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2023–2024). *Séjours hospitaliers au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-2023-2024>
- ISQ. (2024). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2024*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf>
- Janssen, P. A., Harris, S. J., Soolsma, J., Klein, M. C., & Seymour, L. C. (2001). Single Room Maternity Care: The Nursing Response. *Birth*, 28(3), 173–179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00173.x>
- Janssen, P. A., Keen, L., Soolsma, J., Seymour, L. C., Harris, S. J., Klein, M. C., & Reime, B. (2005). Perinatal nursing education for single-room maternity care: an evaluation of a competency-based model. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 95–101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01014.x>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802\\_8](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8)
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 720–727. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x>

- Khajehei, M., Swain, J. A., & Wen, Y. (2020). Primiparous women's narratives of confidence in the perinatal period. *British Journal of Midwifery*, 28(1), 42–50. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.42>
- Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 496–509. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107004577&lang=fr&site=ehost-live>
- Kuipers, Y. J., Van de Craen, N., Van den Branden, L., & Mestdagh, E. (2024). The midwife's support during transition to motherhood: A modified Delphi study among care providers and childbearing women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(2), 461–475. <https://doi.org/10.1111/scs.13250>
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Pearson Education. <https://books.google.ca/books?id=kUJgOCg1ZcQC>
- Larouche, V., Martel, M. J., & Dufresne, C. (2019). Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. <https://www.oiiq.org/le-soutien-infirmier-pendant-le-travail-et-l-accouchement1>
- Lazarus, K., & Rossouw, T. L. P. (2015). Mother's expectations of parenthood. The impact of prenatal expectations on self-esteem, depression, anxiety and stress post birth. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3, 102–123.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Neron, A., & Laloux, M. (2022). Le modèle de partenariat humaniste en santé.

- Lecordier, D. (2011). Les recherches qualitatives : des méthodes, des postures... pour créer les conditions de la compréhension et l'émergence de sens. *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 4-4. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0004>
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The Development of Maternal Self-Efficacy and Its Impact on Maternal Behavior. *Infancy*, 3(2), 227-247. [https://doi.org/10.1207/s15327078in0302\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327078in0302_7)
- Lemay, C., Gallagher, P. F., Bell, P. L., Courville, P. F., & Dore, P. C. (2009). *La perception des infirmières et des infirmiers de l'Initiative ami des bébés*. Université de Sherbrooke.
- Lenho de Figueiredo Pereira, A., Meneses Ares, L. P., Amaral Prata, J., Progianti, J. M., Cavalcante Lopes, G. C., & Borges da Silva, G. (2024). EXPERIENCES OF HIGH-RISK PARTURIENT WOMEN WITH THE USE OF NON-INVASIVE CARE TECHNOLOGIES. *Texto & Contexto Enfermagem*, 33, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0202en>
- Leonard, K. S., Evans, M. B., Kjerulff, K. H., & Downs, D. S. (2020). Postpartum Perceived Stress Explains the Association between Perceived Social Support and Depressive Symptoms. *Women's Health Issues Paper*, 30(4), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.05.001>
- Li, M., Wacharasin, C., & Tachasuksri, T. (2023). Factors predicting self-efficacy during birth in Chinese women: a cross-sectional study. *British Journal of Midwifery*, 31(7), 396-406. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.7.396>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications. <https://books.google.ca/books?id=2oA9aWlNeooC>
- Llapa-Rodriguez, E. O., da Cunha, S., de Melo Inagaki, A. D., de Mattos, M. C. T., & Freire Abud, A. C. (2013). QUALITY OF POSTPARTUM NURSING CARE IN A MOTHER'S VIEW. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(1), 76-82. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201311>

- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000062>
- Lorén, H., Weineland, S., & Rembeck, G. (2024). Facing a new life-The healthy transition to motherhood: What individual and environmental factors are needed? A phenomenological-hermeneutic study. *Midwifery*, 130, N.PAG–N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103917>
- Loyal, D., Sutter, A.-L., & Rasclé, N. (2021). Changes in mothering ideology after childbirth and maternal mental health in French women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 85(11-12), 625–635. <https://doi.org/10.1007/s11199-021-01242-5>
- Mangas, M., Saggi, N. S., Macias, M. P., Stuebe, A. M., & Tully, K. P. (2024). Birthing parent and companion verbal reactions following interactions with inpatient postpartum health care team members: an observational study using naturalistic filming. *BMC Pregnancy Childbirth*, 24(1), 841. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07067-w>
- Matthies, L. M., Müller, M., Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2020). Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 301(1), 107–117. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>
- McCarter, D., Law, A. A., Cabullo, H., & Pinto, K. (2022). Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 51(4), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.03.002>
- Mercer, R. T. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). *Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy*. *Research in nursing & health* (Vol. 18, pp. 333–343) Wiley. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180407>

- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of Early Parenting Interventions on Parents and Infants: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child & Family Studies*, 26(6), 1507–1526. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0675-y>
- Miles, M. B., Huberman, M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Fourth edition.). SAGE.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Projets immobiliers en obstétrique et en néonatalogie – Orientations cliniques*. Direction santé mère-enfant. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-858-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>
- Monks, D. T., & Palanisamy, A. (2021). Oxytocin: at birth and beyond. A systematic review of the long-term effects of peripartum oxytocin. *Anaesthesia*, 76(11), 1526–1537. <https://doi.org/10.1111/anae.15553>
- Mott, B. (2016). Measurement of Swanson's Theory of Caring Using Primiparous Mothers. *International Journal for Human Caring*, 20(2), 96–101. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-20.2.96>
- Nakamura, Y., Okada, T., Morikawa, M., Yamauchi, A., Sato, M., Ando, M., & Ozaki, N. (2020). Perinatal depression and anxiety of primipara is higher than that of multipara in Japanese women. *Scientific Reports*, 10(1), 17060. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74088-8>
- Nazarenko, D. N., Daniel, A. L., Durfee, S., & Agbemenu, K. (2024). Parent-identified gaps in preparation for the postpartum period in the United States: An integrative review. *Birth*, 51(4), 669–689. <https://doi.org/10.1111/birt.12832>
- Newman, M. A., Smyth, C. M., & Turner, C. (2008). A transformative research methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 369–378. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04604.x>

- Ngai, F., Chan, S. W., & Ip, W. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nursing Research*, 59(3), 185–193. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee>
- Nourizadeh, R., Shamsdanesh, S., Mehrabi, E., Ranjbar, F., Hakimi, S., & Salehi Pourmehr, H. (2023). The Effect of Psychological Interventions on the Anxiety and Breastfeeding Self-Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*, 52(5), 937–949. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i5.12710>
- Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J., & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(3), 302–316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.12.002>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Standards de pratique pour l’infirmière : soins de proximité en périnatalité*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). *Le champ d’exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2145292/Le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres-et-infirmiers-4e-edition.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Recommandations de l’OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale*. <https://www.who.int/fr/publications/b/63299>
- Özcan, E., & Temiz, S. (2025). The impact of nursing care based on transition theory on maternal role performance and parental self-efficacy in primiparous women: a randomized controlled study. *BMC Nursing*, 24(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03054-4>
- Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5e édition). Chenelière éducation.

Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5). chenelière.

Petit-Steeeghs, V., Lips, S. R., Schuitmaker-Warnaar, T. J., & Broerse, J. E. W. (2019). Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery*, 74, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.016>

Pezley, L., Cares, K., Duffecy, J., Koenig, M. D., Maki, P., Odoms-Young, A., Clark Withington, M. H., Lima Oliveira, M., Loiacono, B., Prough, J., Tussing-Humphreys, L., & Buscemi, J. (2022). Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int Breastfeed J*, 17(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00501-9>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer. <https://books.google.ca/books?id=MsoPywEACAAJ>

Pollock, D., Cooper, M., McArthur, A., Barker, T., & Munn, Z. (2021). Women's experiences of their interactions with health care providers during the postnatal period in Australia: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 19(3), 622–628. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00182>

Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PloS one*, 10(4), e0122499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122499>

Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53–70. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1059647ar>

Raphael, D. (1976). *The tender gift: Breastfeeding*. Schocken Books New York.

- Rashidi, M., Maier, E., Dekel, S., Sütterlin, M., Wolf, R. C., Ditzen, B., Grinevich, V., & Herpertz, S. C. (2022). Peripartum effects of synthetic oxytocin: The good, the bad, and the unknown. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *141*, 104859. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104859>
- Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, *106*(3), 47–58. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health*, *57*(2), 154–172. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>
- Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., & Enav, Y. (2024). Supporting the transition to parenthood: A systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. *Patient Education and Counseling*, *120*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, *384*(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)
- Riquet, S., Hinsinger, E., Bernard, E., & Zakarian, C. (2019). Évaluation du stress en post-partum des mères lors de la consultation postnatale. *Périnatalité*, *11*(3), 126–134. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0058>
- Sacks, A. (2017). The birth of a mother. *The New York Times*, 8.
- Sacks, A. (2018). Reframing ‘Mommy Brain.’. *The New York Times*.

- Saeieh, S. E., Rahimzadeh, M., Yazdkhasti, M., & Torkashvand, S. (2017). Perceived Social Support and Maternal Competence in Primipara Women during Pregnancy and After Childbirth. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 5(4), 408–416. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=125564787&lang=fr&site=ehost-live>
- Samdan, G., Reinelt, T., Kiel, N., Mathes, B., & Pauen, S. (2022). Maternal self-efficacy development from pregnancy to 3 months after birth. *Infant Ment Health J*, 43(6), 864–877. <https://doi.org/10.1002/imhj.22018>
- Sánchez-Rodríguez, R., Callahan, S., & Séjourné, N. (2018). L'épuisement des mères de jeunes enfants : une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 28(2), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2017.12.002>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Saravanan, V., Desai, G., & Satyanarayana, V. A. (2023). Antenatal predictors of postnatal maternal attachment and competence after assisted conception—a prospective cohort study in South India. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 549–560. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01340-1>
- Sauls, D. J. (2004). The Labor Support Questionnaire: Development and psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2), 123–132.
- Sauls, D. J. (2004). The Labor Support Questionnaire: Development and Psychometric Analysis. *J Nurs Meas*, (2), 123–132. <https://doi.org/10.1891/jnum.2004.12.2.123>

- Sawyer, A., Kaim, A., Le, H. N., McDonald, D., Mittinty, M., Lynch, J., & Sawyer, M. (2019). The effectiveness of an app-based nurse-moderated program for new mothers with depression and parenting problems (EMUMS Plus): Pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6), Article e13689. <https://doi.org/10.2196/13689>
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2009). A meta-synthesis of women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *JBI Libr Syst Rev*, 7(14), 583–614. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907140-00001>
- Schmied, V., Myers, K., Burns, E., Curry, J., Pangas, J., & Dahlen, H. G. (2024). A mixed methods study of the postnatal care journey from birth to discharge in a maternity service in New South Wales, Australia. *BMC Health Serv Res*, 24(1), 1530. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11995-w>
- Sendas, M. V., & Freitas, M. J. (2024). "The needs of women in the postpartum period: A scoping review." *Midwifery*, 136, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104098>
- Shorey, S., Chan, S. W., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). Predictors of Maternal Parental Self-Efficacy Among Primiparas in the Early Postnatal Period. *West J Nurs Res*, 37(12), 1604–1622. <https://doi.org/10.1177/0193945914537724>
- Shrestha, S., Adachi, K., A Petrini, M., & Shrestha, S. (2019). Maternal Role: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(3), 1742–1751. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.31797.1344>
- Solnes Miltenburg, A., Roggeveen, Y., van Roosmalen, J., & Smith, H. (2017). Factors influencing implementation of interventions to promote birth preparedness and complication readiness. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1448-8>
- Stoodley, C., McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J., & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC Psychol*, 11(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>

- Symon, A., McFadden, A., White, M., Fraser, K., & Cummins, A. (2018). Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study. *PLoS One*, *13*(8), e0200640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200640>
- Symon, A., Mortensen, B., Pripp, A. H., Chhugani, M., Adjorlolo, S., Badzi, C., Kharb, R., Prussing, E., McFadden, A., Gray, N. M., & Cummins, A. (2024). Validating the Quality Maternal and Newborn Care Framework Index: A Global Tool for Quality-of-Care Evaluations. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.12895>
- Talebi, F., Javadifar, N., Simbar, M., Dastoorpoor, M., Shahbazian, N., & Abbaspoor, Z. (2023). *Effect of the Parenting Preparation Program on Maternal Role Competence: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Iranian journal of nursing and midwifery research* (Vol. 28, pp. 384–390) Medknow Publications. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_159\\_22](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_159_22)
- Tenaw, L. A., Ngai, F. W., & Lam, K. (2024). Explore the lived childbirth experiences, challenges following childbirth, and coping strategies of teenage mothers: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery*, *137*, N.PAG–N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104128>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice*. Taylor & Francis. <https://books.google.ca/books?id=sBsFDAAAQBAJ>
- Uvnäs Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Kotlowska, A., Lengler, L., Olza, I., Grylka-Baeschlin, S., Leahy-Warren, P., Hadjigeorgiu, E., Villarme, S., & Dencker, A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS One*, *15*(8), e0235806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235806>
- Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2017). Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *ANS Adv Nurs Sci*, *40*(4), E18–e37. <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000179>

- Villamin, P., Lopez, V., Thapa, D. K., & Cleary, M. (2025). A Worked Example of Qualitative Descriptive Design: A Step-by-Step Guide for Novice and Early Career Researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8), 5181–5195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.16481>
- Walker, S. B., Rossi, D. M., & Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79, 102552. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102552>
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A. M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*, 17, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>
- Williamson, T., Wagstaff, D. L., Goodwin, J., & Smith, N. (2023). Mothering Ideology: A Qualitative Exploration of Mothers' Perceptions of Navigating Motherhood Pressures and Partner Relationships. *Sex Roles*, 88(1-2), 101–117. <https://doi.org/10.1007/s11199-022-01345-7>
- Wong, M. S., Mou, H., & Chien, W. T. (2021). Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 117, 103874. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103874>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- Woon Young, H., Sun Yeob, C., & Hae Jeong, A. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>

- Xiao, X., Ma, H., Zhu, S., Li, Q., & Chen, Y. (2023). The perceptions and attitudes of obstetric staff and midwives towards perinatal mental health disorders screening: a qualitative exploratory study in Shenzhen, China. *BMC Nursing*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01475-7>
- Yang, X., Ke, S., & Gao, L.-L. (2020). Social support, parental role competence and satisfaction among Chinese mothers and fathers in the early postpartum period: A cross-sectional study. *Women & Birth*, 33(3), e280–e285. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.009>
- Zaides, J. A., Shuper Engelhard, E., & Federman, D. (2021). Embodiment during the postpartum period: How bodily experience shapes parent's understanding. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 16(2), 150–165. <https://doi.org/10.1080/17432979.2021.1892826>
- Zhang, X., Kurtz, M., Lee, S.-Y., & Liu, H. (2021). Early Intervention for Preterm Infants and Their Mothers: A Systematic Review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 35(4). [https://journals.lww.com/jpnnjournal/fulltext/2021/10000/early\\_intervention\\_for\\_preterm\\_infants\\_and\\_their.20.aspx](https://journals.lww.com/jpnnjournal/fulltext/2021/10000/early_intervention_for_preterm_infants_and_their.20.aspx)
- Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery*, 62, 151–160. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.005>
- Zhu, J., Ye, Z., Fang, Q., Huang, L., & Zheng, X. (2021). Surveillance of Parenting Outcomes, Mental Health and Social Support for Primiparous Women among the Rural-to-Urban Floating Population. *Healthcare (Basel)*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/healthcare9111516>
- Zhu, Y., Zhou, X., Yin, X., Qiu, L., Sun, N., An, R., & Gong, Y. (2022). Parenting sense of competence and its predictors among primiparous women: a longitudinal study in China. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04881-y>

## **Appendice A**

### **Recrutement des participantes**



## Participant<sup>es</sup> recherchées!

ÉTUDE SUR L'EXPÉRIENCE RELATIONNELLE VÉCUE  
DES FEMMES AVEC LES INFIRMIÈRES DURANT LA  
PÉRIODE POSTNATALE PRÉCOCE.

Pour participer vous devez:

- Avoir 18 ans +
- Être capable de parler et de lire le français
- Être mère pour la première fois (primipare)
- Avoir donné naissance dans un hôpital de la grande région de Montréal dans les deux (2) derniers mois

Critères d'exclusion:

- Femmes suivies par des sages-femmes ayant accouchées dans une maison de naissance ou à domicile.
- Femmes ayant plusieurs enfants (multipares)
- Femmes dont leurs bébés ont séjourné en néonatalogie
- Les femmes ne doivent pas avoir été hospitalisé plus longtemps à cause d'une complication.

LE BUT DE CETTE ÉTUDE EST D'EXPLORER DURANT LA PÉRIODE POSTNATALE PRÉCOCE LE VÉCU DES FEMMES LORS DE LEUR RELATION AVEC LES INFIRMIÈRES EN MILIEU HOSPITALIER ET DE LA PREMIÈRE VISITE DU CLSC DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LE SOUTIEN DE LEUR SENTIMENT DE COMPÉTENCE MATERNELLE.



Nature de la participation:

- Participer à une entrevue virtuelle d'une durée de 90 minutes sur la plateforme Zoom
- Remplir un questionnaire sociodémographique.

Pour participer:

[jeab06@uqo.ca](mailto:jeab06@uqo.ca)

Projet mené par Betty Jean-Gilles, Inf.Clin./Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières sous la direction Karina Daigle PhD, Professeure

## **Appendice B**

### **Formulaire de consentement**



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)  
Comité d'éthique de la recherche

## Formulaire de consentement

### Étudiante chercheuse :

Betty Jean-Gilles  
Université du Québec en Outaouais UQO  
C : [REDACTED]  
T : [REDACTED]

### Directrice de recherche :

Karina Daigle inf. Ph. D.  
Professeure  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais UQO  
5 rue Saint-Joseph, bureau J-3214  
Saint-Jérôme, Qc.  
J7Z 0B7  
C : [karina.daigle@uqo.ca](mailto:karina.daigle@uqo.ca)  
T : 450 530-7616, poste 4118 /1 800 567-1283  
Télécopieur : 819 595-2202

**Titre du projet :** L'expérience relationnelle vécue des femmes avec les infirmières dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce.

Par la présente, nous sollicitons votre participation au projet de recherche en titre dont le but est d'explorer durant la période postnatale précoce le vécu des femmes lors de leur relation avec des infirmières en milieu hospitalier et de la première visite du CLSC dans le développement et le soutien de leur sentiment de compétence maternelle. Ce projet n'est pas financé par aucun organisme.

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- i) Recueillir des données qualitatives sur le vécu expérientiel des femmes dans la relation avec les infirmières en postnatale précoce.
- ii) Analyser ces données afin de comprendre l'effet de la relation avec les infirmières sur le développement du sentiment de compétence maternelle des femmes.
- iii) Proposer des recommandations sur l'amélioration de la qualité de la relation femme-infirmière durant la période postnatale précoce aux infirmières œuvrant dans ce domaine.

Vous êtes invitée à collaborer à un projet de recherche qui consistera à répondre à plusieurs questions sous forme d'entrevue individuelle, d'une durée de **90 minutes**. Le but de cette entrevue est de savoir votre expérience de la relation que vous avez eu durant votre séjour à l'hôpital et à la maison avec vos infirmières en lien avec votre sentiment de compétence maternelle. Une seule entrevue est prévue d'une durée de **90 minutes**. Elle sera réalisée en mode virtuel avec la plateforme Zoom et enregistrée en audio et vidéo. Elle se tiendra au moment de votre choix selon vos disponibilités. Bien que les participantes soient invitées à répondre à toutes les questions, elles demeurent libres de répondre ou non à chacune d'elles. Il se pourrait que l'on vous appelle au téléphone encore une fois après l'entrevue dans le but de vous faire confirmer ou préciser certaines réponses aux questions posées durant l'entrevue.

Pour l'entrevue sur Zoom, la garantie de la confidentialité des données partagées sera assurée à la condition que vous mettiez en place des mesures physiques pour favoriser un environnement privé durant votre entrevue. Les informations recueillies lors de la collecte de données : prise de notes dans le journal de bord numérique, les enregistrements audio et vidéo Zoom pour les transcriptions verbatim, la consignation des renseignements personnels ainsi que les données sociodémographiques seront consignées dans des fichiers électroniques sur l'ordinateur personnel de l'étudiante chercheuse protégé par un mot de passe. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Pour ce faire, un code numérique associé avec nom fictif vous correspondant sera attribué au fichier audio au début de l'entrevue. Lors de la publication des résultats, votre nom fictif sera utilisé lors de la citation de verbatim au besoin. Les mesures de conversation des données contenant les renseignements personnels identificatoires des participantes (nom, numéros de téléphone, et autres) seront conservées dans un fichier numérique sur une clé USB gardée sous clé dans le bureau de l'étudiante chercheuse. Seule l'étudiante chercheuse aura accès au mot de passe. Les enregistrements des entrevues seront détruits une fois les retranscriptions terminées. Vous aurez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et de les faire rectifier au besoin en faisant la demande par téléphone à l'étudiante chercheuse.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire, dans des revues scientifiques et/ou de communications orales scientifiques dans lesquelles aucune participante ne pourra être identifiée ou reconnue. Les données recueillies seront conservées et seront sauvegardées de manière sécurisée sur un serveur sécurisé et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche. Elles seront détruites dans sept ans (7).

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Vous devez alors en faire part à l'étudiante chercheuse à l'aide des coordonnées fournies plus bas. Les données vous concernant seront alors détruites. Il y a un risque supérieur à minimal d'éprouver de la détresse psychologique en cours d'entrevue associés à votre participation sont plus que minimaux. Le principal inconvénient est le temps consacré à l'étude. Le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. De reconnaître les expériences des femmes durant la relation avec les infirmières permettra de développer des stratégies pour faciliter cette relation durant cette transition en renforçant le sentiment de compétence maternelle chez les femmes. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Betty Jean-Gilles Étudiante chercheuse au (514) 290-8446 ou à l'adresse courriel suivante: [jeab06@uqo.ca](mailto:jeab06@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec **André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au 819 595-3900, poste, 1781.**

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

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

et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

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

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

**CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :**

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Signature du participant : \_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'étudiante chercheuse : Betty Jean-Gilles

Signature : *BettyJeanGilles inf étud maîtrise*

Date : 2022-03-09

Nom de la directrice de recherche : Karina Daigle Date : \_

2022-03-03

Signature: \_\_\_\_\_

*[Signature]* Ph.D

## **Appendice C**

### **Questionnaire sociodémographique et obstétricale**

## Questionnaire sociodémographique/obstétricales

### Données sociodémographiques

Quel est votre âge? \_\_\_\_\_

Quelle est votre langue maternelle

- Français
- Anglais
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

Quel est votre pays de naissance :

- Canada
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

Si vous êtes née à l'extérieur du Canada, depuis combien d'années vivez-vous au Canada? \_\_\_\_\_

**À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- Blanc/ caucasien
- Latino / Hispanique
- Moyen-Orient
- Iles du Pacifique
- Noir (ex., Haïtien, Africain, Jamaïcain, Somalien)
- Asiatique (ex., Chinois, Japonais, Vietnamien)
- Natif/ Première nation/ Métis
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

**Quel est le plus haut degré de scolarité que vous avez complété?**

- Secondaire non complété
- Secondaire
- Collégial
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Postdoctorat
- Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

**Quelle est votre état civil ?**

- Mariée
- Célibataire
- Conjoint de fait
- Autres

**Habitez-vous actuellement avec le père biologique de l'enfant ?**

- Oui  
 Non

Si oui, depuis combien de temps êtes-vous en couple ? \_\_\_\_\_

**Quelle est votre occupation ?** \_\_\_\_\_

**Quel a été votre statut d'emploi durant la grossesse ?** \_\_\_\_\_

**Dans quelle ville habitez-vous ?** \_\_\_\_\_

**Est-ce que d'autres personnes vivent avec vous?**

- Oui  
 Non

Si oui, spécifiez qui: \_\_\_\_\_

**Combien de personnes avez-vous près de chez vous sur lesquelles vous pouvez facilement compter pour obtenir de l'aide en cas de difficulté, comme veiller sur les enfants ou les animaux de compagnie, conduire à l'hôpital ou au magasin, ou vous aider lorsque vous êtes malade ?** \_\_\_\_\_

0 = 0

1 = 1

2 = 2 à 5

3 = 6 à 10

**Quel est votre revenu familial annuel?** \_\_\_\_\_

### Données obstétricales

**Avez- vous des problèmes de santé connus?** \_\_\_\_\_

**Combien de grossesse avez-vous eu?** \_\_\_\_\_

**Combien d'enfants avez-vous?** \_\_\_\_\_

**Âge de chacun de vos enfants :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**À combien de semaine de grossesse vous avez accouché?** \_\_\_\_\_

**Indiquez où la naissance a eu lieu en nommant le nom de l'établissement.** \_\_\_\_\_

**Quel type d'accouchement?**

- Vaginal spontané
- Vaginal avec induction
- Vaginal avec épidural
- Vaginal avec instrument forceps ou ventouse
- Césarienne

**Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance?**

- Oui
- Non

**Avez- vous expérimenté des problèmes prénataux ou durant l'accouchement? Si oui lesquels?** \_\_\_\_\_

- Oui
- Non

**Est-ce que votre nouveau-né a présenté un problème suivant la naissance ?**

- Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Non

**Quel est le mode d'alimentation de votre bébé ?** \_\_\_\_\_

**Est- qu'une ou des personnes significatives s'est bien impliquée dans le projet de naissance avec vous ? Si oui quel était cette ou ces personnes ?**

- Oui
- Non

## **Appendice D**

### **Guide d'entrevue**

## **Guide d'entrevue**

Ce guide d'entrevue sert à collecter des données qualitatives sur la façon dont les mères ont vécu leur relation avec les infirmières dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce. Dans le milieu hospitalier et lors de la visite de l'infirmière du CLSC.

Des entrevues semi-directives en profondeur seront réalisées pour recueillir des données à l'aide de questions ouvertes sous les thèmes entourant le sentiment de compétence parentale et la relation infirmière -femme selon la recension des écrits. Le cadre de référence pour diriger l'entrevue et analyser les données sera le modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en maternité. Le cadre conceptuel favorisant un modèle de continuité des soins en maternité basé sur un partenariat relationnel entre les infirmières/sage-femmes et les femmes Daigle, K. (2019).

### ***Rappel du consentement***

***Avant de débiter l'entrevue, un rappel des points principaux du formulaire de consentement sera fait : concernant l'objectif, la durée, la confidentialité, les risques et les moyens de les réduire.***

***Même si elles sont invitées à répondre à toutes les questions, les participantes peuvent refuser de répondre à une question en « passant à une autre question sans répondre ».***

### **Thème I : Composante philosophie**

**Question 1 :** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment étaient-elles dans leur approche dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ? La façon, la manière dont les infirmières étaient avec vous)*

**Question 2:** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles répondu à vos besoins et préoccupations dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Probe : soins holistiques : besoins biopsychosociaux, culturels et spirituels**

### **Thème II : Composante valeur**

**Question 3:** *Lors de votre relation avec les infirmières, quelles sont les valeurs qu'elles ont démontrées dans leur approche dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

### **Thème III : Composante organisation des soins**

**Question 4** *Comment les soins et services en maternité étaient organisés dans le cadre de votre suivi postnatal dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Question 5 :** *Comment les soins offerts par les infirmières étaient organisés dans le cadre de votre suivi postnatal dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

## **Thème IV : Composante catégories des pratiques**

### ***Éducation***

**Question 6** : *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles enseignées l'information (conseils) dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

### **Probe : soutien informatif, cohérence des informations**

### ***Évaluation***

**Question 7** : *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles évalué et surveillé votre état de santé de vous et de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

### ***Dépistage***

**Question 8** : *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles effectué le dépistage de situation à risque en lien avec votre état de santé et de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère?*

*(Dépistage pour prévenir les complications)*

### ***Planification***

**Question 9** : *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles planifié vos soins et ceux de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ? (Planifier pour le retour à la maison ou durant le séjour)*

### ***Promotion de la physiologie***

**Question :10** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles respectés la normalité du processus dans votre accouchement, d'allaitement, dans vos soins et ceux de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ? (Promouvoir tout ce qui est supposé être fait pour respecter la physiologie, ce qui est considéré normal et naturel pour favoriser le processus)*

### ***Gestion complication***

**Question 11:** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles effectué votre suivi lors de complications (s'il y a lieu) de votre état de santé et/ou de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ? (Complication= ce qui n'est pas normal, qui arrive en cours de route, comment cela été géré?)*

## **Thème V : Composante fournisseurs de soins**

**Question 12:** *Lors de votre relation avec les infirmières, quels sont les compétences qu'elles ont démontrés dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Question 13:** *Lors de votre relation avec les infirmières, quels sont les compétences qu'elles n'ont pas démontrés dans le but de vous soutenir dans le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Question 14:** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment réagissaient-elles lorsque vous preniez soin de vous et de votre bébé dans le but de vous soutenir dans le*

développement de vos compétences de nouvelle mère ?? (Comment réagissait-elle lorsque vous preniez soin de votre bébé)

**Probe : participation aux soins, sensibilité maternelle (encouragement ou critique)**

***Partenariat relationnel***

***Information :***

**Questions 15 :** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment vous ont-elles transmis (communiqué) de l'information dans le but de soutenir le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

***Consultation :***

**Questions 16 :** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment vous ont-elles consultés sur vos questions dans le but de soutenir le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

***Collaboration***

**Question 17 :** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment vous ont-elles motivé pour partager votre vécu et vos préférences dans le but de soutenir le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Co-construction**

**Question 18 :** *Lors de votre relation avec les infirmières, comment ont-elles échangé avec vous lors de vos décisions (choix) informées dans le but de soutenir le développement de vos compétences de nouvelle mère ?*

**Thème VI : Composante finalités**

**Question 19** : *En repensant à votre expérience, est-ce que votre relation avec les infirmières durant votre période postnatale vous a aidé à atteindre vos compétences comme nouvelle mère? Si oui pourquoi? Si non pourquoi?*

## **Appendice E**

### **Codebook/Arborescence**

## Comment la relation infirmière-femme développe le sentiment de compétence maternelle de la femme en postnatale précoce?

### Codebook/Arborescence

Nom	Description
<b><u>1. Femme</u></b>	Une personne unique, individuelle et holistique dans ses besoins physique, mental, social et spirituel. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et valorisés afin que se développent ses compétences d'autosoins. Elle manifeste progressivement ses habiletés à co-construire son expérience de soins par des choix libres et éclairés en conformité avec son projet de maternité. (Daigle,2019)
<b><u>1.1 Émotions</u></b>	La femme exprime ses sentiments, Ce qu'elle ressent et la façon dont elle vit des émotions. Tout expression de sentiments.
<u>Émotions positives</u>	Joie, contente, heureuse, rire
<u>Émotions négatives</u>	Tristesse, pleurs, colère
Sentiment d'être compétente <b><u>(Femme et Finalité)</u></b>	La femme dit se sentir compétente ou incompétente ou synonyme comme bonne, pas bonne, en confiance, pas en confiance
<u>Pères (émotions)</u>	La femme mentionne l'inclusion des pères dans l'enseignement et les soins du n-né par l'infirmière. Tout ce que fait, dit le père. Lorsque la femme mentionne toute interaction avec le père (son attitude, comportement, sentiment, inquiétudes, questionnements  Émotion du conjoint La femme raconte l'émotion de son conjoint par rapport à une situation, la femme décrit comment son conjoint à gérer une situation ou comment il s'est senti face à une situation.
<b><u>1.2 Adaptation</u></b>	La femme mentionne les difficultés reliées à l'adaptation de sa nouvelle vie, des difficultés reliées à la transition vers la maternité en lien avec le nouveau-né. Il peut y avoir différentes situations dont la mère doit s'adapter.

Difficultés liées à la mère	Coder lorsque la femme mentionne avoir rencontré des difficultés, soit dans l'adaptation avec le nouveau-né, dans les soins en général, dans la relation avec l'infirmière.
Difficultés liées au nouveau-né	Coder lorsque la femme raconte les problèmes d'adaptation ou de santé du nouveau-né (problème physiologique ou médical, difficultés d'allaitement)
Savoirs expérientiels femme	La femme mentionne son expérience, ses connaissances, ses croyances, ses habiletés qui lui permettent
Culture	La femme mentionne sa perception de la relation avec les inf. en lien avec l'ethnie, les croyances religieuses, les croyances culturelles, les mythes
Réseau social	La femme spécifie son réseau soutien (famille, amis, collègue, personnes significatives) (qui l'informent, l'encouragent ou qui l'aident)
Autogestion	La femme mentionne son autonomie, lorsqu'elle a eu de l'information par les inf. ou par elle-même et s'occupe de sa santé physique, sociale, spirituelle.
<b>2.Relation infirmière-femme</b>	Elle renvoie à la relation de soins continue dans le temps, fondé sur les interactions entre la femme et l'infirmière.
<b>2.1 Valeurs</b>	La femme mentionne dans la relation avec l'inf. sa perception des valeurs de celle-ci comme de respect, écoute, réponse aux besoins, implication.
<b>2.1Approche des infirmières</b>	La femme mentionne sa perception de l'attitude et comportements des infirmières auprès d'elle. La manière dont l'infirmière rentre en relation avec la femme concernant les activités de soins de l'inf.
Approche negative	La femme mentionne que l'approche de l'inf. est perçue de façon négative. Les propos utilisent des termes négatifs qui décrivent les caractéristiques de l'approche de l'inf. et démontrent une insatisfaction, une déception, un reproche ou critique. La femme peut sembler se "resigner".

Approche négative	La femme mentionne que l'approche de l'inf. est perçue de façon négative. Les propos utilisent des termes négatifs qui décrivent les caractéristiques de l'approche de l'inf. et démontrent une insatisfaction, une déception, un reproche ou critique. La femme peut sembler se "resigner".
Approche positive	La femme mentionne que l'approche de l'inf. est perçue de façon positive. Les propos utilisent des termes positifs qui décrivent les caractéristiques de l'approche de l'inf. et démontrent une appréciation et support.
Temps	La femme fait référence à l'espace-temps, le temps que l'infirmière prend avec elle dans la relation ou pas.
Bébé au centre des soins	La femme mentionne que les inf. étaient plus focussées sur le bébé en les délaissant. Les inf. favorisent, privilégient les soins du n-né.
Compétences des infirmières	La femme rapporte les caractéristiques considérant que l'infirmière est compétente ou pas, comme professionnelle, le savoir, le savoir-faire, le savoir-être
<b><u>Partenariat</u></b>	Évolue selon quatre dimensions d'engagement : information, consultation, collaboration et co-construction
Préparation à la naissance	La femme mentionne s'être préparée pour la naissance ou pas. <b>S'informer</b> : La femme lit ou reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal
Préparation à la parentalité	La femme mentionne s'être préparé ou pas pour la parentalité et encouragé par l'inf ou pas dans la transition vers la parentalité <b>S'informer</b> : La femme lit ou reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal
Questions de la femme	La femme raconte qu'elle a posé des questions sur sa grossesse, son accouchement et son postnatal.
Choix	La femme mentionne avoir reçu des infos ou des propositions médicales et fait ses choix. Elle prend ses décisions. Elle mentionne qu'elle a pu choisir ou pas. Elle mentionne également qu'elle avait déjà fait ses choix.

Collaboration	La femme explique que les infirmières l'ont encouragé à collaborer en exprimant ses besoins, ses préférences, ses choix et son vécu expérientiel sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal.
<b>3. Organisation</b>	Les soins doivent être disponibles, accessibles, acceptables, avoir de ressources suffisantes et du personnel compétent. La continuité des soins est nécessaire ainsi que l'intégration des services communautaires et institutionnels (Daigle, 2019)
<b>3.1 Fournisseur de soins</b>	Renvoie aux professionnels de la santé avec lesquels l'infirmière collabore. Ces fournisseurs doivent combiner compétences cliniques, qualités interpersonnelles et une sensibilité culturelle
Infirmières Clinique	La femme parle des infirmières qui ne travaillent pas à l'hôpital ni au CLSC. Infirmières qui travaillent en clinique pré-natale ou post-natale.
Infirmière accouchement	La femme discute de l'infirmière de la salle d'accouchement et elle fait la différence celle du postpartum dans leur approche. Lorsque la femme parle de l'infirmière en salle d'accouchement dans la relation.
Infirmière CLSC	La femme parle du rôle de l'infirmière CLSC. Tout ce que l'infirmière du CLSC fait pour soutenir la femme. Lorsque la femme parle de l'inf du CLSC dans la relation.
Infirmière en formation	La femme parle des infirmières en formation, des stagiaires (étudiantes), nouvelles infirmières.
Infirmière générale	La femme parle des infirmières en général sans préciser de quel type infirmière qu'elle parle.
Infirmière hôpital- Postpartum	La femme parle du rôle de l'infirmière en postpartum, Ce que l'infirmière à l'hôpital fait ou dit. Lorsque la femme parle des inf. du pp dans la relation.
Conseillère en allaitement	La femme indique avoir reçu des soins de la part de l'infirmière spécialisé en allaitement, tout ce qui fait référence à elle.

Infirmières auxiliaires	La femme parle des infirmières auxiliaires dans son discours.
Médecins	La femme parle de tout ce qui concerne le suivi médical et les interventions faites par des médecins, l'approche utilisée et les informations reçues par les médecins en général (gynéco, pédiatre, omni, résidents)
Inhalothérapeute	La femme mentionne la présence d'une inhalo ou fait référence à une inhalo.
<b><u>3.2 Catégorie de pratique</u></b>	Décrit le contenu des activités de soins de l'inf comprend cinq sous-catégories: Éducation, évaluation planification, promotion de la physiologie, dépistage, gestion des complications, ajout soutien en continu.
<b><u>Informations/ Éducation</u></b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins d'Éducation. Elle raconte toutes les informations, enseignements, conseils reçus durant la période prénatale précoce par les infirmières et autres professionnelles.
Discours différents des infirmières ( <b><u>Éducation</u></b> )	La femme raconte tous les discours (enseignement, conseils, recommandations, soins) contradictoires des inf ou autres professionnels qu'elle a reçus.
<b><u>Évaluation</u></b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf dans le cadre des activités de soins d'évaluation lorsqu'elle est auprès d'elle, fait des interventions, évalue une situation ou une problématique.
<b><u>Planification</u></b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf dans le cadre des activités de soins de planification Elle mentionne le déroulement (l'organisation) de son séjour en lien avec les activités de l'infirmière, le déroulement du congé et le suivi post-natal
<b><u>Complications</u></b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins lors de complications  La femme mentionne les problèmes de santé ou d'adaptation liés au n-n ou à elle durant la période postnatale précoce. Événement anormal ou +/- normale qui nécessite intervention ou d'être rassurée

<b>Complications</b>	<p>La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins lors de complications</p> <p>La femme mentionne les problèmes de santé ou d'adaptation liés au n-n ou à elle durant la période postnatale précoce. Événement anormal ou +/- normale qui nécessite intervention ou d'être rassurée</p>
<b>Dépistage</b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins de dépistage par exemple prise de sang, jaunisse, dépression postpartum etc.
<b>Soutien</b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins de soutien. La femme mentionne que l'infirmière voulait aider, fait référence au soutien que l'infirmière lui apporte, la femme mentionne également être rassurée.
manque de Soutien	La femme mentionne que l'infirmière était non-aidante, qu'elle n'était pas soutenue ou pas rassurée.
<b>Promotion physiologie</b>	La femme mentionne la relation qu'elle a eu avec les inf. dans le cadre des activités de soins de promotion de la physiologie. Elle raconte comment l'infirmière promeut tout ce qui est normal et naturel dans le processus de naissance ou pas (accouchement, peau-à-peau, allaitement nouveau-né-
Allaitement	La femme raconte son expérience d'allaitement, les difficultés, les enseignements, les professionnels. Lorsque la femme parle d'allaiter son bébé.
Lait commercial	La femme parle de nourrir son bébé avec lait commercial au biberon ou parle du biberon
Pleurs	La femme mentionne que le bébé pleure.
<b>3.3 Modalités de l'organisation</b>	La femme mentionne comment l'organisation fonctionne, ...
Différentes infirmières	La femme mentionne le nombre d'infirmières qui a été en contact avec elle lors de son séjour à l'hôpital ou des visites à la maison et son effet sur elle.

Continuité dans la relation	La femme explique sa relation avec les inf. dans le temps : le développement d'un lien avec l'inf. (ce qui favorise le lien ou pas) (positif /négatif)
Durée de séjour	La femme mentionne le nombre de jour qu'elle est demeurée à l'hôpital.
Nombre de visites	La femme nomme le nombre de fois qu'elle a vu l'infirmière du CLSC ou une réadmission à l'hôpital.
Ressources	La femme nomme les références, l'aide reçue ou proposée, le soutien des organismes communautaires.
<b>4.Finalité</b>	Représente le but, l'objectif des soins, des soins qui vont prévenir: (la satisfaction des femmes, le bien-être, l'autogestion, l'attachement,
Appréciation (satisfaction) ou Expérience positive	La femme mentionne sa satisfaction par rapport aux soins et à la relation, Lorsqu'elle mentionne clairement qu'elle apprécie, satisfaite, que c'est bien ou qu'elle a aimé quelque chose dans la relation.
Appréciation négative	

## **Appendice F**

**Un exemple de tableau d'un des thèmes principaux**

Thème Approche/philosophie (10/149)	<u>Perception de l'attitude et comportement</u> de l'inf. lors de la relation inf-femme		Citations
ST : Type d'approche et définition	Approche <i>Positive</i> (10/110) Nommée par les femmes	Approche <i>Négative</i> (9/77) Nommée par les femmes	Positives et négatives
<p><b>ST1: Approche Humanisme:</b> Lorsque la femme mentionne une approche humaine ou non humaine lors de la relation. L'inf démontre des valeurs humaines en ayant une ouverture envers la femme.</p> <p><u>Attitude et comportement</u> = synonyme. Manière d'être qui manifeste certains sentiments; comportement. Posture— » se comporter <b>Les attitudes guident le comportement de l'inf.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourageante (8/14)</li> <li>• Respectueuse (7/18)</li> <li>• Gentille (6/17)</li> <li>• Présente (6/8)</li> <li>• À l'écoute (5/17)</li> <li>• Aidante (5/17)</li> <li>• Humaine (4/5)</li> <li>• Patiente (3/6)</li> <li>• Empathique (3/5)</li> <li>• Chaleureuse (3/3)</li> <li>• Créer relation (3/4)</li> <li>• Pas intrusive (3/4)</li> <li>• Rassurante (2/10)</li> <li>• Ouverte (2/2)</li> <li>• Douce (1/4)</li> <li>• Attentionnée (2/2)</li> <li>• Personnalisée (1/1)</li> <li>• <b>Implication famille (1/1)</b></li> <li>• Personne attirée (1/1)</li> <li>• Pas garocher (1/2)</li> <li>• Complet (1/1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'écoute (3/5)</li> <li>• Raide (2/8)</li> <li>• Froide (2/2)</li> <li>• Sec (1/3)</li> <li>• Bête (1/1)</li> <li>• Distante (1/1)</li> <li>• Brusque (2/4)</li> <li>• Manque de douceur (1/1)</li> <li>• Pas douceur (1/1)</li> <li>• Pas gentille (1/4)</li> <li>• Jugement (2/3)</li> <li>• Moins présente (2/2)</li> <li>• Pas jovial (1/1)</li> <li>• Manque d'empathie (1/1)</li> <li>• Expéditive (4/10)</li> <li>• Pressée (4/4)</li> <li>• Manque relationnel (3/4)</li> <li>• Garoché (1/2)</li> <li>• Mettre pression (1/1)</li> <li>• Suivi moins personnalisé (2/3)</li> <li>• Moins respectueuse (1/3)</li> </ul>	<p><b>Positive</b> <b>Participante6</b> : <i>Fait que tu sais souvent, ils m'ont dit Ah ouais, t'as vraiment une bonne prise, tu sais comment le mettre dans sa bouche. Euh, euh quand j'ai, mettons poussés, là ils me disaient que je poussais vraiment bien. Tu sais, je savais comment euh, tu sais, ils étaient beaucoup dans le féliciter puis t'encourager. Puis pas de poussée, c'était vraiment très bien.</i></p> <p><b>Négative</b> <b>Participante2</b> : <i>Puis je sentais qu'ils voulaient pas nécessairement m'écouter, parce que j'avais vraiment beaucoup mal. Pis je voulais d'autres d'autres alternatives parce que je voulais pas prendre de médicaments. Je ne voulais pas prendre la péridurale.</i></p>

<p><b>ST2 : Engagement</b></p> <p>Lorsque l'inf s'implique pleinement dans la relation avec la femme en faisant participer la femme et le père. Présence d'une bonne collaboration</p> <p>Il correspond à l'engagement entre la femme et l'infirmière dans leurs interactions selon 4 quatre dimensions : information, Consultation, collaboration et co-construction.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactive (2/2)</li> <li>• Motivante (3/3)</li> <li>• Remplie d'initiative (1/1) (<b>Compétente au niveau leadership</b>)</li> <li>• Prendre à cœur (1/1)</li> <li>• Impliquée (2/3)</li> <li>• Dévouement (2/3)</li> <li>• Vocation (1/1)</li> <li>• Encadrante (1/1)</li> <li>• Échange facile (1/2)</li> <li>• En profondeur (1/2) (inf veut créer relation selon ma perception du discours de la femme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne partage pas (1/2)</li> </ul>	<p><b>Positive</b></p> <p><b>Participante0</b> : Comme je disais tantôt, elle était super fine, elle est restée longtemps avec nous pour nous aider, nous expliquer, elle a cherché des solutions tsé C'est elle qui a appelé la conseillère en lactation pour le lendemain matin qui nous a vraiment beaucoup aidé, fait que... elle a été vraiment proactive.</p> <p><b>Négative :</b></p> <p><b>Participante1</b> : On a été là 24h, pis ça, ça me dit rien d'avoir eu des...d'avoir été sollicités à m'exprimer plus que.</p> <p>Cocher puis répondre vraiment à toutes les toutes les formations, toutes les informations à recevoir.</p>
<p><b>ST3 : Compétence</b></p> <p>La perception de la femme sur les compétences démontrées par l'inf. concernant son savoir, savoir-être et savoir-faire lors de la relation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à l'aise (5/6)</li> <li>• Coach soutien (2/2)</li> <li>• Anecdotes personnelles (1/1)</li> <li>• Expérimentée (1/1)</li> <li>• Vulgarisée (1/1)</li> <li>• Professionnelle</li> <li>• Collaboratrice (1/1)</li> <li>• Sens de l'organisation (1/1)</li> <li>• Assidue (1/1)</li> <li>• Suivi rigoureux (1/1)</li> <li>• Reconnaître ses torts (1/1) (<b>pratique réflexive</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience personnelle (3/6)</li> <li>• Priorité divergent (2/2)</li> <li>• Pas beaucoup d'infos (3/9)</li> <li>• Prise en charge catastrophique (2/3)</li> <li>• Manque de professionnalisme (1/1)</li> <li>• Manque d'expérience professionnelle (1/2)</li> </ul>	<p><b>Positive</b></p> <p><b>Participante-8</b> : Ils étaient très respectueux, genre à l'aise... ils te mettent à l'aise. Euh, ils te mettent en confiance aussi genre... parce que tu vois qu'ils connaissent leur job, ils te disent comment placer bébé, comment allaiter, tu sais, j'ai appris des choses en 3 jours, j'ai appris beaucoup de choses-là. Donc euh, 100% euh l'approche.</p> <p><b>Négative</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumentation (1/1) (leadership (<b>compétitif, confrontation</b>))</li> <li>• Approche familière (2/4)</li> <li>• Manque d'assurance (1/1)</li> </ul>	<p><i><b>Participante7</b> : C'est juste des p'tites affaires que tout le monde fait différemment pour X raison admettons-là. Tu sais, ils parlaient beaucoup de leur expérience, pas en tant qu'infirmière, mais en tant que maman aussi. Ça, des fois, ça me mélangeait un peu plus de qu'est-ce que je devais faire là. Admettons là, vu que tout le monde disait des affaires différentes.</i></p>
--	--	---	--

<p><b>Personnalité ou caractéristiques de l'inf (SAVOIR-ÊTRE) (Qualité Interpersonnelle)</b></p> <p>Lorsque la femme donne des caractéristiques tels que qualités /défauts interpersonnels ou des traits de personnalité de l'inf durant la relation. La <b>manière d'être</b> de l'inf, sa philosophie personnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calme (2/2)</li> <li>• Sagesse (2/2)</li> <li>• Amicale (1/1)</li> <li>• Funny (1/1)</li> <li>• Fièrè (1/1)</li> <li>• Convaincante (1/1)</li> <li>• Spontané (1/1)</li> <li>• Pas stressée (1/1)</li> <li>• Pas de gêne (1/2)</li> <li>• Maternelle (2/2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commentaire négatif (2/7)</li> <li>• Énervé (1/1)</li> <li>• Bruyante (1/3)</li> <li>• Imposante (1/2)</li> <li>• Manque de tact (2/2)</li> <li>• Reproche (2/5)</li> <li>• Rebelle (1/3)</li> <li>• Dérangente (1/1)</li> <li>• Curiosité (1/1)</li> <li>• Maladroite (1/1)</li> </ul>	<p><b>Positive :</b> <b>Participante7 :</b> <i>Je pense que c'était leur tempérament qui était quand même calme</i></p> <p><b>Négative :</b> <b>Participante4 :</b> <i>Il y avait une infirmière en particulier qui parlait tellement fort et c'était une personne avec un physique impressionnant, qui parlait terriblement fort et qui, vous savez le style de personne qui, quand elle entre dans une pièce, tout le monde a remarqué que cette personne était là. Quand je l'ai vu, j'ai eu peur.</i></p>
<p><b>Soin centré sur le bébé</b> La perception de la femme que L'inf accorde plus d'importance aux soins du bébé qu'aux soins de la mère, donc le bébé est au centre de la relation, bien-être bébé est la finalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Centré maman et bébé (1/1)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bébé au centre des soins (4/6)</b></li> </ul>	<p><b>Participante2 :</b> <i>Je dirais que.. ils étaient vraiment plus sur bébé. Ils ont vraiment plus focusser sur Bébé que sur moi. Parce que bébé, comme j'ai dit qu'elle était né avec des petits problèmes, donc il fallait prendre sa glycémie assez régulièrement.</i></p> <p><b>Participante 9 :</b> <i>Ok. Ben à l'hôpital, ils m'ont, ils m'ont... Y ont eu l'initiative beaucoup pour tout ce qui est rapport avec allaitement, mais je trouvais que ça manquait de soins pour la mère. Tu sais, comme des informations de soins pour la mère aussi, tu sais, oui, il y a le bébé, mais il y a aussi la maman qui vient</i></p>

			<p><i>d'accoucher, qui vient d'avoir une césarienne</i></p> <p><b>Participante 5:</b> <i>Ça, j'ai vraiment apprécié parce que techniquement, sa job c'est de veiller sur maman et bébé, puis le fait qu'elle a pris le temps de dire ça au père, j'ai vraiment apprécié ça.</i></p>
<p><b>Espace-Temps pour la relation (9/42)</b></p> <p>Lorsque la femme mentionne le temps que l'inf prend dans la relation avec elle pour la rassurer, lui donner des infos et prodiguer des soins. L'inf respecte le rythme de la femme, elle prend le temps d'expliquer les infos, de soutenir la femme lors des difficultés et de s'assurer que la femme comprend. (Modèle de continuité)</p> <p>Temps = notion philosophique (création de l'espace de temps)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prendre le temps (7/27)</b></li> <li>• <b>Prendre moyennement le temps (3/5)</b></li> <li>• <b>Respecte rythme (1/2)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ne pas prendre le temps (5/8)</b></li> <li>• <b>Ne respecte pas Rythme (3/3)</b></li> <li>• <b>Rapide</b></li> </ul>	<p><b>Participante5 :</b> <i>Elles ont vraiment pris le, la, une infirmière en particulier a vraiment pris le temps de me montrer étape par étape comment le faire parce que la première qui l'a fait, elle a tellement fait vite que... elle devait aller voir d'autres chambres, que j'ai pas eu la chance de comme la demander. Puis une autre est venue, elle a vraiment pris le temps de... de faire, de me montrer à le faire et même aussi le bain.</i></p> <p><b>Participante4 :</b> <i>Donc, il y a des infirmières qui étaient très respectueuses de ça, qui expliquaient ce qu'elles allaient faire, qui prenaient le temps, qui étaient physiquement très douces. Puis, il y a des infirmières qui parlaient fort, prenaient pas le temps.</i></p>

## **Appendice G**

**Approbation Comité d'éthique**



Le 25 mai 2022

À l'attention de :  
Betty Jean-Gilles  
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche**

**Projet #:** 2022-1930

**Titre du projet de recherche :** L'expérience relationnelle vécue des femmes avec les infirmières dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce.

---

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 25 mai 2022. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

**25 mai 2023.**

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2022-1930

**Titre du projet de recherche :** L'expérience relationnelle vécue des femmes avec les infirmières dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce.

**Niveau de risque:** Risque supérieur à minimal

**Type d'évaluation:** Évaluation en comité plénier

**Chercheuse principale :**

Betty Jean-Gilles

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Directrice de recherche :**

Karina Daigle

Professeure, Université du Québec en Outaouais

**Date d'approbation du projet :** 25 mai 2022

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 25 mai 2022

**Date d'échéance du certificat :** 25 mai 2023

---

Caroline Tardif

Attachée d'administration, CÉR

pour André Durivage, Président du CÉR


Signé le 2022-05-25 à 10:49


## **Appendice H**


### **Approbation Directrice et le sujet de recherche**

## NOMINATION OU CHANGEMENT DU DIRECTEUR ET/OU DU CODIRECTEUR DE RECHERCHE

*Notez que le masculin est utilisé afin d'alléger le texte.*

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent : [REDACTED]	
Prénom et nom : Betty Jean-Gilles	
Nom du programme : Maîtrise en sciences infirmières (avec mémoire) Code : 3576	
Type de projet de recherche : essai de 2 <sup>e</sup> cycle <input type="checkbox"/> mémoire <input checked="" type="checkbox"/> thèse <input type="checkbox"/> essai de 3 <sup>e</sup> cycle <input type="checkbox"/> mémoire-création <input type="checkbox"/>	
Trimestre d'admission : Automne 2020	Trimestre en cours : Automne 2020
Régime d'études demandé à l'admission (ou révisé) : temps complet <input checked="" type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/>	
 _____ Signature de l'étudiant	2020-09-28 _____ Date

DIRECTEUR ET/OU CODIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ	
NOMINATION <input checked="" type="checkbox"/> CHANGEMENT <input type="checkbox"/> AJOUT D'UNE CODIRECTION <input type="checkbox"/>	
Prénom et nom du directeur de recherche: Karina Daigle	
Département : Sciences infirmières	
Prénom et nom du codirecteur de recherche, s'il y a lieu :	
Département :	
Motifs du changement ou de l'ajout d'une codirection :	
 _____ Signature du directeur de recherche proposé	2020-09-28 _____ Date
_____ Signature du codirecteur de recherche proposé	_____ Date

RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DE PROGRAMME	
Je <b>recommande</b> la ou les personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, le cas échéant, de codirecteur de recherche.	
 _____ Signature du responsable de programme	_____ Date

## APPROBATION OU MODIFICATION DU SUJET DE RECHERCHE


Noter que le masculin est utilisé afin d'alléger le texte.

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent :	[REDACTED]
Prénom et nom :	Betty Jean-Gilles
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières ( avec Mémoire)
Code :	3576
Type de projet de recherche :	<u>mémoire ou mémoire-création</u>
Trimestre d'admission :	Automne2020
Trimestre en cours :	Automne 2021
Régime d'études demandé à l'admission (ou révisé) :	temps complet <input checked="" type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/>


SUJET DE RECHERCHE	
Prénom et nom du directeur de recherche :	Karina Daigle
Sujet de la recherche :	<i>L'expérience relationnelle vécue des femmes avec les infirmières dans le développement de leur sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce.</i>
1 <sup>re</sup> version <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> modification <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> modification <input type="checkbox"/>	
Mots clés (cinq au maximum permettant d'identifier la discipline et le sujet de recherche) :	sentiment de compétence maternelle, relation infirmière-femme, postnatale, intervention infirmière
Résumé de la recherche :	<p>Introduction: Les infirmières accompagnent les femmes durant la période postnatale précoce dans le développement et le soutien de leur sentiment de compétence maternelle. Or, le développement du sentiment de compétence maternelle peut être influencé par le stress vécu chez les femmes. Revue littérature: Certains auteurs affirment les constats suivants : i) 4 à 17% des femmes expérimentent un trouble de stress post-traumatique suite à leur expérience de naissance (Grisbrook et Letourneau, 2021); ii) 11 à 17% des femmes peuvent vivre du stress durant cette période ce qui contribue à un état anxieux (Leonard et al., 2020; iii) 18% des femmes peuvent vivre une dépression postnatale (Benzies et al., 2021). Elles peuvent également avoir de l'épuisement parental et des difficultés liées aux soins du nouveau-né (Sánchez-Rodríguez et al., 2018; Razurel, Desmet, &amp; Sellenet, 2011). Durant le postnatal précoce entre 27 et 46% des femmes déclarent ne pas avoir pu aborder leurs préoccupations avec les infirmières et que les fournisseurs de soins se sont peu souciés de leur état psychologique (Bernard et al., 2017). Le but de cette étude est d'explorer durant la période postnatale précoce le vécu des femmes lors de leur relation avec des infirmières en milieu hospitalier et de la première visite du CLSC dans le développement et le soutien de leur sentiment de compétence maternelle. Question préliminaire : Comment l'infirmière influence positivement ou négativement le développement du sentiment de compétence de la femme durant cette période? Une étude de cas selon Merriam (1998) avec un échantillonnage par choix raisonné d'environ huit à dix femmes primipares ayant accouché dans les six derniers mois dans un hôpital au Québec. Les données seront collectées à l'aide d'entrevue individuelle et analysées selon les auteurs Miles, Huberman &amp; Saldana (2020). Retombées attendues : Formuler des recommandations pour conscientiser et former les infirmières sur le sentiment de compétence maternelle durant la période postnatale précoce.</p>

### RÉSERVÉ À L'ÉTUDIANT ET AU DIRECTEUR DE RECHERCHE

J'**atteste** avoir respecté les règlements qui encadrent la procédure d'approbation du sujet de recherche conformément aux articles 8.21-8.26 du *Règlement des études de cycles supérieurs*.

  
 \_\_\_\_\_ 20/09/2021  
 Signature de l'étudiant Date

Je **recommande** l'approbation du sujet de recherche tel que soumis par Betty Jean-Gilles

  
 \_\_\_\_\_ 19/09/2021  
 Signature du directeur de recherche Date

### RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DE PROGRAMME ET AU DÉCANAT DES ÉTUDES

En qualité de responsable de programme, j'approuve le sujet de recherche tel que soumis par l'étudiant.

\_\_\_\_\_  
 Signature du responsable de programme Date

Le décanat des études atteste de la réception du formulaire « Approbation ou modification du sujet de recherche » en provenance du responsable de programme.

\_\_\_\_\_  
 Attestation du décanat des études Date

### ATTENTION

Le sujet de recherche L'expérience relationnelle vécue des femmes avec les infirmières dans le développement de leur  
 approuvé le \_\_\_\_\_, est exclusif à Betty Jean-Gilles  
 tant que ce dernier est inscrit au programme Maîtrise en sciences infirmières ( avec Mémoire).