

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Introduction.....	1
Etat des connaissances et problématique.....	4
Question de recherche	10
Objectif	13
Cadre théorique	15
Auto-efficacité	16
Modèle conceptuel de Richard et Shea.....	19
Méthode.....	22
Argumentation du choix du devis	23
Etapas de réalisation de la revue de littérature	23
Banques de données consultées	23
Mots MeSH	23
Critères d'inclusion et d'exclusion	24
Démarche d'analyse et stratégies de recherche.	26
Résultats	27
Présentation des articles scientifiques sélectionnés.....	28
Catégories et présentation des résultats	30
Antécédents du concept d'auto-efficacité parentale	31
<i>Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère</i>	32
<i>Facteurs maternels</i>	33
<i>Facteurs en lien avec l'enfant</i>	35
<i>Facteurs familiaux et environnementaux</i>	36
Conséquences du concept d'auto-efficacité parentale.	37
<i>Bien-être de la mère et de l'enfant.</i>	38
Discussion	39
Discussion en lien avec la littérature et le cadre théorique	40
Antécédents du concept d'auto-efficacité parentale	40
<i>Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère.</i>	40
<i>Facteurs maternels.</i>	42
<i>Facteurs en lien avec l'enfant.</i>	47

<i>Facteurs familiaux et environnementaux.</i>	48
Conséquences du concept d'auto-efficacité parentale	50
<i>Bien-être de la mère et de l'enfant</i>	50
Regard critique sur les études sélectionnées	52
Limites	53
Recommandations pour la pratique infirmière, la recherche et la formation	54
Conclusion	57
Références	59
Appendice A	63
Appendice B	65
Appendice C	69
Appendice D	168

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Grille PICoT</i>	11
Tableau 2 <i>Termes MeSH en anglais utilisés pour les stratégies de recherche</i>	24
Tableau 3 <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	25

Liste des figures

Figure 1 Modèle conceptuel.....	21
Figure 2 Flowchart.....	26

Remerciements

En premier lieu, j'aimerais remercier ma directrice de Travail de Bachelor, Madame Marie de Reyff qui m'a guidée, conseillée et soutenue tout au long de ce travail. Sa grande disponibilité m'a permis de surmonter les obstacles et sa rigueur de développer mon sens critique qui sera très utile dans ma future pratique professionnelle.

En second lieu, j'aimerais exprimer ma gratitude la plus sincère à ma famille, à mes amis et à Kevin qui ont su me soutenir et m'encourager tout au long de la réalisation de ce travail malgré la distance géographique. Je voudrais remercier aussi Madame Elettra Bosia pour la relecture de mon travail.

Introduction

Ce travail a comme but d'identifier les prédicteurs et les conséquences de l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat à la maternité après la naissance d'un enfant. Selon l'Eurostat (2017), en Suisse le nombre de naissances vivantes est en augmentation chaque année. Cela signifie qu'un nombre de plus en plus élevé de femmes et d'hommes deviennent parents et vivent la période de la transition vers la parentalité. Bien que cette période soit considérée comme étant l'une parmi les plus belles, les plus enrichissantes et les plus significatives pour le développement de l'individu, ce qui se passe dans la réalité est bien différent de cette vision idéalisée (Mosca & Garnier, 2015). En effet, devenir parents est synonyme de défis, de responsabilité, de stress et de peur de ne pas être suffisamment compétent face à son enfant (Darvill, Skirton & Farrand, 2010 ; Canon-Yannotti, 2002 ; Gao, Chan & Mao, 2009 ; Ong, Chan, Shorey, Chong, Klainin-Yobas & He, 2014). Par conséquent, surtout pour la mère, le risque de développer des dysfonctionnements psychiques plus ou moins graves est présent (Canon-Yannotti, 2002).

Les infirmiers et les infirmières qui accompagnent les nouveaux parents à la maternité au travers du post-partum immédiat semblent avoir donc un rôle essentiel. Selon plusieurs auteurs, cela implique que les soignants prennent en considération différents éléments importants afin que cette première partie de la transition puisse être faite en adéquation avec les besoins de la mère (Gao et al., 2009 ; Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012 ; Ladewig, London & Davidson, 2010 ; Ong et al., 2014 ; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). Un de ces éléments est l'auto-efficacité parentale (Leahy-Warren et al., 2012 ; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). Cette revue de littérature souhaite donc apporter plus de clarté sur les prédicteurs et sur les conséquences de l'auto-efficacité parentale dans le post-partum à la maternité afin de donner des pistes pour améliorer la qualité des soins.

Ce travail de Bachelor se divise en plusieurs parties : dans un premier temps l'état des connaissances actuelles, la problématique, la question de recherche et l'objectif sont établis. Dans un second temps, un cadre théorique est choisi et développé dans le but de guider cette revue de littérature. Dans un troisième temps, la méthodologie utilisée pour la recherche et la sélection des articles scientifiques est présentée. Ensuite, les résultats des études sélectionnées pour cette revue de littérature sont présentés et une discussion en lien avec le cadre théorique choisi est exposée. La partie finale de ce travail présente les limites et propose des recommandations pour la pratique infirmière ainsi que les perspectives futures en lien avec la thématique de l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat à la maternité.

Etat des connaissances et problématique

Selon un rapport statistique de 2017 de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), en Suisse en 2016 87'883 enfants sont venus au monde (naissances vivantes). Ce chiffre est destiné à s'accroître étant donné que la tendance du nombre de naissance des dernières années est en augmentation, comme elle l'est dans tout le reste de l'Union Européenne (Eurostat, 2017) : 82'731 naissances vivantes en 2013, 85'287 en 2014, 86'559 en 2015 (OFS, 2017). Cela signifie qu'un nombre de plus en plus élevé de femmes et d'hommes deviennent parents et transitent de quelques heures à quelques jours à la maternité ou dans des structures alternatives : les maisons de naissance ou le domicile. La plupart des femmes choisissent le milieu hospitalier pour accoucher : en effet 97,8% des accouchements ont lieu à l'hôpital (Vuille, 2016). Les mères qui décident de donner la vie à leurs enfants dans une structure alternative sont donc une minorité : en Suisse 1,5% du total des accouchements se passent dans une maison de naissance, 0,7% à domicile (Vuille, 2016). Pour ce travail de Bachelor donc, seulement le milieu hospitalier sera pris en considération, car il accueille la grande majorité des accouchements.

Selon Mosca et Garnier (2015) devenir parents est « un processus (qui implique une décentration de soi) potentiellement rassurant et narcissiquement très gratifiant, fondé sur l'empathie et l'intersubjectivité » (p. 177). De plus, les mêmes auteurs, soulignent qu'avec l'arrivée d'un enfant « Les jeunes parents ont le sentiment, qui va croissant avec le temps, que leur vie prend un sens et une importance nouvelle » (Mosca & Garnier, 2015, p. 179). Ce processus serait effectivement à la base de la survie du bébé et son développement affectif et physique (Mosca & Garnier, 2015). Bien que cette période de la vie des nouveaux parents soit considérée comme merveilleuse et puisse offrir l'occasion pour se développer en tant que personne, il est pourtant vrai qu'il existe une partie moins évoquée résultante des modifications occasionnées par la transition vers la parentalité qui s'oppose à la vision plus positive

de ce processus et qui concerne surtout la mère (Mosca & Garnier, 2015). Effectivement dans une recherche qualitative et descriptive de Ong et al. (2014), les auteurs ont remarqué que les manifestations émotionnelles négatives sont fréquemment mentionnées. [traduction libre] (p. 776) Cela est confirmé par Canon-Yannotti (2002) qui explique que les femmes confrontées à la réalité doivent faire face à la « faille qui s'ouvre entre ce qu'elles avaient envisagé pendant l'attente de l'enfant et ce qu'elles ont à affronter, confrontées à la précarité du nouveau-né dont elles sont totalement responsables » (p. 58). Darvill et al. (2010) ajoutent que le fait de devenir mère pour la première fois est un événement majeur qui peut provoquer beaucoup de défis pour la femme et sa famille. [traduction libre] (p. 358) Tout cela se traduit par la peur de la nouvelle mère de ne pas être suffisamment compétente pour s'occuper de son enfant (Canon-Yannotti, 2002) et par le stress dans la prise en charge du bébé (Gao et al., 2009 ; Ong et al., 2014). Par conséquent, un risque de développer certains dysfonctionnements psychiques plus ou moins graves, comme des symptômes anxiodépressifs ou névrotiques (Canon-Yannotti, 2002) ou la dépression post-partum est présent (Czarnocka & Slade, 2000 ; Gao et al., 2009 ; Leahy-Warren et al., 2012). Selon la littérature consultée sur le thème de la transition vers la parentalité, il semblerait que ce processus comporte, surtout pour les femmes primipares, des sentiments positifs, mais aussi négatifs auxquels il faut être attentifs lors de la prise en charge infirmière afin de pouvoir proposer un suivi en adéquation avec cette période si complexe de la vie d'une femme et afin de prévenir certaines problématiques qui peuvent nuire à la santé de la mère et de son enfant. Cela préoccupe aussi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a publié des brochures informatives pour aider les professionnels et les mères (OMS, 2007).

Dans la transition vers la parentalité, les soignants rencontrent donc les nouveaux parents dans le service de maternité et les accompagnent pendant la période

immédiate du post-partum qui peut être caractérisée par des plaintes, des questions, des manifestations et parfois un sentiment de découragement de la part des mères (Canon-Yannotti, 2002). Le post-partum est défini par Ladewig, London et Davidson (2010) comme étant « la période durant laquelle la femme doit s'adapter aux modifications physiques et psychologiques occasionnées par la naissance de l'enfant » (p. 898). Cette période commence immédiatement après l'accouchement et continue pendant les six semaines suivantes, ou jusqu'à ce que « l'organisme de la femme retrouve son état d'avant la grossesse » (Ladewig et al., 2010, p. 898). La période du post-partum est donc la plus importante en termes d'adaptation pour la famille, mais plus en particulier pour la nouvelle mère qui en donnant naissance à son premier enfant doit faire face pour la première fois non seulement à l'arrivée de son bébé, mais aussi aux malaises physiques occasionnés par l'accouchement (par exemple la fatigue) et à une nouvelle image de son corps (Ladewig et al., 2010). En effet, les mois qui caractérisent le post-partum immédiat sont décrits par les mères comme épuisants physiquement et mentalement (Darvill et al., 2010). C'est pour cette raison que dans ce travail de Bachelor un accent particulier sera mis sur les mères car, comparées aux pères, elles doivent faire face à plus de modifications psychiques et physiques.

En outre, la femme qui devient mère est confrontée à la phase de récupération et la phase de prise en charge de son bébé rapidement en raison d'un temps d'hospitalisation qui est court (Ladewig et al., 2010). L'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (IUMSP) a publié une étude de Bize, Moreau et Oettli (2016) dans laquelle les jours moyens d'hospitalisation en maternité sont étudiés. Pour un accouchement par voie basse (physiologique) la durée de l'hospitalisation en 2013 était de 3 à 4 jours en moyenne, pour une césarienne de 5 jours (Bize et al., 2016). Selon Canon-Yannotti (2002), 3 jours d'hospitalisation en cas

d'accouchement physiologique ne sont pas suffisants afin que la fonction maternelle soit entièrement effective. De plus, selon Ladewig et al. (2010) l'apprentissage du rôle maternel « doit se faire à chaque accouchement, pour chaque enfant » (p. 905) et selon Canon-Yannotti (2002) il nécessite d'au moins deux mois quand tout se déroule dans la norme, ce qui veut dire que le temps passé à la maternité est très précieux en termes d'accompagnement infirmier, car très court. Par ailleurs, la réalité hospitalière actuelle impose des séjours de plus en plus courts en lien avec les coûts de la santé, qu'il faut réduire le plus possible. En effet, selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), « Le système de santé suisse est l'un des plus coûteux au monde ». Pour les infirmiers et les infirmières le challenge est donc d'accompagner la mère et sa famille (prodiguer des soins techniques, mais aussi soutenir psychologiquement, conseiller, etc.) pendant la période immédiate du post-partum de manière efficace en tenant compte du peu de temps à disposition.

Afin de pouvoir donner des soins en adéquation avec les besoins de la mère dans le post-partum immédiat et éviter le développement des dysfonctionnements cités précédemment, il semblerait essentiel de prendre en compte certains éléments, tels que l'auto-efficacité parentale (Leahy-Warren et al. 2012 ; Seigny & Loutzenhiser, 2010) et, par ailleurs comme il est mentionné dans différentes études, le soutien social (Darvill et al., 2010 ; Gao et al., 2009 ; Ladewig et al., 2010 ; Leahy-Warren et al., 2012 ; Ong et al., 2014).

Le concept d'auto-efficacité parentale sera pris en compte pour ce travail de Bachelor. Selon Leahy-Warren et McCarthy (2011) ce dernier est l'élément déterminant majeur de la compétence comportementale parentale qui est directement lié au développement de l'enfant. Les auteurs parlent plus précisément de « Maternal Parental Self-Efficacy » (MPSE), concept issu du concept base d'auto-efficacité décrit par Bandura en 1980 (Leahy-Warren & McCarthy, 2011). Il est donc important selon

Leahy-Warren et McCarthy (2011) de renforcer l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat afin de garantir le bien-être de la mère, de l'enfant et de la famille. Malheureusement, selon Seigny et Loutzenhiser (2010), à l'heure actuelle il y aurait peu de connaissances au sujet de l'auto-efficacité parentale. Un des buts de ce travail sera donc de mieux comprendre ce concept ainsi que ses caractéristiques parce que, selon Leahy-Warren et al. (2012), l'efficacité parentale est la clé pour renforcer le rôle parental [traduction libre] (p. 389) et elle est nécessaire afin de pouvoir accompagner les nouveaux parents et influencer de manière positive les pratiques de soins apportées au bébé.

Malgré l'observation de l'importance de l'auto-efficacité au niveau des sciences infirmières dans les études de Leahy-Warren et McCarthy (2011) et dans celles d'autres auteurs, comme Smith et Liehr (2009) et Meyer et Verhiac (2004/5), à l'heure actuelle peu de recherches scientifiques ont été réalisées au sujet de l'auto-efficacité parentale dans la période immédiate du post-partum. Le but de cette revue de littérature est aussi d'identifier les prédicteurs et les conséquences du concept d'auto-efficacité maternelle et/ou parentale afin de renforcer l'importance de l'auto-efficacité auprès des nouvelles mères durant la période immédiate du post partum et de soutenir les professionnels dans leur prise en charge dans le but de promouvoir la santé de la mère, du bébé et de la famille.

Question de recherche

Afin de pouvoir établir la question de recherche, la grille PICoT a été utilisée (voir Tableau 1). Pour la remplir, les termes-clés en français ont d'abord été mis en évidence et ensuite traduits en anglais à l'aide de « Le MeSH » (<http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>). Les termes traduits en anglais ont été utilisés pour construire la problématique et établir la question de recherche de ce travail de Bachelor.

Tableau 1

Grille PICoT

PICoT	Termes-clés en français	Termes-clés en anglais
P (population, problème)	Mères, parents primipares/parentalité, multipares	• Parental or Mothers or Parenting • Primiparas • Multiparas
I (intervention)	Etat des connaissances sur les prédicteurs et les conséquences de l'auto efficacité maternelle ou parentale en soins infirmiers	• Self-efficacy or Maternal self-efficacy or Parental self-efficacy • Nursing or Nurse or Midwifery

Co (contexte)	Post-partum immédiat à l'hôpital	• Post-partum period or Early post-partum period
T (temps)	Sur les 10 dernières années	

En raison des différents éléments exposés dans l'état des connaissances et la problématique, la question de recherche qui en résulte est la suivante :

Quels sont les prédicteurs et les conséquences de l'auto-efficacité maternelle et/ou parentale durant la période immédiate du post-partum après la naissance d'un enfant à la maternité ?

Objectif

Le but de ce travail de Bachelor est d'identifier les prédicteurs et les conséquences du concept d'auto-efficacité parentale pendant la période immédiate du post-partum après la naissance d'un enfant à l'hôpital. Cela permettra de faire ressortir les antécédents et les conséquences de l'auto-efficacité maternelle et/ou parentale. Les résultats présentés permettront de mettre en évidence les éléments importants sur lesquels prêter attention lors de la prise en charge infirmière à la maternité afin de continuer à offrir des soins efficaces et de qualité qui visent le renforcement de l'auto-efficacité parentale.

Cadre théorique

Auto-efficacité

Le cadre de référence choisi pour cette revue de littérature est le concept d'auto-efficacité parentale, issu du concept de base d'auto-efficacité décrit par le psychologue canadien Albert Bandura en 1997. En effet le concept de sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité ou SEP (« self-efficacy » en anglais) a été décrit pour la première fois dans le cadre de la théorie socio-cognitive (TSC ou SCT) de Bandura (1980-1997) ; cette théorie, appelée « Réciprocité causale triadique », analyse l'interaction entre la personne, son comportement et l'environnement, des facteurs qui s'influencent et se déterminent mutuellement.

Bandura (1997) définit l'auto-efficacité comme la croyance qu'un individu a en sa capacité de réaliser une tâche. Jenkins (2015) souligne aussi que selon Bandura (1977) l'auto-efficacité exerce un effet sur l'individu, notamment sur sa manière de penser, de sentir et de se comporter. Cela influencerait le choix de la personne quant à la réalisation d'une tâche ou d'une activité (Jenkins, 2015) qui est guidée par la croyance de l'individu d'être capable ou non de l'effectuer (Meyer & Verhiac, 2004). En effet, selon Richard et Shea (2011), l'auto-efficacité peut influencer le niveau des objectifs à atteindre, l'engagement mis en œuvre concernant les buts, la sélection des tâches ou les activités, les états émotionnels ou les efforts d'adaptation et la persistance. [traduction libre] (p. 259) En raison de ces éléments, selon Smith et Liehr (2009) il est possible d'affirmer que l'auto-efficacité peut prédire les comportements d'un individu. Ce dernier élément confirmerait donc l'existence d'un lien entre les croyances et les comportements (Jenkins, 2015).

Selon Bandura (cité dans Smith & Liehr, 2009), afin de mieux comprendre ce concept il est important de faire la différence entre les deux composantes principales de l'auto-efficacité : les attentes en lien avec l'auto-efficacité (« self-efficacy

expectations ») et les attentes en lien avec le résultat (« outcome expectations »). Les premières ce sont les jugements que l'individu porte sur sa capacité à réaliser une tâche donnée, les deuxièmes ce sont les jugements que l'individu porte sur les conséquences qui peuvent survenir si la tâche donnée est réalisée avec succès (Smith & Liehr, 2009).

Selon Jenkins (2015), il est nécessaire de définir les attributs de l'auto-efficacité afin de pouvoir encore mieux comprendre ce concept. Ces attributs ont été définis par Walker et Avant en 2005 comme étant les caractéristiques essentielles et indispensables de l'auto-efficacité (cité dans Jenkins, 2015). Les cinq caractéristiques clés ce sont la confiance (l'individu doit croire en la réalisabilité de la tâche), la capacité (l'individu doit être capable de réaliser la tâche), la persistance (l'individu doit être capable de persister et maintenir la tâche dans le temps), la force (l'individu doit avoir la force afin d'accomplir la tâche) et le désir ou la motivation de réaliser la tâche ou de changer un comportement (Jenkins, 2015). En outre, selon Erny (2010) ces éléments permettent l'évaluation de l'efficacité personnelle.

Selon Bandura (1986, cité dans Smith & Liehr, 2009) quatre éléments peuvent construire ou modifier le sentiment d'efficacité personnelle : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante ou indirecte, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels.

Selon Erny (2010) et en accord avec Bandura, l'individu développe un meilleur sentiment d'auto-efficacité quand il vit des expériences qu'il maîtrise et où il réussit. L'expérience active de maîtrise serait la source la plus influente sur l'auto-efficacité personnelle (Erny, 2010). Au contraire, « les échecs risquent d'empêcher et d'entamer la construction d'un sentiment d'efficacité personnelle fort. » (Erny, 2010, p. 94).

En ce qui concerne l'expérience vicariante ou indirecte, le cadre théorique suggère que si l'individu peut avoir accès aux expériences réalisées par d'autres personnes (surtout des pairs) il peut les comparer aux siennes et par conséquent « obtenir des informations sur ses propres capacités » (Erny, 2010, p. 94).

Erny (2010) explique que « les encouragements prodigués par la hiérarchie et les pairs peuvent accroître le sentiment d'efficacité personnelle » (p. 95) ; en fait, selon cet auteur, l'auto-évaluation de la personne se base en partie sur l'opinion que les autres ont d'elle. Erny (2010) suggère aussi que la persuasion verbale seule a une efficacité qui est limitée sur l'auto-efficacité, car l'individu doit vite faire face à la réalité de la situation ou de la tâche.

Enfin, selon Erny (2010) « les états physiologiques exprimés dans certaines situations peuvent être interprétés par la personne comme le signe de difficultés pour atteindre l'objectif » (p. 95), ce qui peut affecter le niveau de sentiment d'auto-efficacité de la personne et la rendre plus vulnérable.

Au fil des années, le concept d'auto-efficacité et son lien avec les comportements humains a intéressé plusieurs auteurs de disciplines différentes, notamment des sciences infirmières. Effectivement, entre la fin des années 90 et le début des années 2000 la théorie du sentiment d'efficacité personnelle ou SEP (une autre façon pour nommer l'auto-efficacité), a été décrite dans plus de 1500 études en lien avec les soins infirmiers ; ces études scientifiques étaient adressées à l'éducation des infirmiers et des infirmières et des autres professionnels de la santé et servaient à la promotion de la santé et à la prévention des maladies (par exemple des interventions pour le changement de comportement comme : le sevrage tabagique et la promotion de l'activité physique) (Smith & Liehr, 2011). Ces éléments permettent d'affirmer que ce concept a une importance reconnue aussi au niveau des sciences infirmières.

Malgré cela, selon Richard et Shea (2011) le concept d'auto-efficacité en soins infirmiers reste très complexe à étudier et à comprendre ; en effet, selon ces auteurs, l'auto-efficacité semble être apparentée à d'autres concepts en lien avec la capacité des individus à gérer leur propre santé : les auto-soins, l'auto-gestion, l'auto-surveillance et la gestion des symptômes.

Modèle conceptuel de Richard et Shea

Les auto-soins (« self-care ») sont définis par Richard et Shea (2011) comme la capacité de se prendre en charge et la capacité de performance d'activités qui sont nécessaires pour atteindre, maintenir ou promouvoir une santé optimale. [traduction libre] (p. 256) ; ces auteurs expliquent aussi que l'auto-efficacité est l'une des caractéristiques individuelles qui influencent les auto-soins. En effet, selon les deux auteurs, ce concept sous-tend la mise en place d'interventions infirmières de support et d'éducation thérapeutique qui ont comme but de promouvoir la capacité des individus ou des familles d'assumer la responsabilité de leurs propres besoins en termes de santé (Richard & Shea, 2011). Richard et Shea (2011) expliquent aussi que le concept d'auto-soins englobe les autres concepts (auto-gestion, auto-surveillance et gestion des symptômes).

Selon Richard et Shea (2011), l'auto-gestion (« self-management ») est la capacité et le processus que l'individu utilise pour obtenir le contrôle sur sa propre maladie. Cela signifie que non seulement l'individu, mais la famille aussi, l'entourage et les soignants ont la capacité de gérer les symptômes, les traitements, les changements de style de vie et les conséquences psychologiques, culturelles et spirituelles occasionnées par la maladie chronique (Richard & Shea, 2011). L'étude scientifique de Richard et Shea (2011) suggère que l'auto-efficacité, ou la croyance d'avoir la

capacité d'accomplir une tâche spécifique, est le mécanisme à travers lequel les interventions influencent les comportements en lien avec l'auto-gestion. [traduction libre] (p. 257) Selon les auteurs, ce concept intègre les concepts d'auto-surveillance et de gestion des symptômes (Richard & Shea, 2011).

L'auto-surveillance (« self-monitoring ») est définie comme étant la capacité de surveillance des paramètres ou des symptômes physiologiques spécifiques d'un état de santé. [traduction libre] (Richard & Shea, 2011, p. 258) Cette capacité permet à la personne de prendre conscience de situations médicales spécifiques et de demander de l'aide aux professionnels en cas de besoin ; en effet ce concept est une dimension importante des auto-soins (Richard & Shea, 2011).

Enfin, la gestion des symptômes (« symptom-management ») est définie comme la prise de conscience et la réponse qu'un individu donne suite à l'apparition d'un symptôme ; ce dernier est défini comme une expérience subjective qui reflète des changements au niveau biopsychosocial, des sensations ou de la cognition (Richard & Shea, 2011). Selon Richard et Shea (2011) ce concept est en lien avec deux autres concepts : lorsqu'une intervention est mise en place pour gérer un symptôme spécifique, l'individu fait aussi de l'auto-surveillance et de l'auto-gestion.

À propos des définitions données et des liens présentés, Richard et Shea (2011) suggèrent que l'auto-efficacité joue le rôle de médiateur dans la relation entre les connaissances ou les capacités et la performance d'une activité spécifique, et de modérateur de l'efficacité d'une intervention (Richard & Shea, 2011). À l'issue de cette affirmation, Richard et Shea (2011) proposent un modèle conceptuel en soins infirmiers (voir Figure 1) qui clarifie la différence entre les concepts mentionnés ci-dessus et montre de quelle manière ceux-ci s'influencent et s'englobent l'un l'autre. Le modèle conceptuel proposé aide les soignants à comprendre les points communs

et les différences entre les concepts afin de donner une direction plus claire et spécifique aux interventions infirmières en individualisant les soins et en tenant compte de cet aspect : le sentiment d'efficacité personnelle est subjectif et il serait médiateur et modérateur de tous les autres concepts décrits (Richard & Shea, 2011). Ce modèle conceptuel permettra de mettre en lien les résultats des articles trouvés sur le thème de l'auto-efficacité parentale et le cadre théorique de Bandura afin de pouvoir répondre à la question de recherche de ce travail de Bachelor.

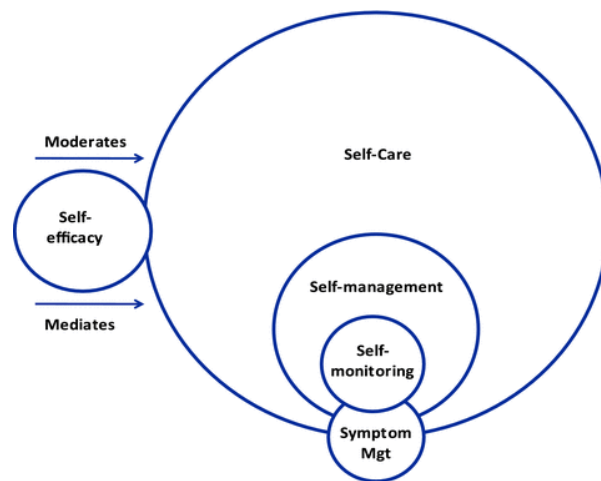


Figure 1. Modèle conceptuel.

(Richard & Shea, 2011, p. 261)

Rapport-Gratuit.com

Méthode

Argumentation du choix du devis

Le devis choisi pour ce travail est la revue de littérature étoffée, définie par Coughlan, Ryan et Cronin (2013) comme une évaluation critique des recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique. [traduction libre] (p. 7) Ce type de devis permet de faire un état des lieux des connaissances actuelles disponibles par rapport à un sujet en se basant sur des résultats probants issus de plusieurs recherches scientifiques dans le but d'améliorer la pratique clinique (Loiselle, 2007). La revue de littérature est donc le devis adéquat pour répondre à la question de recherche de ce travail de Bachelor.

Étapes de réalisation de la revue de littérature

Les étapes qui ont permis la réalisation de cette revue de littérature sont présentées ci-dessous.

Banques de données consultées. La recherche des articles scientifiques choisis pour ce travail de Bachelor a été faite à l'aide des banques de données PubMed et CINAHL. La démarche de recherche et sélection a été effectuée entre décembre 2017 et avril 2018.

Mots MeSH. Les mots-clés en français ont été traduits en anglais sous forme de termes MeSH (voir Tableau 2). Ces termes ont été entrés dans les banques de données PubMed et CINAHL afin de pouvoir trouver et sélectionner les articles scientifiques analysés pour cette revue de littérature.

Tableau 2

Termes MeSH en anglais utilisés pour les stratégies de recherche

PICoT	Termes MeSH en anglais	Traduction en français
P (population, problème)	Mothers or Primiparas or Multiparas Parenting	Mères primipares ou multipares Parentalité
I (intervention)	Self-efficacy Nurses or Midwifery	Auto-efficacité Infirmières ou pratique des sages-femmes
Co (contexte)	Post-partum period or Postnatal period	Post-partum

Critères d'inclusion et d'exclusion. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués (voir Tableau 3) pour pouvoir sélectionner les articles scientifiques qui étaient en adéquation avec le thème, la problématique et le but de ce travail de Bachelor.

Tableau 3

Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Présence de « self-efficacy » dans le titre en lien avec le post-partum • Présence de la structure IMRD dans les articles trouvés • Les articles devaient contenir la notion de soins infirmiers • Devis mixte, qualitatif et quantitatif • Population : mère et/ou parents • Contexte de soins : hospitalier • Recherches en anglais, français ou italien • Recherches avec publication < 10 ans	• Articles issus de la psychologie ou de la médecine psychiatrique • Articles qui parlaient uniquement de la grossesse et non du post-partum • Les revues de littérature • Articles qui prenaient en considération que les pères • Accouchement à la maison ou dans une maison de naissance

Outils d'analyse des données. Les articles scientifiques sélectionnés pour cette revue de littérature ont été analysés à l'aide de grilles de lecture critique et de résumés choisis selon le type de devis (quantitatif ou qualitatif) (Fortin, 2010 ; Fortin & Gagnon, 2016 ; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Les grilles (voir Appendice C) ont permis de mieux comprendre et de mieux analyser les articles et de les lire de manière critique.

Démarche d'analyse et stratégies de recherche. Les stratégies de recherche utilisées pour identifier les articles scientifiques sont présentées dans l'Appendice B. Le flowchart (voir Figure 2) présente les étapes principales de la sélection des articles. Les mots MeSH ont été combinés de différentes manières afin de pouvoir sélectionner les études scientifiques qui étaient en adéquation avec la problématique, le but et la question de recherche de ce travail de Bachelor. Les différentes combinaisons des mots MeSH ont donné mille cent trente-quatre résultats sur PubMed et septante-six sur CINAHL. Après la lecture des titres, des résumés et une lecture plus approfondie de certains articles, six études scientifiques ont été sélectionnées pour ce travail en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion.

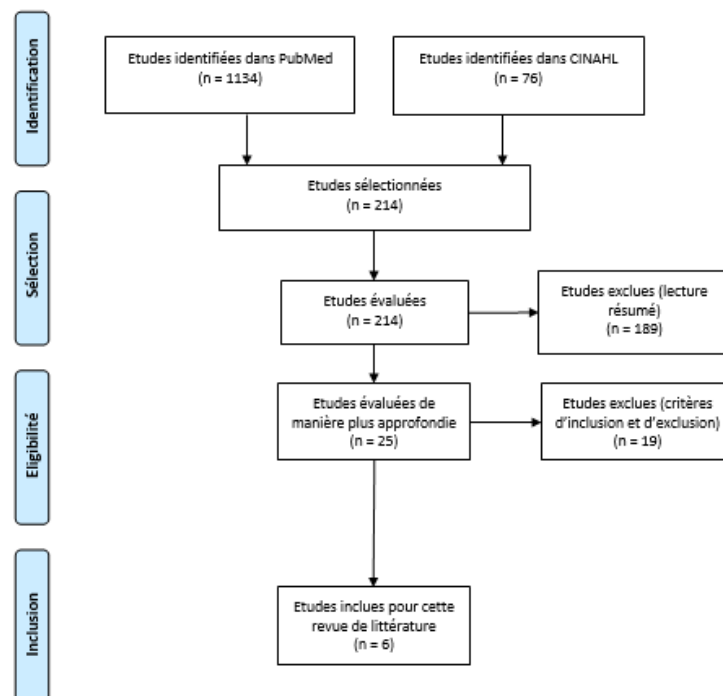


Figure 2. Flowchart.

(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & Prisma Group, 2009).

Résultats

Présentation des articles scientifiques sélectionnés

Pour cette revue de littérature, six articles ont été sélectionnés afin de pouvoir répondre à la question de recherche, dont les cinq premiers ce sont des études avec un devis quantitatif (Bryanton, Gagnon, Hatem & Johnston, 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai, Chan & Ip, 2010 ; Salonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho & Tarkka, 2009 ; Shorey, Chan, Chong & He, 2015) et la sixième c'est une étude avec un devis qualitatif (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011). Dans ce chapitre, les résultats des articles scientifiques avec un devis quantitatif seront présentés en début de paragraphe, ceux de l'article scientifique avec un devis qualitatif par la suite.

Parmi les cinq articles avec un devis quantitatif, deux études sont de type longitudinal (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010), une étude est de cohorte prospective (Bryanton et al., 2008), une étude est de type corrélationnel descriptif (Shorey et al., 2015) et une étude est corrélationnelle et transversale (Salonen et al., 2009). Le seul article de devis qualitatif est décrit comme exploratoire et qualitatif (Razurel et al., 2011).

En ce qui concerne les articles quantitatifs, deux études ont eu lieu en Chine (Hong Kong et Singapour) (Ngai et al., 2010 ; Shorey et al., 2015), une étude s'est déroulée aux Etats Unis (Canada) (Bryanton et al., 2008), une étude en Australie (Sydney) (Kohlhoff & Barnett, 2013) et une étude en Finlande (Salonen et al., 2009). La recherche de devis qualitatif a été réalisée en Suisse (Genève) (Razurel et al., 2011). Les six articles scientifiques sélectionnés pour ce travail ont été publiés entre 2008 et 2015.

À propos des échantillons et les populations, l'étude avec le plus haut nombre de participants est celui de Salonen et al. (2009) comprenant 863 mères et 525 pères qui avaient donné la vie à leur enfant dans deux hôpitaux publics. Ensuite l'étude de

Ngai et al. (2010) comprend un échantillon de 184 mères primipares questionnées pendant leur grossesse et à six semaines post-partum, celle de Bryanton et al. (2008) comprend 172 femmes ayant vécu la phase du travail, l'accouchement et l'hospitalisation dans un service de maternité, celle de Shorey et al. (2015) comprend 122 mères primipares sélectionnées le jour de leur sortie du service de maternité et l'étude de Kohlhoff et Barnett (2013) comprend 83 mères primipares avec des enfants âgées de 0 à 12 mois admises dans une structure médicale résidentielle pendant quatre jours. L'étude avec le plus petit nombre de participants est celui de Razurel et al. (2011), comprenant 30 mères primipares questionnées à six semaines post-partum.

En ce qui concerne les principes éthiques, les auteurs de toutes les recherches sélectionnées ont pris des dispositions afin de les respecter. Effectivement, les six études ont fait appel à des commissions éthiques (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015), trois études sur six explicitent qu'un consentement éclairé a été signé par les participants (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010) et deux études sur six ont pris d'autres dispositions, notamment la demande de permission d'utilisation des instruments de mesure aux détenteurs du copyright (Salonen et al., 2009) et la signalisation aux médecins des femmes ayant obtenu un score de risque élevé pour les symptômes dépressifs (Shorey et al., 2015).

Pour les thématiques traitées dans les articles sélectionnés, quatre articles sur six ont étudié les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Shorey et al., 2015) à plusieurs moments du post-partum : à 12-48 heures post-partum et à 1 mois post-partum (Bryanton et al., 2008), à 1-3 jours post-partum (Shorey et al., 2015), à 6 semaines post-partum (Ngai et al., 2010) et 0-12 mois post-partum (Kohlhoff & Barnett, 2013). Un article a

étudié les corrélations entre l'interaction parent-enfant et l'auto-efficacité parentale (Salonen et al., 2009). La seule étude qualitative a étudié l'influence du stress, du soutien social et les stratégies de coping sur l'auto-efficacité parentale à 6 semaines post-partum (Razurel et al., 2011).

Pour finir, toutes les recherches étudient l'auto-efficacité parentale dans la période du post-partum (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015).

Un tableau récapitulatif des résultats est présenté dans l'Appendice D.



Catégories et présentation des résultats

Après l'analyse minutieuse des six articles scientifiques sélectionnés pour ce travail de Bachelor, il a été possible de faire émerger les catégories suivantes :

- Antécédents du concept d'auto-efficacité parentale
 - *Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère*
 - *Facteurs maternels*
 - *Facteurs en lien avec l'enfant*
 - *Facteurs familiaux et environnementaux*
- Conséquences du concept d'auto-efficacité parentale
 - *Bien-être de la mère et de l'enfant*

La méthode utilisée afin de pouvoir catégoriser les résultats s'est inspirée du modèle de Walker et Avant (2005) qui ont décrit des stratégies pour la construction de théories en soins infirmiers ; les deux auteurs proposent l'analyse d'un concept à partir de ses antécédents et de ses conséquences. Les antécédents du concept sont définis par Walker et Avant (2005) comme les événements qui doivent avoir lieu avant

que le concept ne survienne [traduction libre] ; les conséquences du concept sont définies comme étant les événements qui suivent la survenue du concept. Les antécédents et les conséquences du concept sont présentés ci-dessous et comprennent les catégories suivantes : les facteurs socio-démographiques en lien avec la mère, les facteurs maternels, les facteurs en lien avec l'enfant, les facteurs familiaux et environnementaux et le bien-être de la mère et de l'enfant.

Antécédents du concept d'auto-efficacité parentale. Dans toutes les études sélectionnées pour cette revue de littérature les antécédents de l'auto-efficacité parentale des mères dans la période du post-partum sont mis en évidence (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015). Les six études mettent en évidence les facteurs familiaux et environnementaux (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015), cinq études sur six mettent en évidence les facteurs maternels (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009), cinq études les facteurs en lien avec l'enfant (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015) et quatre les facteurs socio-démographiques en lien avec la mère (Bryanton et al., 2008 ; Ngai et al., 2010 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015).

Par soucis de cohérence, les catégories seront présentées dans l'ordre proposé en début de chapitre.

Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère. Trois auteurs sur six estiment que l'âge de la mère est prédicteur de l'auto-efficacité parentale (Bryanton et al., 2008 ; Ngai et al., 2010 ; Shorey et al., 2015). Parmi ceux-ci, deux auteurs suggèrent que les mères plus âgées ont un score d'auto-efficacité parentale significativement plus haut par rapport aux mères plus jeunes (Ngai et al., 2010, $p < .05$; Shorey et al., 2015, $p < .05$). Par contre, selon Bryanton et al. (2015) c'est le jeune âge de la mère (< 30 ans) qui est prédicteur de l'auto-efficacité parentale à 1 mois post-partum ($p = .01$).

Selon l'article scientifique de Shorey et al. (2015) l'ethnicité joue aussi un rôle dans la perception de l'auto-efficacité parentale ($p < .01$) ; en effet, selon ces auteurs, être d'une nationalité différente de celle chinoise est prédicteur d'une meilleure perception d'auto-efficacité de la part des mères.

Shorey et al. (2015), expliquent aussi que le revenu mensuel total du ménage a une influence sur l'auto-efficacité parentale ($p = .030$) ; leur étude a démontré qu'avoir un bon revenu mensuel total est prédicteur d'une meilleure auto-efficacité.

Selon Bryanton et al. (2008), l'état matrimonial est prédictif de l'auto-efficacité parentale à 12-48 heures après l'accouchement ($p = .00$) ; ces auteurs suggèrent que les nouvelles mères mariées rapportent un score plus faible d'auto-efficacité parentale par rapport aux mères célibataires.

Enfin, selon l'article de Salonen et al. (2009), le niveau de formation des parents joue un rôle dans la perception de l'auto-efficacité parentale ($p < .05$) ; ces auteurs expliquent qu'avoir un niveau de formation universitaire est prédicteur d'un niveau d'auto-efficacité parentale plus faible pour les participants de l'un des deux hôpitaux testés.

Facteurs maternels. Selon trois articles sur six, la présence ou la sévérité des symptômes anxio-dépressifs actuels de la mère joue un rôle au niveau de l'auto-efficacité parentale (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Salonen et al., 2009). Selon Kohlhoff et Barnett (2013), l'auto-efficacité parentale lors de l'admission dans la structure médicale résidentielle est corrélée de manière négative avec la gravité des symptômes dépressifs ($p < .001$), le diagnostic actuel d'une dépression majeure ($p < .05$) et les symptômes anxieux ($p < .001$). Ngai et al. (2010) et Salonen et al. (2009) sont en accord avec ce résultat ; en particulier Ngai et al. (2010) expliquent que les symptômes dépressifs pendant ($p < .01$) et/ou après la grossesse ($p < .01$) sont corrélés de manière négative avec la compétence perçue du rôle maternel dans le post-partum.

Selon trois auteurs sur six la perception de l'expérience de l'accouchement influence l'auto-efficacité parentale dans la période du post-partum (Bryanton et al., 2008 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009). Selon Bryanton et al. (2008), pour chaque augmentation d'un point dans le score de la perception de l'expérience de naissance (positive), les mères sont plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale à 12-48h post-partum ($p < .00$). Salonen et al. (2009) confirment cette corrélation. Razurel et al. (2011) expliquent aussi que si le projet de naissance idéalisé par la mère est différent de la réalité de l'accouchement, la perception de l'auto-efficacité maternelle diminue ; une des mères sélectionnées pour l'étude exprime ses ressentis par rapport à cet élément : « Je ne m'étais pas imaginée les choses comme cela, pour moi ce n'était pas normal. C'était une catastrophe. » (p. 51).

Selon trois articles sur six, le stress joue d'ailleurs un rôle important sur l'auto-efficacité parentale dans le post-partum (Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009). En effet, selon Ngai et al. (2010) le stress prénatal ($p < .05$) et

postnatal ($p < .01$) est corrélé de manière négative avec la compétence perçue du rôle parental dans le post-partum. Salonen et al. (2009), suggèrent aussi que les parents relaxés et confiants pendant la grossesse sont plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale dans le post-partum ($p < .001$). Razurel et al. (2011), sont en accord avec ces résultats.

Selon Bryanton et al. (2008) et Salonen et al. (2009), la parité a une influence sur l'auto-efficacité des mères. En effet, selon ces deux auteurs, les mères multipares sont plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale par rapport aux mères primipares (Bryanton et al., 2008, $p < .00$ après l'accouchement, $p = .05$ à 6 semaines post-partum ; Salonen et al., 2009, $p < .001$).

Selon deux articles, le fait que le bébé soit allaité au sein est aussi un prédicteur de l'auto-efficacité de la mère dans le post-partum (Razurel et al. 2011 ; Salonen et al., 2009). Dans leur étude Salonen et al. (2009) expliquent que les mères qui allaitaient de manière exclusive leur bébé avaient un score d'auto-efficacité parentale significativement plus élevé que les mères qui n'allaitaient pas ($p = .028$). Selon Razurel et al. (2011), par contre, l'allaitement est un des éléments qui aurait le plus d'impact sur le sentiment de compétence de la mère en le diminuant. Une mère interrogée explique : « Je me sentais mal de ne pas être capable de produire assez de lait et de le satisfaire. Oui, comme un échec. [...] Alors je me disais, est-ce que je vais être capable de en général de m'en occuper. [...] » (Razurel et al., 2011, p. 51).

En outre, selon Bryanton et al. (2008) les mères ayant un score d'auto-efficacité générale élevé sont plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale dans le post-partum ($p = .01$).

Selon Kohlhoff et Barnett (2013) l'auto-efficacité maternelle est corrélée de manière positive avec les abus vécus pendant l'enfance ($p = .026$) et corrélée de manière négative avec un attachement de type insécure évitant ($p = .004$).

Enfin, l'article de Ngai et al. (2010) met en évidence que la perception prénatale de la compétence du rôle parental ($p < .01$) et la « learned resourcefulness » prénatale et postnatale ($p < .01$) sont corrélées de manière positive avec l'auto-efficacité parentale à 6 semaines post-partum.

Facteurs en lien avec l'enfant. Selon une étude, le sexe du bébé a un impact sur la perception de l'auto-efficacité de la mère dans le post-partum (Kohlhoff & Barnett, 2013) ($p = .041$) ; en effet ces auteurs suggèrent que les mères ayant un niveau plus élevé d'auto-efficacité parentale sont plus susceptibles de déclarer d'avoir une fille.

Selon l'étude de Salonen et al. (2009), les problèmes de santé de l'enfant sont prédictors de l'auto-efficacité parentale ($p < .01$) ; selon ces auteurs, les problèmes de santé du bébé sont en lien avec la perception d'avoir un « enfant difficile », ce qui a comme conséquence une faible perception d'auto-efficacité de la part de la mère.

Dans l'étude de Shorey et al. (2015), les mères rapportent un niveau bas d'auto-efficacité parentale surtout en relation avec les soins apportés au bébé (PMP S-E score, $M = 31.6^1$). Selon Razurel et al. (2011) notamment, le rythme des pleurs de l'enfant est un des éléments qui ont le plus d'influence sur le sentiment de compétence de la mère ; une mère explique : « [...] Par exemple, concernant les pleurs, ça m'inquiète pour les voisins...Je pense encore beaucoup trop à ce qu'on va penser si elle pleure dans le bus ou des trucs comme ça. [...] » (Razurel et al., 2011,

¹ Etendue normal pour l'échelle de Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) = 17-68

p. 51). Selon Razurel et al. (2011) cela provoque un sentiment d'auto-efficacité plus faible.

Enfin, selon Bryanton et al. (2008), les femmes qui perçoivent la satisfaction de leur enfant comme excellente ont un score plus élevé d'auto-efficacité parentale ($p = .00$).

Facteurs familiaux et environnementaux. Selon quatre études sur six, le soutien social de la part de la famille et des soignants a une influence importante sur le sentiment d'auto-efficacité parentale dans la période du post-partum (Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015). Selon Ngai et al. (2010) le soutien social pendant la grossesse et après l'accouchement est corrélé de manière positive avec le sentiment d'auto-efficacité de la mère à 6 semaines post-partum ($p < .01$). La même corrélation positive entre auto-efficacité parentale et soutien social a été trouvée par l'étude de Shorey et al. (2015) ($p < .001$). Salonen et al. (2009), sont aussi en accord avec ce résultat et ajoutent que les conseils donnés par le personnel soignant sont perçus comme étant un des attributs environnementaux les plus significatifs. Razurel et al. (2011) ont également trouvé ce résultat, mais ils expliquent que le type de soutien social doit être adéquat selon le moment du post-partum. En ce qui concerne le soutien du père, Razurel et al. (2011) soulignent que : « le soutien du compagnon est essentiel pour les femmes, pourtant ce soutien n'est pas toujours perçu comme satisfaisant et notre recherche ne semble pas montrer d'effet de ce soutien sur le sentiment de compétence » (p. 52) ; une nouvelle mère explique à ce sujet : « Mon mari, il me supportait beaucoup, mais ça causait du stress dans la relation, parce qu'il ne pouvait pas m'aider parce que, lui aussi, était stressé. Émotionnellement j'avais besoin de quelque chose et il ne pouvait

pas me le donner. [...]) (p. 52). De plus, Razurel et al. (2011) expliquent que si le soutien social, surtout de la part de la personne significative, est perçu comme étant négatif, cela a un effet délétère sur le sentiment d'auto-efficacité de la mère.

Selon l'étude de Bryanton et al. (2008), les nouvelles mères qui perçoivent la relation avec leur partenaire comme excellente à 12-48h post-partum ($p = .02$) et à 1 mois post-partum ($p = .03$) sont plus susceptibles d'avoir un score d'auto-efficacité parentale élevé.

Selon l'article de Salonen et al. (2009), le changement de vie en lien avec l'arrivée du bébé est corrélé de manière négative avec l'auto-efficacité de la mère ; plus le changement de vie est perçu comme important, plus faible sera le sentiment d'auto-efficacité parentale de la mère.

Les mêmes auteurs soulignent que le fonctionnement et la santé de la famille sont corrélés de manière positive avec l'auto-efficacité de la mère (Salonen et al., 2009).

Enfin, selon Kohlhoff et Barnett (2013) une intervention de type médical et résidentiel de 4 jours a un effet bénéfique sur l'auto-efficacité maternelle ($p < .001$) ; en effet la différence entre les scores d'auto-efficacité parentale avant et après cette intervention était significativement plus élevée.

Conséquences du concept d'auto-efficacité parentale. Quatre études sur six présentent des résultats en lien avec les conséquences du concept d'auto-efficacité parentale (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Shorey et al., 2015). Ces quatre recherches mettent l'accent sur les conséquences d'un faible niveau de sentiment d'auto-efficacité de la mère sur son bien-être qui se répercute aussi sur celui de son enfant (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Shorey et al., 2015).

Bien-être de la mère et de l'enfant. Selon trois auteurs sur six, une des conséquences d'un score faible d'auto-efficacité maternelle est la dépression (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Shorey et al., 2015) ; en effet, selon ces auteurs, l'auto-efficacité maternelle est corrélée de manière négative avec la dépression (Kohlhoff & Barnett, 2013, $p = .025$; Ngai et al., 2010, $p < .01$; Shorey et al., 2015, $p < .05$). Les seuls auteurs qui parlent spécifiquement de dépression post-partum ce sont Shorey et al. (2015).

Kohlhoff et Barnett (2013) suggèrent qu'un faible niveau d'auto-efficacité maternelle a comme conséquence l'anxiété de la mère ($p < .05$) et un attachement de type insécure avec son bébé ($p < .05$).

De manière plus générale, Razurel et al. (2011) reconnaissent aussi les conséquences de l'auto-efficacité maternelle sur le bien-être de la mère et de l'enfant en expliquant que « Le sentiment de compétence parental est en lien étroit avec le bien-être psychique et la construction de la parentalité » (p. 55).

Discussion

Discussion en lien avec la littérature et le cadre théorique

Le but de cette revue de littérature est d'identifier les prédicteurs et les conséquences du concept d'auto-efficacité maternelle et/ou parentale dans le post-partum immédiat à la maternité après la naissance d'un enfant. Les résultats trouvés lors de l'analyse des articles sélectionnés ont permis de faire ressortir les antécédents et les conséquences du concept d'auto-efficacité parentale à différents moments du post-partum.

Antécédents du concept d'auto-efficacité parentale. En ce qui concerne les antécédents, il a été possible de définir quatre catégories : les facteurs socio-démographiques en lien avec la mère, les facteurs maternels, les facteurs en lien avec l'enfant et les facteurs familiaux et environnementaux.

Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère. Les facteurs socio-démographiques en lien avec la mère sont proposés dans quatre études sur six (Bryanton et al., 2008 ; Ngai et al., 2010 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015).

Selon trois auteurs l'âge de la mère est prédicteur de l'auto-efficacité parentale (Bryanton et al., 2008 ; Ngai et al., 2010 ; Shorey et al., 2015). Cependant les résultats sont paradoxaux ; selon Ngai et al. (2010) et Shorey et al. (2015), les mères plus âgées disposent de meilleures ressources personnelles et d'un meilleur soutien social pour faire face à l'arrivée d'un bébé ; cela leur permet d'avoir un score d'auto-efficacité parentale plus élevé par rapport aux mères plus jeunes. Cet élément est en accord avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1997) : il est possible que dans le passé la femme plus âgée ait vécu plus d'expériences qu'elle a réussi à maîtriser et qu'elle ait pu être confrontée à plusieurs expériences vécues par d'autres

personnes, ce qui a renforcé son sentiment d'auto-efficacité maternelle. Au contraire, l'article de Bryanton et al. (2008) explique que le jeune âge de la mère (< 30 ans) est prédicteur d'une meilleure perception d'auto-efficacité parentale ; ces chercheurs n'expliquent pas la raison de ce résultat, mais ils concluent que dans la littérature le rôle effectif de l'âge de la mère n'est pas clair. Ce résultat pourrait être dû soit au hasard, soit à des facteurs concomitants qui n'ont pas été identifiés.

Selon Shorey et al. (2015), être d'une nationalité différente de celle chinoise est prédicteur d'une meilleure auto-efficacité parentale ; ces auteurs expliquent que ce résultat n'est pas surprenant à cause des pratiques et des rituels chinois autour de la naissance qui jouent un rôle très important dans la transition vers la parentalité comme le « Sitting the month », la période d'une durée d'un mois après l'accouchement où la femme doit se reposer au lit ce qui implique qu'une autre personne de la famille s'occupe de son bébé. À ce sujet, il est donc légitime de penser que les facteurs culturels jouent aussi un rôle dans l'évaluation du sentiment d'auto-efficacité parentale.

En outre, toujours selon Shorey et al. (2015), un bon revenu mensuel total du ménage est aussi prédicteur d'une meilleure perception d'auto-efficacité parentale ; les auteurs suggèrent que ce résultat est en accord avec le cadre théorique de Bandura. Effectivement, selon Shorey et al. (2015), les mères qui disposent de plus d'argent peuvent faire appel à des aides à domicile ou des baby-sitters ; cela leur permet donc de disposer d'un support instrumental qui influence de manière positive leur niveau d'auto-efficacité personnelle.

L'étude de Bryanton et al. (2008) met en évidence que les mères célibataires ont un score d'auto-efficacité plus élevé par rapport aux mères mariées ; ces auteurs n'expliquent pas les hypothèses en lien avec ce résultat, mais ils suggèrent que cet

aspect n'a jamais été rapporté dans la littérature. En plus, Bryanton et al. (2008) reconnaissent que d'autres auteurs ont trouvé le résultat inverse. Enfin, selon l'article scientifique de Salonen et al. (2009), le fait d'avoir une formation de type universitaire est prédicteur d'un niveau bas d'auto-efficacité parentale. Ce résultat n'est pas éclairci par les auteurs. Comme il a déjà été mentionné précédemment, ces deux derniers résultats peuvent être dus à des facteurs concomitants qui n'ont pas été identifiés ou dus au hasard.

Les facteurs socio-démographiques en lien avec la mère citée ci-dessus sont des facteurs sur lesquels les infirmiers et les infirmières ne peuvent pas agir directement. Néanmoins, ces éléments peuvent être pris en considération pour détecter les femmes à risque d'avoir un niveau bas d'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat. Cela permettrait aux soignants de mieux cibler les interventions et de pouvoir donner des soins en adéquation avec les besoins de la mère. Par contre, les infirmiers et les infirmières ne doivent pas les prendre en compte de manière exclusive, car plusieurs autres facteurs (connus, pas encore connus et encore peu clairs) doivent être pris en considération afin de détecter les nouvelles mères à risque.

Facteurs maternels. Les facteurs maternels sont présentés dans cinq articles scientifiques (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009)

Selon trois articles sur six, les symptômes anxiodépressifs sont corrélés de manière négative avec l'auto-efficacité parentale dans le post-partum (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Salonen et al., 2009). Kohlhoff et Barnett (2013) ne donnent pas d'explications claires quant à ce résultat. Par contre Ngai et al., (2010) et Salonen et al. (2009) précisent que les mères souffrant d'une dépression se

sentent souvent coupables et inadéquates face à leur rôle, ce qui rend le développement du sentiment de compétence maternelle plus difficile voire compromis. Selon Salonen et al. (2009) cela est en accord avec la théorie de Bandura qui explique l'influence des états physiologiques et émotionnels sur le sentiment d'auto-efficacité personnelle : une mère souffrant de dépression peut percevoir certaines situations comme étant le signe de difficulté à atteindre l'objectif, comme entre autres celui d'apporter des soins au bébé. Ce qui pourrait en découler est le sentiment de ne pas être suffisamment capable de s'occuper de son enfant.

Selon trois auteurs sur six l'expérience de l'accouchement est corrélée de manière positive avec le sentiment d'auto-efficacité de la mère (Bryanton et al., 2008 ; Razurel, et al., 2011 ; Salonen et al., 2009). Selon Bryanton et al. (2008) ce résultat serait expliqué par le fait que l'estime de soi et la confiance peuvent être renforcées grâce à l'expérience positive de l'accouchement ; selon ces auteurs, cela confirmerait le cadre théorique de Bandura et expliquerait le lien entre les états physiologiques et émotionnels et l'auto-efficacité personnelle. Razurel et al. (2011) ajoutent que « la perception des événements est fortement influencée par les représentations que les mères ont vis-à-vis des événements de la naissance » (p. 54) ; selon ces auteurs, cela « laisse transparaître un champ d'action puissant » (p. 54) auquel les soignants peuvent porter leur attention afin de travailler sur les représentations en lien avec la naissance et, par conséquent, renforcer le sentiment d'auto-efficacité maternelle.

Selon trois études sur six, le stress est corrélé de manière négative avec le sentiment d'auto-efficacité parentale pendant la période du post-partum (Ngai et al., 2010, Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009). Ce résultat peut être mis en lien, encore une fois, avec l'influence des états physiologiques et émotionnels. Selon Razurel, Desmet et Sellenet (2011), l'allaitement et le rythme des pleurs sont les événements les plus stressants qui ont une influence sur le sentiment d'auto-efficacité

maternelle. Cela est mis en relation avec le sentiment de contrôle : les situations dans lesquelles la mère n'a pas le sentiment d'avoir de la maîtrise sont évoquées comme les plus stressantes (Razurel et al., 2011).

Selon deux articles, l'allaitement a aussi une influence sur le sentiment d'auto-efficacité parentale, mais de deux manières différentes (Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009). Selon Salonen et al. (2009) l'allaitement exclusif de son bébé est un facteur qui favorise une meilleure auto-efficacité parentale, mais les auteurs n'expliquent pas ce lien. Une hypothèse peut être faite : allaiter de manière exclusive signifie que la mère ne donne que son sein et n'a pas besoin d'une autre aide (par exemple lait artificiel). Cela pourrait renforcer le sentiment d'être capable de nourrir son enfant uniquement avec ses propres forces, ce qui peut être mis en lien avec l'une des caractéristiques du concept d'auto-efficacité : la confiance. Au contraire, Razurel et al., (2011), comme cité plus haut, suggèrent que l'allaitement est un des événements les plus stressants pour la femme, ce qui rend faible son sentiment d'auto-efficacité (cf. paragraphe précédent).

Selon deux auteurs sur quatre, la multiparité est un facteur prédictif d'une meilleure auto-efficacité parentale (Bryanton et al., 2008 ; Salonen et al., 2009). Cela peut être mis en relation avec le cadre théorique de Bandura (1997) et l'expérience active de maîtrise ; en effet, une mère multipare a déjà pu faire des expériences réussies liées à l'arrivée d'un nouveau-né et elle peut donc avoir le sentiment de disposer de meilleures capacités ou d'une meilleure maîtrise par rapport à une mère primipare (Bryanton et al., 2008 ; Salonen et al., 2009). De plus, il est d'ailleurs possible qu'une mère multipare ait déjà pu entrer en contact avec d'autres mères et donc faire des expériences vicariantes (Bryanton et al., 2008 ; Salonen et al., 2009).

Selon l'étude de Bryanton et al. (2008), les mères ayant un niveau d'auto-efficacité générale élevé ont aussi un niveau d'auto-efficacité parentale élevé ; ces auteurs expliquent que ce lien est en accord avec le cadre théorique, mais ils n'explicitent pas de quelle manière. Il est possible de supposer que, vu que le sentiment d'auto-efficacité parentale découle du concept base d'auto-efficacité personnelle, les deux concepts soient complémentaires et qu'ils soient influencés par les mêmes facteurs. Par conséquent, le niveau de l'un peut être similaire ou le même du niveau de l'autre.

Selon Kohlhoff et Barnett (2013) les souvenirs de la part des mères d'abus subis pendant l'enfance sont en lien avec un sentiment d'auto-efficacité élevé ; ces auteurs expriment leur surprise quant à ce résultat, en expliquant qu'il peut être dû à l'instrument de mesure utilisé. Effectivement, Kohlhoff et Barnett (2013) ont mesuré ce facteur à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation, ce qui rend possible que les mères sélectionnées aient sur- ou sous-estimé les abus subis dans l'enfance. Suite à ce résultat Kohlhoff et Barnett (2013) suggèrent que trois explications sont possibles : en premier lieu, les mères pourraient avoir reçu une éducation positive de la part du parent bienveillant ou une autre figure parentale importante ; en second lieu, il est possible que certains mécanismes de défense mis en place en relation avec l'abus subi puissent porter les mères à une mauvaise compréhension des besoins de l'enfant ; enfin, il est d'ailleurs possible que le fait d'avoir subi des abus pendant l'enfance amène les nouvelles mères à avoir un manque d'exemple d'éducation positive et adéquate sur lequel se baser. Cela semble être à la base d'une surestimation de la compétence parentale de la part de la mère (Kohlhoff & Barnett, 2013). Kohlhoff et Barnett (2013) suggèrent aussi que l'attachement de type insécure avec sa propre mère serait corrélé de manière négative avec le sentiment d'auto-efficacité parentale ; en effet, selon ces auteurs, le fait d'avoir vécu des expériences

d'attachement dysfonctionnel dans l'enfance rendrait les femmes plus vulnérables face aux premières difficultés rencontrées avec leur propre bébé.

Enfin, Ngai et al. (2010) mettent en évidence que le fait d'avoir un bon sentiment d'auto-efficacité parentale prénatale et une bonne « learned resourcefulness » sont corrélés de manière positive avec l'auto-efficacité parentale postnatale. Le concept de « learned resourcefulness » (un terme qui n'est pas traduisible en français) fait partie d'un vaste répertoire de compétences ; en effet, selon Rosenbaum (1990, 2000 cité dans Kennett & Keefer, 2006) les personnes qui ont une bonne « resourcefulness » sont capables de faire appel à des auto-apprentissages positifs, appliquent des méthodes de résolution de problèmes, attendent une gratification et utilisent des stratégies d'auto-contrôle. Cela aide les individus à faire face aux émotions négatives, à casser les mauvaises habitudes, à adhérer aux régimes médicamenteux, à effectuer des tâches ennuyeuses mais nécessaires, et à surmonter d'autres obstacles auxquels ils sont confrontés dans la vie quotidienne [traduction libre] (Kennett & Keefer, 2006). De plus, selon Kennett et Keefer (2006), les recherches menées jusqu'à présent montrent qu'avoir une bonne « learned resourcefulness » permet aux personnes de faire des efforts et de persister face aux difficultés afin d'atteindre leurs buts. Cela peut être mis relation avec l'une des caractéristiques du concept d'auto-efficacité : la confiance. En effet, la mère qui possède le répertoire de « learned resourcefulness » est tendanciellement plus confiante en elle-même et en sa capacité à surmonter les difficultés, ce qui lui permet d'acquérir plus facilement des compétences parentales (Ngai et al., 2010). En outre, selon Ngai et al. (2010), les femmes ayant un grand sentiment de compétence dans le rôle maternel pendant la grossesse ont des attentes optimistes envers leur capacité dans le post-partum, ce qui leur permet d'avoir une vision moins menaçante de la vie après l'accouchement

Facteurs en lien avec l'enfant. Les facteurs en lien avec l'enfant sont exposés dans cinq recherches (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015).

Selon Kohlhoff et Barnett (2013) le fait d'avoir un enfant de sexe masculin est prédicteur d'un sentiment d'auto-efficacité plus faible ; ces auteurs expliquent que ce résultat est en désaccord avec la littérature et qu'il peut être dû au fait que leur recherche ne prend pas en considération l'interaction mère-enfant qui semble essentielle pour comprendre l'influence de certains facteurs spécifiques comme celui du sexe du bébé.

L'étude de Salonen et al. (2009) explique que les problèmes de santé de l'enfant sont en lien avec une perception de l'auto-efficacité parentale plus faible. En effet, le lien entre ce facteur et le cadre théorique de Bandura est possible : selon Jenkins (2015) l'une des caractéristiques du concept d'auto-efficacité est la confiance. Afin de maintenir une bonne perception d'auto-efficacité, l'individu doit croire pouvoir réaliser la tâche (Jenkins, 2015). Il est donc possible de dire que si la mère ou les parents ont l'impression d'avoir un « enfant difficile », ils peuvent ne pas croire en leur capacité à s'occuper de lui.

Selon Shorey et al. (2015) les soins apportés au bébé comme celui de l'allaiter, de l'habiller, de lui donner le bain, de le rendre satisfait, de l'apaiser quand il pleure, d'attirer son attention, de comprendre quand il est fatigué et a besoin de dormir, d'avoir le contrôle sur lui, de comprendre quand il va mal, de lire ses signes et symptômes, de comprendre ses besoins, de le garder occupé et de comprendre quelles activités il n'aime pas rend faible le sentiment d'auto-efficacité ; ces auteurs suggèrent que le fait que la population de leur étude était composée de femmes primipares explique ce résultat. En accord avec Bandura, les mères primipares

peuvent manquer de maîtrise préalable dans l'exécution de tâches spécifiques en lien avec leur bébé, ce qui entraîne une baisse du sentiment d'auto-efficacité parentale. Par rapport aux pleurs du bébé, Razurel et al. (2011) expliquent que la difficulté voire l'impossibilité de les apaiser est l'un des facteurs les plus stressants pour une mère et la confronte à certaines normes sociales et au sentiment de manque de contrôle de la situation.

Enfin, selon Bryanton et al. (2008), les mères qui perçoivent la satisfaction de leur bébé comme excellente ont un sentiment d'auto-efficacité parentale élevé. Les auteurs expliquent que la direction de la relation entre satisfaction du bébé et auto-efficacité parentale peut être bidirectionnelle : soit l'enfant qui est perçu comme difficile fait diminuer le sentiment de capacité de la mère (cf. paragraphe précédent), soit la mère qui a un niveau d'auto-efficacité parentale élevé peut avoir plus de facilité à faire face aux difficultés et à percevoir son enfant comme plus satisfait (Bryanton et al., 2008). Cette relation peut être mise en lien avec deux des caractéristiques de l'auto-efficacité : la capacité et la confiance.

Facteurs familiaux et environnementaux. Les facteurs familiaux et environnementaux sont expliqués dans les six études sélectionnées pour cette revue de littérature (Bryanton et al., 2008 ; Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015).

Selon Ngai et al. (2010), Salonen et al. (2009), Shorey et al. (2015) et Razurel et al. (2011) le soutien social de la part de la famille et des soignants est corrélé de manière positive avec l'auto-efficacité parentale. Cet élément peut être mis en relation avec la persuasion verbale : selon Erny (2010) et en accord avec Bandura « les encouragements prodigués par la hiérarchie et les pairs peuvent accroître le

sentiment d'efficacité personnelle » (p. 95). Razurel, Desmet et Sellenet (2011) suggèrent que le soutien social doit être en adéquation avec les différents moments du post-partum : un soutien émotionnel et d'estime doit être fourni dans le post-partum immédiat, car les mères ont besoin d'être rassurées et valorisées ; un soutien matériel (par exemple une aide pour les tâches ménagères) est à donner lors du post-partum à domicile, car les femmes vivent un état d'épuisement ; enfin, un soutien informatif cohérent et ouvert doit être apporté tout au long du post-partum surtout de la part des soignants, mais aussi de la part de l'entourage, afin d'éviter une baisse du sentiment de compétence de la mère. Razurel et al. (2011) précisent aussi qu'il existe plusieurs sources de soutien social, mais que les plus influentes ce sont la sage-femme et la personne significative pour la mère (une amie, sa propre mère, etc.). Quant à la difficulté pour le père à soutenir sa femme, Razurel et al. (2011) expliquent que celui-ci a du mal à donner un soutien efficace, car lui-même, il doit faire face à sa propre parentalité.

La bonne relation avec le partenaire est aussi un élément important qui peut renforcer le sentiment d'auto-efficacité maternelle ; selon Bryanton et al. (2008), cela est en lien avec le cadre théorique de Bandura et plus en particulier avec l'influence de la persuasion verbale ou sociale ; si la mère perçoit la relation avec son partenaire comme bonne ou excellente et si par exemple ce dernier verbalise qu'elle est une bonne mère, cela peut faire augmenter le niveau d'auto-efficacité maternelle.

Selon l'article de Salonen et al. (2009), si le changement de vie est perçu comme important, le niveau d'auto-efficacité parentale diminue. Ces auteurs n'expliquent pas cette relation, mais, en accord avec Bandura, il est possible de dire que ce facteur est en lien avec l'expérience active de maîtrise et/ou l'influence des états physiologiques et émotionnels : un grand changement de vie peut amener la nouvelle mère à devoir faire face à des situations nouvelles et à des émotions négatives, comme le stress,

ce qui provoquerait une baisse de confiance en ses propres capacités. Salonen et al. (2009) suggèrent aussi que les parents sont censés fournir un environnement optimal pour le développement de leur enfant [traduction libre] (p. 2333), ce qui implique que la famille fonctionne bien et soit en santé ; dans leur étude, ces deux facteurs sont corrélés de manière positive avec l'auto-efficacité parentale. Cela serait expliqué d'ailleurs par l'influence de la persuasion verbale, expliquée précédemment (Salonen et al., 2009).

Enfin, Kohlhoff et Barnett (2013) ont pu constater une évolution positive de l'auto-efficacité parentale lors de la mise en place d'une intervention de type médical et résidentiel de 4 jours. En accord avec Bandura, Kohlhoff et Barnett (2013) suggèrent que le fait d'avoir expérimenté une tâche (expérience active de maîtrise), d'avoir expérimenté un bas niveau de stress (états physiologiques et émotionnels), d'avoir eu l'opportunité d'observer les autres faire une tâche (expérience vicariante ou indirecte) et d'avoir pu recevoir un feedback positif lors de ce séjour (persuasion verbale), cela a contribué à l'augmentation du niveau d'auto-efficacité maternelle.

Conséquences du concept d'auto-efficacité parentale. En ce qui concerne les conséquences, il a été possible de définir une catégorie : le bien-être de la mère et de l'enfant.

Bien-être de la mère et de l'enfant. Quatre études sur six présentent les conséquences d'un faible niveau d'auto-efficacité parentale (Kohlhoff & Barnett, 2013 ; Ngai et al., 2010 ; Razurel et al., 2011 ; Shorey et al., 2015).

Selon Kohlhoff et Barnett (2013), Ngai et al. (2010) et Shorey et al. (2015), la corrélation négative entre la dépression et l'auto-efficacité parentale peut être

expliquée par l'influence des états physiologiques et émotionnels, ou par la confiance en ses propres capacités. En fait, le rôle de la dépression semble être bidirectionnel ; pour cette raison elle peut être à la fois un antécédent et une conséquence de l'auto-efficacité parentale. Le même lien bidirectionnel peut être fait entre auto-efficacité parentale et anxiété (Kohlhoff & Barnett, 2013) ; en ce qui concerne les conséquences, les auteurs expliquent que si la mère se sent « mal-équipée » ou inefficace face aux soins apportés au bébé, cela provoque de l'anxiété. En outre, Kohlhoff et Barnett (2013) expliquent que l'attachement de type insécure avec le bébé peut être une conséquence d'un bas niveau d'auto-efficacité parentale ; dans cette corrélation négative complexe les symptômes dépressifs jouent le rôle de médiateur. Razurel, Desmet et Sellenet (2011) confirment ces résultats en soulignant que « Le sentiment de compétence parentale est en lien étroit avec le bien-être psychique et la construction de la parentalité » (p. 55).

Enfin, les conséquences du concept peuvent être mis en lien avec le modèle conceptuel décrit par Richard et Shea (2011). À ce sujet, il est possible de formuler l'hypothèse que le niveau d'auto-efficacité parentale joue aussi un rôle très important dans le post-partum immédiat ; en effet ce concept peut être le médiateur ou le modérateur des auto-soins, de l'auto-gestion, de l'auto-surveillance et de la gestion des symptômes et donc influencer les comportements futurs de la mère en relation avec sa capacité à gérer sa santé et, indirectement, celle de son enfant. Si le niveau d'auto-efficacité parentale est faible, la mère pourrait rencontrer des difficultés à l'égard de la gestion de sa santé et de celle de son bébé et, par conséquent, développer des dysfonctionnements physiques et psychiques plus ou moins graves, comme la dépression et l'anxiété. Au contraire, si le niveau d'auto-efficacité parentale est élevé ou renforcé pendant le post-partum immédiat la mère pourrait se protéger,

vivre de manière plus sereine la transition vers la parentalité et solliciter de l'aide en cas de besoin.

Regard critique sur les études sélectionnées

Les études sélectionnées pour ce travail de Bachelor sont récentes ; leur date de publication est comprise entre 2008 et 2015. Cinq études sur six sont de devis quantitatif et rédigées en anglais, une étude sur six est de devis qualitatif et rédigée en français. L'article de devis qualitatif a permis d'apporter des précisions quant aux résultats présentés dans les recherches quantitatives.

En ce qui concerne les lieux de réalisation des études, deux recherches ont été menées en Chine, une aux Etats Unis, une en Australie, une en Finlande et une en Suisse ; cela veut dire que la population européenne n'est représentée que de manière faible.

Sur les six articles, quatre ont recueilli les données à un moment précis et deux articles à des moments différents dans le temps, ce qui peut donner une idée de l'évolution de l'auto-efficacité parentale durant la période du post-partum.

Pour les articles avec un devis quantitatif, la totalité des auteurs ont recueilli les données à partir de questionnaires d'auto-évaluation ; le seul article de devis qualitatif a utilisé des entretiens semi-directifs, ce qui a permis de recueillir des données à partir des dires des mères. Par rapport à ces instruments de mesure, il est possible de dire que la fiabilité des données peut être discutée.

Limites

Le nombre d'articles utilisés pour répondre à la question de recherche est limité ; seules six études ont été sélectionnées et analysées afin de répondre à la question de recherche. De plus, sur la totalité des articles, une seule étude est de devis qualitatif ; disposer d'un plus grand nombre d'études aurait pu montrer d'autres résultats qui ne sont pas mentionnés dans ce travail et le fait d'avoir plus d'une recherche de devis qualitatif aurait pu apporter des précisions par rapport à certains résultats présents dans les articles quantitatifs.

En ce qui concerne la recherche des articles, la littérature propose un nombre limité d'études qui traitent de l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat à l'hôpital. Cela a rendu difficile la sélection des articles pour ce travail, qui comprend aussi une recherche ayant recueilli des données jusqu'à 12 mois post-partum. Cet élément est une limite, mais il pourrait aussi apporter des informations utiles à retenir pour la prise en charge infirmière dans le post-partum immédiat à la maternité. De plus, l'article de Salonen et al. (2009) ne présente pas de valeur p concernant certains résultats définis dans la partie narrative comme étant statistiquement significatifs. Ces limites mettent en question la transférabilité des résultats.

Une autre limite de cette revue de littérature est le fait que dans les articles le père soit très absent. L'inclusion de celui-ci aurait pu rendre les résultats plus complets.

En outre, cinq articles sur six sont rédigés en anglais. Par conséquent, des imprécisions de traduction lors de l'analyse des articles peuvent être présentes et engendrer des inexactitudes d'interprétation.

Enfin, le fait de ne pas être de langue maternelle française a causé des difficultés dans la formulation et la syntaxe, ce qui a rendu le texte parfois moins fluide et clair.

Recommandations pour la pratique infirmière, la recherche et la formation

Les six articles scientifiques sélectionnés et analysés proposent des pistes d'amélioration qui peuvent être utiles afin de renforcer le sentiment d'auto-efficacité maternel et/ou parental dans le post-partum immédiat à l'hôpital.

Les études de Bryanton et al. (2008), Salonen et al. (2009), Shorey et al. (2015), expliquent que dans la pratique infirmière il est important d'identifier les parents à risque afin de pouvoir améliorer leur bien-être, celui de l'enfant et de la famille ; pour faire cela, il est nécessaire de mesurer régulièrement le sentiment d'auto-efficacité parentale durant l'hospitalisation au moyen de questionnaires d'auto-évaluation. Cela permettrait de proposer des interventions en adéquation avec les besoins de la mère et/ou des parents (Bryanton et al., 2008 ; Salonen et al., 2009 ; Shorey et al., 2015). Afin de pouvoir mettre cela en pratique, il serait nécessaire selon Kohlhoff et Barnett (2013) de développer des instruments de mesure plus complets que ceux existants. À ce propos, Salonen et al. (2009) suggèrent de mettre en place des entretiens individuels au sujet de différents thèmes en lien avec la transition vers la parentalité.

Selon Ngai et al. (2010), Salonen et al. (2009), Shorey et al. (2015) afin de pouvoir renforcer le sentiment d'auto-efficacité maternelle et/ou parentale il est très important pour les professionnels de renforcer d'abord les ressources parentales déjà existantes, de sensibiliser les mères quant à l'impact des facteurs émotionnels sur leur sentiment de compétence et de supprimer les obstacles qui limitent le bien-être parental. Selon Ngai et al. (2010) une de ces ressources est la « learned resourcefulness ». En plus, selon l'article de Shorey et al. (2015), pour les soignants il est nécessaire d'adapter les soins au groupe ethnique d'origine de la mère, de renforcer leur soutien social dans le post-partum immédiat et d'adopter une approche centrée sur la famille ; cela implique que les soignants soient plus attentifs aux

besoins en matière de soutien social et à l'implication de la famille qui pourrait avoir un rôle plus actif dans le soutien des nouvelles mères et les soins apportés au bébé. Shorey et al. (2015) et Ngai et al. (2010) suggèrent que les activités de promotion de la santé (soutien des soignants, cours de préparation à la naissance, etc.) peuvent commencer dans la période anténatale, ce qui permet un renforcement de l'auto-efficacité parentale postnatale. Enfin, selon Razurel et al. (2011) pour les infirmiers et les infirmières il est essentiel de : privilégier le soutien social émotionnel et d'estime dans le post-partum immédiat et le soutien matériel dans le post-partum à domicile, de privilégier l'information EBN (Evidence Based Nursing) concomitante aux événements et partagée au sein de l'équipe soignante, d'axer les interventions sur l'allaitement et les comportements de l'enfant, d'inclure un travail sur les représentations et les attentes de la mère lors de l'enseignement thérapeutique et de favoriser les feedbacks positifs.

Selon Bryanton et al. (2008) et Shorey et al. (2015) les nouvelles mères considérées à risque d'avoir un niveau insuffisant d'auto-efficacité parentale devraient bénéficier d'un enseignement thérapeutique extra, d'un soutien social plus accentué, de la possibilité de pratiquer des nouvelles tâches et être en contact avec d'autres mères pour apprendre les unes des autres ; cela implique que les infirmiers et les infirmières soient attentifs à ces éléments pendant l'hospitalisation et qu'ils et elles organisent un suivi adéquat pour le retour à domicile. Selon Bryanton et al. (2008) les soignants ont le pouvoir de faire tout cela et de créer une expérience positive quant à l'accouchement. Selon Shorey et al. (2015) les interventions citées précédemment aideraient d'ailleurs les mères à comprendre leurs besoins et solliciter de l'aide en cas de besoin. Selon Kohlhoff et Barnett (2013) une intervention brève (4 jours), intensive et résidentielle peut améliorer le sentiment d'auto-efficacité parentale pour les mères en difficulté.

Selon Salonen et al. (2009), il serait nécessaire de réaliser plus d'études afin de mieux comprendre les facteurs de risque en relation avec un niveau bas d'auto-efficacité parentale et l'influence des facteurs environnementaux (par exemple le soutien et les conseils de la part des soignants). Bryanton et al. (2008) expliquent que des recherches ultérieures devront être menées pour comprendre l'impact de l'expérience de l'accouchement sur le sentiment d'auto-efficacité parentale. Selon Kohlhoff et Barnett (2013), les études futures devront étudier davantage la relation entre le sentiment d'auto-efficacité parentale et les abus subis par la mère pendant son enfance, le sexe du bébé, l'attachement et son développement et impact sur les pères. Enfin Razurel et al. (2011) soulignent que les recherches futures devront prendre en considération les différents besoins en termes de soutien social à des moments différents du post-partum ; cela implique l'utilisation de modèles complexes et transactionnels.

Etant donné que l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat semble jouer un rôle essentiel dans la transition vers la parentalité, il serait intéressant de sensibiliser les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers à cette thématique et de l'approfondir lors du module « Devenir une famille ».

Conclusion

Pour conclure, ce travail m'a permis de réaliser plusieurs apprentissages. En premier lieu, j'ai mieux étudié le concept d'auto-efficacité que je connaissais très peu. L'approfondissement de cette thématique m'a permis d'acquérir des connaissances solides qui pourront être transférées dans ma pratique professionnelle et que je pourrai aussi transmettre à mes futures collègues de la maternité ; en particulier, il sera important d'être sensible au concept d'auto-efficacité parentale et à ses prédicteurs et conséquences afin de donner des soins en adéquation avec les besoins de la mère et/ou des parents dans le post-partum immédiat. J'aimerais bien aussi continuer mes recherches par rapport à cette thématique, car j'en reconnais l'importance et la santé de la femme et de son l'enfant sont un sujet qui m'intéresse beaucoup.

L'élaboration de ce travail de Bachelor m'a aussi permis de réaliser des apprentissages quant à la méthodologie de la recherche. J'ai appris à chercher des articles scientifiques dans les banques de données, à les analyser de manière critique et à sélectionner les résultats par rapport à une question de recherche. Cela me sera utile pour la pratique infirmière pour que mes soins soient basés sur des preuves actuelles et de qualité. De plus, l'écriture de ce travail m'a permis de prendre conscience des différentes étapes à traverser pour réaliser une revue de littérature.

En dernier lieu, la réalisation de ce travail a permis de répondre à la question de recherche qui avait pour but d'identifier les prédicteurs et les conséquences de l'auto-efficacité maternelle et/ou parentale dans le post-partum immédiat à la maternité. Cela a permis de mettre en lumière les antécédents de ce concept et les conséquences qui en découlent. Il serait intéressant pour les recherches futures d'étudier davantage les conséquences que le niveau d'auto-efficacité parentale a dans le post-partum immédiat sur les nouvelles mères et aussi de mieux étudier ce concept en lien avec les pères.

Références

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nursing research*, 57(4), 252-259. doi: 10.1097/01.NNR.0000313490.56788.cd
- Canon-Yannotti, M. (2002). *Devenir parents en maternité*. Elsevier Masson.
- Coughlan, M., Ryan, F. & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London: Sage.
- Czarnocka, J., Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth, *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789027>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Erny, J. C. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 91-97. doi : 10.3917/rsi.101.0091
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in nursing & health*, 32(1), 50-58. doi: 10.1002/nur.20306
- Henry, V., & Bize, R. Estimation du nombre de naissances et structuration de l'offre vaudoise dans le domaine de l'obstétrique, horizons 2020-2030. *Horizons*, 2020, 2030. Repéré à <https://www.iumsp.ch/fr/rds/257>
- Jenkins, M. (2015, January). A Concept Analysis of Self-Efficacy and Adolescent Sexual Risk-Taking Behavior. In *Nursing forum* (Vol. 50, No. 1, pp. 31-36). Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nuf.12070>
- Kennett, D. J., & Keefer, K. (2006). Impact of learned resourcefulness and theories of intelligence on academic achievement of university students: An integrated approach. *Educational Psychology*, 26(3), 441-457. doi: 10.1080/01443410500342062

- Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, 89(4), 249-256. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008
- Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (4^{ème} éd.).
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.008
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, 21(3 4), 388-397. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, Canada : ERPI.
- Meyer, T., & Verhiac, J. F. (2004). Auto-efficacité: quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé?. *Savoirs*, (5), 117-134. doi : 10.3917/savo.hs01.0117
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. Repéré à <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.100007>
- Mosca, F., & Garnier, A. M. (2015). Devenir parents. Une étrange métamorphose. *Thérapie familiale*, 36(2), 167-186. Repéré à https://www.cairn.info/resume.php?download=1&ID_ARTICLE=TF_152_017
- Ngai, F. W., Chan, S. W. C., & Ip, W. Y. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nursing Research*, 59(3), 185-193. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbb9e
- Office Fédérale de la Statistique, 2017. Naissances. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.html>
- Ong, S. F., Chan, W. C. S., Shorey, S., Chong, Y. S., Klainin-Yobas, P., & He, H. G. (2014). Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 772-778. doi: 10.1016/j.midw.2013.09.004
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

- 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*, (3), 47-58. doi: 10.3917/rsi.106.0047
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. Repéré à <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2324-2336. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x
- Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: care, health and development*, 36(2), 179-189. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x>
- Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1604-1622. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945914537724>
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Eds.). (2009). *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Strategies for theory construction in nursing. Repéré à <https://www.pearson.com/us/higher-education/program/Walker-Strategies-for-Theory-Construction-in-Nursing-5th-Edition/PGM146725.html>

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Je déclare avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, le 12 juillet 2018

Tosca Alberton

Appendice B

Stratégies de recherche

Stratégie 1	Banque de données	PubMed	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	("Self Efficacy"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) OR "Midwifery"[Mesh])	
	Résultats	996 résultats dont 0 retenus	
Stratégie 2	Banque de données	PubMed	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	("Self Efficacy"[Mesh]) AND "Parenting"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh])	Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 65(11), 2324-2336. doi : 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x
	Résultats	14 résultats dont 2 retenu	
Stratégie 3	Banque de données	PubMed	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	("Self Efficacy"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh])	- Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 37(12), 1604-1622. doi : 10.1177/0193945914537724 - Ngai, F. W., Chan, S. W. C., & Ip, W. Y. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. <i>Nursing Research</i>, 59(3), 185-193. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee

			Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. <i>Nursing research</i>, 57(4), 252-259. doi: 10.1097/01.NNR.0000313490.56788.cd
	Résultats	79 résultats dont 3 retenus	
Stratégie 4	Banque de données	PubMed	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	("Self Efficacy"[Mesh]) AND "Mothers"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh])	
	Résultats	45 résultats dont 0 retenus	
Stratégie 5	Banque de données	CINAHL	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	(MH "Self-Efficacy") AND (MH "Parenting") AND (MH "Postnatal Period")	
	Résultats	13 résultats dont 0 retenus	
Stratégie 6	Banque de données	CINAHL	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	(MH "Self-Efficacy") AND (MH "Parenting") AND (MH "Depression, Postpartum")	Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. <i>Early Human Development</i>, 89(4), 249-256. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008

	Résultats	10 résultats dont 1 retenu	
Stratégie 7	Banque de données	CINAHL	Articles sélectionnés et retenus
	Mots MeSH	(MH "Self-Efficacy") AND (MH "Primiparas")	Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, social support and coping strategies: what influence on perceived parental self-efficacy of primiparous mothers?. <i>Recherche en soins infirmiers</i>, (106), 47-58. doi: 10.3917/rsi.106.0047
	Résultats	53 résultats dont 2 retenu	

Appendice C

Grilles d'analyse des articles

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. <i>Nursing research</i> , 57(4), 252-259. doi: 10.1097/01.NNR.0000313490.56788.cd
Introduction Problème de recherche	Malgré le fait que l'auto-efficacité soit scientifiquement identifiée comme étant un des éléments déterminants de comportements d'une parentalité positive, il y a une certaine incohérence des évidences scientifiques au regard des prédicteurs de l'auto-efficacité parentale. De plus il y a peu d'études qui ont investigué ce sujet en lien avec le post-partum immédiat. Le fait de pouvoir déterminer de manière scientifique les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat permettrait aux infirmiers et infirmières de « mieux évaluer le risque de faible auto-efficacité parentale et d'intervenir de façon appropriée pour améliorer la transition vers la parentalité » (p. 252). Pour cette raison, cette étude a comme but de déterminer les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité parentale de la mère après 12h à 48h et à 1 mois après l'accouchement. [traduction libre] (p. 252)
Recension des écrits	L'auto-efficacité parentale peut être définie comme la croyance d'un parent en sa capacité d'organiser et d'exécuter des tâches liées à élever un enfant. [traduction libre] (p. 252) Après l'analyse conceptuelle de 60 études, plusieurs auteurs affirment que les recherches faites concernant l'auto-efficacité parentale sont affligées par un manque de clarté dans la définition de ce concept. [traduction libre] (p. 252) De même, ils suggèrent que les concepts de compétence parentale perçue et de confiance ont été utilisés comme étant interchangeable avec le concept d'auto-efficacité parentale. Les auteurs expliquent que les termes mentionnés sont reliés, mais ne sont pas identiques. Une distinction est donc faite entre : • Auto-efficacité parentale : est reliée à une situation spécifique • Confiance : est un concept stable d'un statut de certitude qui n'est pas dépendant d'une situation. [traduction libre] (p. 252)

- **Compétence parentale** : est un jugement détenu par les autres [traduction libre] (p. 252) tandis que l'
- **Auto-efficacité perçue** : est le jugement des parents eux-mêmes. [traduction libre] (p. 252)
- **Compétence perçue** : se concentre sur le nombre de compétence qu'un parent a. [traduction libre] (p. 252)

Les auteurs soulignent aussi, en accord avec Bandura, que les parents ont besoin non seulement de connaître les comportements parentaux appropriés, mais doivent aussi croire en leurs propres capacités à mettre en pratique ces comportements et connaissances afin de pouvoir agir. [traduction libre] (p. 252)

Malgré que les parents qui sont en mesure de relever ces défis et d'en être satisfaits sont nombreux, il y a aussi un certain nombre de parents qui manquent de compétences et de persistance afin de remplir un rôle parentale adéquat et qui se sentent débordés et mécontents. Les parents concernés peuvent subir des conséquences psychologiques qui peuvent être la cause d'effets néfastes sur le développement physique, socioaffectif et cognitifs de leurs enfants en bas âge. [traduction libre] (p. 253).

En outre, les chercheurs suggèrent que la conceptualisation de l'auto-efficacité peut offrir de l'espoir afin de pouvoir comprendre les différentes réponses à la parentalité et pouvoir mieux expliquer les modèles théoriques et promouvoir des programmes d'éducation parentale efficaces.

D'autres auteurs expliquent aussi que :

- **Les parents avec une meilleure auto-efficacité** sont capables de mettre le focus sur leurs ressources afin de pouvoir maîtriser les différentes situations ou difficultés. Une mère avec cette capacité sera plus apte à s'attacher de manière adaptée et reconnaître les signaux de l'enfant pour y répondre de manière adéquate
- **Les parents ayant une faible auto-efficacité** investissent leurs propres énergies en se préoccupant des insuccès, ce qui peut effectivement compromettre leur effort et efficacité dans le rôle parental. Une mère qui se sent inefficace envers son enfant aura plus de difficultés dans la prise en charge de son bébé, sera maladroite, insensible et indécise

Et donc :

- **L'auto-efficacité maternelle, la compétence perçue et la confiance** sont en corrélation avec l'adaptation à la parentalité, l'attachement mère-enfant et la satisfaction avec la parentalité et l'enfant. [traduction libre] (p. 253)
- **Une faible auto-efficacité parentale** est associée à une efficacité parentale réduite, un attachement insécure et une sensibilité accrue à l'impuissance/détresse. [traduction libre] (p. 253)

	Les prédicteurs et les corrélats de l'auto-efficacité parentale et les concepts associés (mentionnés plus haut) ont été objet d'un certain nombre de recherches scientifiques. Malgré ça il y a une certaine inconsistance/incohérence des résultats qui peuvent être mis en lien avec différents facteurs (méthodologie, outils, etc.). En général, un nombre croissant d'études est en train de se faire ces dernières années en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale bien qu'un manque de clarté au niveau théorique soit évident. [traduction libre] (p. 253) De plus il y a très peu d'études qui décrivent l'auto-efficacité parentale dans le post-partum immédiat. D'autres recherches scientifiques portant sur ce sujet sont donc nécessaires.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique se base sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (détaillée dans ce Travail de Bachelor), qui explique que celle-ci résulte d'une situation/un attribut spécifique à une tâche donnée qui est renforcée par : • Les réussites précédentes • L'expérience faite par autrui • La persuasion verbale • Les émotions La même chose peut valoir pour l'auto-efficacité parentale dans la réalisation d'une tâche spécifique comme p.ex. l'allaitement au sein, p.ex. D'autres auteurs reprennent la théorie de Bandura, mais en expliquant d'autres facteurs qui pourraient influencer l'auto-efficacité parentale, comme les expériences d'accouchement et parentalité (négatives/positives), l'âge, l'état civil, le soutien du partenaire, etc.
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude a comme but de déterminer les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité parentale de la mère après 12h à 48h et à 1 mois après l'accouchement. [traduction libre] (p. 252) Les deux questions de recherche sont : 1. Quels sont les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité parentale 12h à 48h après l'accouchement ? 2. Dans un sous-groupe de femmes ayant des perceptions positives et négatives par rapport à leur accouchement, quels sont les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité parentale à 1 mois après la naissance ?

Méthodes Devis de recherche	Quantitatif, plus précisément un devis de cohorte prospective.
Population, échantillon et contexte	Population et contexte : toutes les femmes qui avaient vécu la phase de travail, l'accouchement et une hospitalisation en maternité dans deux hôpitaux à Prince Edward Island • Critères d'inclusion : femmes qui avaient donné la vie à leurs enfants entre octobre 2004 et décembre 2005 par voie vaginale, avec une césarienne d'urgence ou élective, qui avaient plus de 15 ans et qui étaient capables de lire et parler anglais et donner leur consentement • Critères d'exclusion : femmes qui avaient accouché à la maison, qui étaient sorties de l'hôpital avant que les chercheurs puissent évaluer leur participation à l'étude, ou étaient atteintes de maladies graves, qui avaient eu une anesthésie générale, qui avaient quitté le pays avant 1 mois post-partum, qui avaient accouchées d'un enfant mort-né, ou qui pesait moins de 2,5 kg à la naissance, ou qui était nés à moins de 37 semaines de gestation, ou jumeaux, ou avec des graves anomalies congénitales, ou blessures traumatiques dues à l'accouchement, ou qui avait été placé dans des familles d'accueil ou ayant été adopté Echantillon : sur un échantillon de 1442 femmes, après avoir tenu compte des critères d'inclusion, d'exclusion et le consentement éclairé, 652 femmes ont été recrutées et 175 ont effectivement participé à la totalité de l'étude. Ces 175 femmes ont été assignées à deux groupes : • 91 femmes dans le groupe/cohorte négative, 11 desquelles ont été perdues lors de la suite de l'étude (1 mois post-partum) (n= 80) • 102 femmes dans le groupe/cohorte positive, 7 desquelles ont été perdues lors de la suite de l'étude (n= 95) • Totale : n= 175 Les raisons en lien avec la non réalisation de la totalité de l'étude sont p.ex. le fait que les femmes étaient fatiguées, trop occupées, etc. L'échantillon de 175 femmes n'as pas été significativement différent par rapport à l'échantillon total faits à partir des principales données démographiques et des caractéristiques obstétricales. [traduction libre] (p. 256). Les calculs par rapport aux exigences en lien avec la taille de l'échantillon ont été basés sur la valeur alpha de Cronbach de .05 et une puissance de .80. Un échantillon d'au moins 160 participants était nécessaire afin de remplir ces critères (80 par groupe). Les critères pour faire en sorte que l'échantillon soit statistiquement significatif ont donc été remplis.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Méthode de collecte des données : s'est faite à l'aide de plusieurs instruments de mesure : • PES (Parent Expectations Survey) : comprenant 25 items (échelle-type de Lickert). L'échelle inclut des items sur l'auto-efficacité maternelle à nourrir et calmer l'enfant, à répondre aux besoins autres que pour le nutriment et la gestion de sa vie quotidienne. Pour chaque item, la femme répond sur une échelle de 0 (je ne peux pas le faire) à 10 (je peux le faire). Le score total est divisé par 25 afin de déterminer le « PES score », qui est compris entre 0 et 10. La validité interne du PES a été établie par 7 infirmières ayant un PhD avec le 92% de consensus. Le questionnaire a été aussi consulté par Bandura et 4 pédiatres et infirmières qui pratiquaient auprès des familles. La validité concurrente a été établie en utilisant le questionnaire What Being the Parent of a Baby is Like. L'alpha de Cronbach était de .90 à 2-3 semaines postpartum et de .91 à 1 mois postpartum. • Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery : comprenant 29 items et utilisé pour mesurer la perception de l'expérience de l'accouchement (voie basse, césarienne d'urgence). Ce questionnaire mesure les attitudes/perceptions du travail et de l'accouchement en utilisant une échelle de type Likert à 5 points. Plus le score total des items individuels est haut, plus positivement l'expérience de l'accouchement a été perçue. Le score total possible est de 29 à 145. L'alpha de Cronbach était de .76 à .87. • Modified Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery : utilisé pour les femmes ayant eu une césarienne élective. Le questionnaire est le même que le précédent, mais des items en lien avec le travail ont été remplacés par la perception de l'expérience per-opératoire. L'alpha de Cronbach était de .84 à .91. • Self-efficacy Scale : comprenant 17 items et utilisée pour mesurer l'auto-efficacité générale et ne pas reliée à des situations ou comportements spécifiques. La validité de cette échelle a été rapportée par d'autres études.
Déroulement de l'étude	Le recrutement a été fait directement à l'hôpital. Le recueil de données a été effectué dans le service de maternité dans deux hôpitaux à Prince Edward Island, au Canada (12h à 48h post-partum). La suite de l'étude a été faite à domicile (1 mois post-partum).

	L'auto-efficacité parentale, les perceptions quant à l'expérience de l'accouchement, la relation avec le partenaire, le soutien du partenaire, la satisfaction de l'enfant et l'auto-efficacité générale ont été mesurées à travers une auto-évaluation. [traduction libre] (p. 254) Les chercheurs ont consulté à plusieurs reprises les dossiers des patientes afin de pouvoir recruter celles qui remplissaient les critères d'inclusion à 12h-48h post-partum. Les femmes sélectionnées et ayant donné leur consentement éclairé ont reçu les questionnaires. Une fois remplis, les questionnaires étaient à retourner aux infirmières dans une enveloppe fermée. À 3,5 semaines post-partum, les femmes ayant remplis les questionnaires ont été recontactées afin de convenir un RDV à la maison à 1 mois post-partum. Après 3 appels manqués ou le refus de la visite à domicile, les femmes n'étaient plus recontactées. Une fois avoir eu le consentement pour le RDV à domicile à 1 mois post-partum, les questionnaires étaient proposés et remplis à nouveaux.
Considérations éthiques	L'approbation éthique pour la totalité de l'étude a été obtenue à partir de 4 universités et commissions d'éthique de recherche hospitalière. [traduction libre] (p. 254) Le consentement écrit qui a été obtenu à l'hôpital a été reconfirmé avant la collecte de données à domicile faite à 1 mois post-partum.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide de SAS version 9.1. Multiples statistiques ont été faites afin de déterminer la distribution des variables, décrire l'échantillon, etc. Les deux variables « 12h-48h post-partum » et « 1 mois post-partum » ont été dichotomiques. Question de recherche 1 : a été analysée à partir de l'échantillon complet (Table 1). Le T-test et le test du Chi-Carré ont été utilisés. Les variables avec une valeur p de .05 ont été conservées dans le modèle et toutes les autres ont été retirés à la fois, en commençant par celles avec une valeur p plus élevée. [traduction libre] (p. 255) Question de recherche 2 : a été analysée à l'aide d'une régression logistique multiple avec un sous-échantillon de femmes (p.ex. sans celles qui n'avait pas participé à la suite de l'étude). La variable « perception de l'accouchement » a été ajouté pour analyser cette deuxième question. Le reste des analyses a été identique à celles de la « Question de recherche 1 ».
Présentation des résultats	Echantillon : • Âge : 16-43 ans • 56,4% étaient multipares

- 73,2% étaient mariées ou pacsées
- 76,5% avaient un salaire adéquat
- 76,6% avaient été au collège ou à l'université, ou encore avaient fait un diplôme post-universitaire
- 73,3% avaient accouché par voie basse
- 31,9% avaient fait un cours pré-partum pour la grossesse actuelle
- 36% les avaient faits pour les grossesses précédentes
- 32,1% n'avaient jamais fait de cours pré-partum

Question de recherche 1 : consiste en 8 variables (cf. Table 1 et 2, p. 255 ; 256)

- Lors du contrôle de l'âge et du revenu, la parité et l'état matrimonial sont prédictifs de l'auto-efficacité parentale après l'accouchement
- La perception de l'expérience de l'accouchement, l'auto-efficacité générale et la relations avec le partenaire sont significativement reliés à l'auto-efficacité parentale
- Les mères multipaires sont 2 à 5 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé en ce qui concerne l'auto-efficacité par rapport aux mères primipares (odds ratio [OR] = 3.35, intervalle de confiance [CI] = 2.18, 5.3)
- Les femmes mariées sont 29% à 77% moins susceptibles d'avoir un score élevé (auto-efficacité) par rapport aux mères célibataires (OR = 0.41, CI = 0.23, 0.71)
- Les femmes avec un score d'auto-efficacité générale élevé sont 1 à 2.6 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale par rapport aux femmes avec un score faible d'auto-efficacité générale (OR = 1.72, CI = 1.13, 2.62)
- Les femmes qui perçoivent leur relation avec le partenaire excellente sont 1 à 2.4 fois plus susceptibles d'avoir un score d'auto-efficacité parentale plus élevé par rapport à leurs contreparties (OR = 1.60, CI = 1.06, 2.41)
- Pour chaque augmentation d'un point dans la perception de l'expérience de naissance les femmes sont 1 à 1.1 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale (OR = 1.04, CI = 1.02, 1.05)

Question de recherche 2 : consiste en 10 variables (cf. Table 1 et 2, p. 255 ; 256)

- Les résultats indiquent que l'âge et la parité sont prédictif de l'auto-efficacité parentale à 1 mois après la naissance

	• La perception de la relation avec le partenaire et la satisfaction de l'enfant sont reliées de manière statistiquement significative avec l'auto-efficacité parentale lors du contrôle de la perception de l'expérience de l'accouchement, l'état matrimonial, l'éducation, l'auto-efficacité générale, le revenu et le soutien du partenaire • Les femmes ayant plus de 30 ans sont 24%-89% moins susceptibles d'avoir un score élevé en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale par rapport aux femmes ayant moins de 30 ans (OR = 0.29, CI = 0.11, 0.76) • Les femmes multipaires sont 1 à 7 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale par rapport aux femmes primipares (OR = 2.76, CI = 1.01, 7.08) • Les femmes qui perçoivent la satisfaction de leur enfant comme étant excellente sont 1.7 à 9 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale par rapport à leurs contreparties (OR = 3.83, CI = 1.65, 8.87) • Les femmes qui perçoivent leur relation avec leur partenaire comme étant excellente sont 1 à 11 fois plus susceptibles d'avoir un score élevé d'auto-efficacité parentale par rapport à leurs contreparties (OR = 3.50, CI = 1.10, 11.12)
Discussion Interprétation des résultats	Après avoir comparé les prédicteurs et les avoir mis en corrélation avec l'auto-efficacité parentale après 1 mois post-partum, les chercheurs ont remarqué deux similarités, mais aussi plusieurs différences. Dans les deux cas, la multiparité est un fort prédicteur de l'auto-efficacité parentale. [traduction libre] (p. 257) Ce résultat a été rapporté par d'autres auteurs et renforce le cadre théorique qui suggère que l'auto-efficacité est renforcée par la réalisation d'une tâche/performance ou par les succès antécédents. [traduction libre] (p. 257) L'association entre la perception de la relation avec le partenaire et l'auto-efficacité parentale à 1 mois post-partum a aussi été rapportée par d'autres auteurs [traduction libre] (p. 257) et elle-même soutient le cadre théorique de l'auto-efficacité de Bandura concernant le renforcement de celle-ci par la persuasion verbale. Auto-efficacité parentale après l'accouchement : Le fait d'être célibataire comme prédicteur d'auto-efficacité parentale n'as pas été rapporté dans d'autres études, mais certains auteurs ont rapporté que les mères célibataires perçoivent la compétence parentale comme étant plus faible.

	La relation entre l'auto-efficacité générale et celle parentale a été confirmée, en supportant le cadre théorique. Le fait que la perception de l'accouchement soit corrélée de manière significative avec l'auto-efficacité parentale n'avait jamais été rapportée jusqu'à cette étude. Par contre, des chercheurs ont pu rapporter que l'estime de soi et la confiance peuvent être renforcées par le fait d'avoir vécu de manière positive l'accouchement. Ce résultat supporte aussi le cadre théorique qui suggère que l'auto-efficacité développée dans une situation conceptuelle reliée à une expérience d'accouchement positive améliore l'auto-efficacité maternelle en augmentant l'auto-efficacité d'un domaine. [traduction libre] (p. 257) Auto-efficacité parentale à 1 mois post-partum : Le jeune âge est prédictif de l'auto-efficacité parentale à 1 mois post-partum. La littérature n'est pas conclusive par rapport à l'effet de l'âge sur l'auto-efficacité parentale. Malgré ça, les résultats trouvés par deux autres auteurs supportent les résultats de cette étude. [traduction libre] (p. 257) La perception maternelle de la satisfaction de l'enfant à 1 mois post-partum est aussi corrélée de manière significative avec l'auto-efficacité parentale. Ce résultat a été rapporté précédemment par d'autres auteurs. La perception de l'accouchement dans ce cas n'est pas un prédicteur l'auto-efficacité parentale. Cette non-corrélation est peu claire, mais pourrait être en lien avec le fait que l'impact de l'expérience de l'accouchement diminue au cours du temps et que les femmes gagnent en expérience par rapport à la parentalité. Peu claire est aussi la non-corrélation entre auto-efficacité générale et parentale à 1 mois post-partum. Il est possible que quand la mère gagne en expérience avec la parentalité, son auto-efficacité parentale peut être moins influencée par son auto-efficacité générale. [traduction libre] (p. 257) Les auteurs peuvent dire en conclusion que les résultats de cette étude suggèrent que le cadre théorique démontre un début d'adéquation empirique et de crédibilité. [traduction libre] (p. 257) Comme avaient pu supposer les chercheurs, l'auto-efficacité parentale après l'accouchement a été prédite par l'auto-efficacité d'une tâche spécifique, l'auto-efficacité générale et d'un domaine. Par contre, les corrélations après 1 mois post-partum sont peu claires et nécessitent d'ultérieures recherches scientifiques.
Forces et limites	Limites : • 46% des femmes ont refusé de participer à l'étude

	- Les résultats sont généralisables que pour les femmes d'origine caucasienne, en santé, qui ont eu un enfant né à terme et qui pesait plus de 2,5 kg à la naissance et qui a accouché dans un environnement où le contact face à face avec une infirmière était présent Forces : - Les résultats sont généralisables dans l'éventail de femmes qui respectent les critères de la parité, l'état matrimonial, l'éducation et le revenu
Conséquences et recommandations	Les évidences/résultats fournies par cette étude ont des implications cliniques directes pour les soins infirmiers envers les familles en âge de procréer. [traduction libre] (p. 257) Les auteurs expliquent aussi que dans le post-partum immédiat, les infirmières peuvent évaluer les femmes pour détecter les risques potentiels en ce qui concerne l'auto-efficacité parentale sur la base de facteurs prédictifs et corrélats trouvés dans cette étude. [traduction libre] (p. 257) Pour les femmes à risque, un enseignement thérapeutique extra et un meilleur soutien pourraient être bénéfiques afin de renforcer l'auto-efficacité parentale. Ceci requière non seulement les enseignements thérapeutiques données dans une structure hospitalière, mais aussi d'un suivi une fois que la femme rentre à domicile. De plus, les auteurs expliquent que les infirmières ont le pouvoir de créer une expérience positive quant à l'accouchement pour faire en sorte de renforcer l'auto-efficacité parentale pour toutes les femmes. Elles ont également le pouvoir de faire de l'éducation thérapeutique, de donner du support et proposer des interventions qui ont comme but de renforcer l'auto-efficacité parentale. Afin de pouvoir avoir des résultats qui supportent encore plus fortement le cadre théorique surtout à 1 mois post-partum, des ultérieures recherches scientifiques qui portent sur le thème de l'influence de l'expérience de l'accouchement sur l'auto-efficacité parentale sont nécessaires.
Commentaires	-

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. <i>Nursing research</i> , 57(4), 252-259. doi: 10.1097/01.NNR.0000313490.56788.cd				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre est clair et présente bien la thématique de l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, toutes ces éléments sont bien synthétisés et sont bien délimités par des titres.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, l'étude essaye de clarifier les prédictors de l'auto-efficacité parentale. Le problème est clairement formulé et situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, la recension des écrits est faite concernant les connaissances actuelles sur l'auto-efficacité générale (Bandura) et aussi l'auto-efficacité parentale. Plusieurs auteurs sont cités.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, l'auto-efficacité parentale est bien définie en se basant sur plusieurs études antérieures concernant ce sujet.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, les deux questions de recherche sont bien formulées et sont claires.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, l'étude est quantitative, plus précisément de cohorte prospective.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, la population est très bien expliquée et détaillée.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, voir commentaire ci-dessus.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, des tests statistiques ont été utilisés afin d'établir la puissance de la taille de l'échantillon.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, chaque instrument de mesure est détaillé (p. 254-255). Les instruments ont aussi été validés (voir p. 254-255).
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, on peut comprendre des noms des instruments utilisés qu'ils sont spécifiques au domaine de recherche de cette étude.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Oui, la procédure est expliquée de manière claire.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Oui, un consentement éclairé a été demandé à chaque femme et reproposé lors de la suite de l'étude (1 mois post-partum). Au même temps, plusieurs commissions d'éthique ont été prises en compte pour la préservation des droits des participants.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, les variables ont été analysées à l'aide de tests statistiques.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés à travers un résumé narratif et des tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, l'interprétation des résultats et les liens avec le cadre théorique sont faits dans la discussion. Chacune des deux questions de recherche a un paragraphe explicatif des résultats trouvés par les chercheurs.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, les auteurs font référence à des études antérieures pour supporter leurs résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, un paragraphe de l'étude est entièrement dédié à ça.

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, le thème de la généralisation des résultats est présente dans le paragraphe dédié aux limites de l'étude.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, les chercheurs donnent des pistes qui peuvent être utiles aux infirmières.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, tout le long de l'étude il apparaît clair que des ultérieures études sur des sujets en particulier doivent être fait dans le futur.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'étude présente la structure typique IMRD, est claire et assez détaillé pour en faire une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Projeette-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. <i>Early Human Development</i> , 89(4), 249-256. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008
Introduction Problème de recherche	Selon les auteurs de cette étude l'auto-efficacité est définie comme une croyance individuelle en sa propre capacité à effectuer une tâche avec succès. [traduction libre] (p. 249) En s'appuyant sur la théorie décrite par Bandura, l'auto-efficacité est un déterminant central du comportement humain [traduction libre] (p. 249) qui peut affecter l'effort qu'une personne fait pour effectuer une tâche spécifique et la persistance face aux difficultés et les expériences négatives/aversives. En effet, la parentalité est considérée comme une des étapes significatives de la vie qui comporte plusieurs challenges au niveau physique, émotionnel et psychosocial. La « parenting self-efficacy (PSE) » ou auto-efficacité parentale est décrite par plusieurs auteurs et la recherche s'y intéresse de plus en plus. La PSE représente la croyance des parents en leur propre capacité à effectuer des tâches spécifiques en lien avec la parentalité (soins au bébé, etc.). Plusieurs études ont pu identifier et étudier les liens entre la PSE et différentes variables en détectant par exemple les facteurs de risque ou les prédicteurs de celle-ci, mais il y a un manque de compréhension du rôle des facteurs psychologiques sous-jacents sur le développement de la PSE. [traduction libre] (p. 249) Pour cette raison, cette étude veut approfondir ce thème en analysant en particulier le rôle des expériences précoces en lien avec la parentalité et l'attachement insécure des adultes.
Recension des écrits	La littérature offre plusieurs recherches qui ont démontrées le fort lien entre PSE, dépression parentale et le comportement difficile de l'enfant. De plus, des recherches longitudinales ont apporté des ultérieures preuves renforçant les études antérieures. Ces études montrent que la dépression maternelle est en lien avec la perception d'avoir un enfant « difficile ». Ce dernier élément est aussi considéré comme étant un fort prédicteur de la PSE.

D'autres études ont démontré que la PSE peut être renforcée par l'implication du père dans les tâches spécifiques en lien avec le bébé et par le soutien social. En outre, la PSE peut être prédite par le niveau d'auto-efficacité générale et le fonctionnement relationnel (p.ex. satisfaction dans le mariage, fonctionnement familial, etc.).

Des études ont pris en compte aussi les pères et ont démontré que pour eux la PSE était prédite par le stress parental et le fonctionnement relationnel. [traduction libre] (p. 249)

Malgré que certaines études disent le contraire, les évidences en général montrent que les liens entre PSE, le fonctionnement psychologique parental (en particulier pour les mères) et le comportement « difficile » de l'enfant sont statistiquement significatifs.

De plus, plusieurs recherches ont montré que les expériences difficiles de l'enfance précoce, incluant la perte d'un parent, des soins inadéquats et la surprotection, ont longtemps été retenus comme étant des facteurs prédisposant un individu à des difficultés psychologiques à l'âge adulte. [traduction libre] (p. 250)

Cela renforce donc le questionnement des auteurs, qui veulent analyser le rôle des facteurs psychologiques sous-jacents dans le développement de la PSE et est renforcé par la théorie de l'attachement de Bowlby (détaillée dans le paragraphe « Cadre théorique ou conceptuel »). En effet il existe des fortes évidences scientifiques qui montrent le lien existant entre l'attachement insécuré et les psychopathologies des adultes. Sur ce thème existent aussi des recherches scientifiques menées durant la période périnatale. Plusieurs études p.ex. ont pu rapporter un lien statistiquement significatif entre l'attachement insécuré et le développement de la dépression anténatale et postnatale. Même s'il existe des évidences sur ces thématiques, il y a peu de connaissance en ce qui concerne les relations entre les expériences difficiles du rôle parental, l'attachement insécuré et la PSE. [traduction libre] (p. 250)

Sur ce thème, les auteurs sont au courant de deux études existantes : une des études a trouvé comme résultat que la maltraitance dans l'enfance était prédictive de la PSE à travers les chemins médiateurs comprenant l'anxiété de l'attachement et la dépression maternelle. [traduction libre] (p. 250)

L'autre étude a rapporté que la PSE était prédite par les souvenirs des soins maternels, à travers l'effet médiateur de la confiance en soi générale. [traduction libre] (p. 250)

En vue de tous ces éléments, les auteurs soulignent que la compréhension des facteurs prédisposants maternels est vitale [traduction libre] (p. 250) et pourrait fournir des informations concernant les interventions cliniques à mettre en place.

Les auteurs de cette étude suggèrent aussi qu'il est nécessaire de faire des études ultérieures en ce qui concerne les prédicteurs de la PSE, plus en particulier pour le rôle des expériences parentales aversives et les types d'attachement des adultes.

	Des recherches ultérieures doivent être faites aussi pour détecter les interventions cliniques efficaces pour améliorer la PSE, notamment dans la parentalité précoce.
Cadre théorique ou conceptuel	Les cadres théoriques sur lesquelles cette étude se base sont deux : La théorie de l'auto-efficacité de Bandura : qui dit que la relation entre auto-efficacité et performance est bidirectionnelle [traduction libre] (p. 250), ce qui veut dire qu'une relation dynamique et transactionnelle entre les variables parentales et de l'enfant sont susceptibles de jouer un rôle [traduction libre] (p. 250) sur le développement de la PSE. P.ex. : faire face à un enfant qu'on n'arrive pas à calmer peut amener à une érosion graduelle de la PSE [traduction libre] (p. 250), par contre un bas niveau de PSE peut aussi vouloir dire que le parent est moins susceptible d'utiliser des pratiques parentales positives et des stratégies afin de résoudre les problèmes, et est plus susceptible d'abandonner, faire des attribution internes pour les échecs, et faire expérience d'anxiété et/ou de dépression en réponse à des situations difficiles. [traduction libre] (p. 250) Par conséquent l'enfant peut avoir des comportements « difficiles » en réponse à tout ça en pleurant plus, en étant tendu et irritable et moins interactif. Les évidences scientifiques supportent ces liens en les considérant donc multi-dimensionnels. Cela renforce le questionnement des auteurs de cette étude en ce qui concerne le lien entre PSE et les facteurs psychologiques sous-jacents dans le développement de certaines difficultés. De plus, la théorie de Bandura suggère que l'auto-efficacité influence les réactions émotionnelles, en réponse à des événements non familiers et potentiellement aversifs. [traduction libre] (p. 250) La théorie de l'attachement de Bowlby : auquel les auteurs de cette étude font référence afin de pouvoir analyser le rôle des facteurs psychologiques sous-jacents (dans ce cas l'attachement) dans le développement de la PSE. Cette théorie suggère que les interactions avec les fournisseurs de soins dans la première enfance, l'enfance et l'adolescence se développent en une représentation mentale généralisée ou « modèle de travail interne » du soi en relation avec les autres. [traduction libre] (p. 250) Ce modèle de travail interne comprend : - Les attentes en termes de disponibilité et de réactivités des personnes importantes pour la personne - Les croyances en lien avec le mérite personnel d'avoir de l'amour et du soutien Cela guide l'affect, la cognition, et le comportement dans les situations d'attachement subséquentes. [traduction libre] (p. 250) (amitié, relation amoureuse, etc.).

	Entre les différents types d'attachement, Bowlby décrit les deux types d'attachement insécure qui intéressent cette étude : - L'attachement de type évitant qui est concerné par un non-confort avec la proximité et la dépendance aux autres. [traduction libre] (p. 250) Les personnes développant ce type d'attachement ont une préférence pour la distance émotionnelle et l'autonomie, et utilisent des stratégies de désactivation pour faire face à l'insécurité et la souffrance. [traduction libre] (p. 250) - L'attachement de type anxieux qui est concerné par le fort désir de proximité et de protection, une intense préoccupation par rapport à la disponibilité des autres et leurs propres valeurs, et utilise des stratégies d'hyperactivation pour faire face à l'insécurité et la souffrance. [traduction libre] (p. 250)
Hypothèses/question de recherche/buts	À travers cette étude les auteurs voudraient combler les lacunes de la littérature scientifique en ce qui concerne deux thèmes (qui sont aussi décrits comme les buts de cette recherche) : 1. Expliquer/détecter les prédicteurs de la PSE pour les mères primipares pendant la première année de vie de leur enfant, avec comme hypothèse que : - Un niveau bas de PSE serait associé avec la dépression maternelle, l'anxiété maternelle, un comportement « difficile » du bébé, des expériences infantiles aversives et un attachement adulte insécure - La dépression maternelle pourrait médier les relations entre l'attachement insécure des adultes et la PSE et entre la PSE et le comportement « difficile » de l'enfant 2. Examiner les modifications de la PSE des mères ayant un enfant de < 12 mois et participant à une intervention pour les comportements instables des enfants de façon brève, intensive et résidentielle
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif.

Population, échantillon et contexte	Population et contexte : les femmes participantes à cette étude étaient des mères primipares ayant des enfants âgées entre 0 et 12 mois. Ces femmes et leurs enfants avaient été admis dans l'unité « Karitane Residential Family Care Unit » (KRFCU), lieu résidentiel pour femmes et enfants qui se trouve en Australie. Cette résidence comprend une équipe pluridisciplinaire (infirmières, psychologues, assistantes sociales, un psychiatre et un pédiatre) et offre aux femmes un internement de 4 jours pour les familles ayant des enfants âgées de 0 à 4 ans devant faire face à des difficultés éducatives complexes. Les difficultés étaient liées à : • Problèmes de sommeil de l'enfant • Problèmes pour calmer l'enfant • Problèmes d'alimentation Les mères primipares ont été recrutées dans le cadre d'une étude plus grand impliquant un suivi post-sortie de 6 mois. [traduction libre] (p. 251) • Critères d'exclusion : femmes ayant moins de 18 ans et qui n'avaient pas de maîtrise de l'anglais ou qui vivaient dans des zones rurales (donc inaptes à participer au follow-up de l'étude plus large) Echantillon : 126 femmes répondantes aux critères ont été invitées pour participer à l'étude, dont : - 10 (7.9%) ont accepté mais n'ont pas complété les questionnaires ou les interviews pendant leur admission à la KRFCU - 5 (4%) étaient d'accord de participer, mais ont été entravées de participer à cause contraintes pratiques en lien avec l'admission ou ont eu une sortie précoce - 10 (7.9%) ont décidé de ne pas participer à l'étude car avaient des jumeaux et étaient donc trop occupées pour pouvoir participer - 18 (14.3%) ont décidé de ne pas participer pour d'autres raisons L'échantillon final été donc composé de 83 femmes (66% de taux de participation) ayant les caractéristiques suivantes : • L'âge moyen des femmes était de 32.2 ans (S.D. 5.1, étendue 22-47) • La plupart des femmes étaient mariées ou pacsées (91.6%) • La plupart parlait anglais à la maison (96.4%) • Leurs enfants avaient un âge moyen de 5.3 mois (S.D. 3.2, étendue 0-11) • La plupart des enfants étaient des garçons (52.4%) • 3 couples de jumeaux était présents dans l'échantillon
-------------------------------------	---

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les données ont été récoltées à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation et interviews structurées pendant le séjour à la KRFCU. Les interviews structurées avaient comme but de diagnostiquer les troubles mentaux (DSM-IV). Les infirmières prenaient des notes sur les comportements des enfants pour toute la durée de l'admission en utilisant des graphiques sur 24 heures. Instruments de mesure utilisés pour cette étude : • Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS) : comprenant 15 items qui mesure l'efficacité perçue des parents ayant des enfants âgés entre 0 et 12 mois. Les 15 items font référence à 15 tâches spécifiques notées sur une échelle à 4 points. Un score élevé indique un score élevé d'efficacité perçue des parents. Un score < 40 point indique un bas niveau d'efficacité perçue des parents. Des tests statistiques ont été faits afin de valider cette échelle ($r = .88$, alpha de Cronbach = $.84$ et $.82$ pour cet échantillon pour l'admission et la sortie respectivement). • Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : est une interview structurée à but diagnostique de troubles mentaux (DSM-IV et ICD-10). Sa validité et fiabilité (version mini en ce cas) a été prouvée en la comparant avec la version plus longue normalement utilisée pendant les interviews structurées en psychiatrie. Les troubles pris en compte pour cette version ont été : - Episodes de dépression majeure - Troubles panique - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (OCD) - Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) - Trouble d'anxiété généralisée (GAD) • Measure of Parental Style (MOPS) : est un questionnaire validé d'auto-évaluation utilisé pour évaluer les styles parentaux perçus (éducation) dans les premiers 16 ans de vie par rapport à certains domaines : - Abus - Indifférence/négligence - Excès de contrôle Le questionnaire proposé dans cette étude est une version abrégée du « Parental Bonding Index », mais évalue aussi les abus potentiels subis. Il comprend 15 items notés sur une échelle
--	---

de 0 (« pas du tout vrai ») à 3 (« totalement vrai »). Les pères et les mères répondent de manière séparée, puis les scores totaux des deux sont additionnés pour avoir le score total. Un score plus élevé indiquait un mode d'éducation plus dysfonctionnel.

Des tests statistiques ont été faits pour démontrer la validité et la fiabilité du MOPS (alpha de Cronbach = .88, .92 et .77 pour les domaines cités plus hauts).

- **Attachement Style Questionnaire (ASQ)** : est un questionnaire validé d'auto-évaluation évaluant les styles d'attachement des adultes. Les participants devaient noter de 1 (« totalement en désaccord ») à 6 (« totalement d'accord ») les items proposés dans le ASQ qui font référence à des perceptions et des comportements.

Le ASQ comprend des solutions à 5 facteurs et 3 facteurs (type d'attachement). Les solutions à 3 facteurs sont :

- Sécurité
- Anxiété
- Evitement

Le ASQ à 3 facteurs a été considéré fiable et avec une consistance interne acceptable ($r_s > .73$, alpha de Cronbach $> .82$). Les sous-échelles « Anxiety » et « Avoidance » ont obtenu un alpha de Cronbach de .83 et .79 respectivement.

- **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** : est un questionnaire validé d'auto-évaluation comprenant 10 items. Ce questionnaire sert comme outil de dépistage pour les symptômes dépressifs dans la période périnatale. Il commence à être aussi de plus en plus indiqué pour l'évaluation des symptômes anxieux. Pour cette raison, deux sous-échelles peuvent être utilisées : celle qui mesure la dépression (items 1,2, 6-10) et celle qui mesure l'anxiété (items 3, 4 et 5).

Un score élevé signale une plus grande gravité des symptômes.

Des tests statistiques ont été faits afin de pouvoir évaluer la validité et la fiabilité de cet instrument de mesure (alpha de Cronbach pour les sous-échelles dépression et anxiété = .85 et .73).

- **24-hour infant behavior charts** : les graphiques étaient complétés par les infirmières du KRFCU pour toute la durée de l'admission et décodés par le premier auteur qui n'était pas au courant des autres scores des autres variables.

Le sommeil total et le nombre de perturbations était calculé sur 24 heures au KRFCU. Les épisodes de pleures, de cris et de pleurnichant étaient combinés pour obtenir le total du nombre de perturbations. Tous les comportements de perturbation qui survenaient en 12 minutes étaient considérés comme un seul épisode de perturbation. La même chose pour le sommeil total : les

	périodes incluait que les épisodes de sommeil de plus de 12 minutes. Les réveils pendant la nuit étaient définis de 18h00 à 6h00. S'il y en avait plusieurs en 12 minutes ils étaient considérés parties du même épisode. Des tests statistiques ont été faits afin d'évaluer la fiabilité (corrélation de Pearson $r_s > .91$, $p_s < .001$).
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude n'est pas détaillé dans cette étude.
Considérations éthiques	Un consentement éclairé a été signé par chaque participante. L'étude a été approuvée par le « South Western Sydney Local Health District Human Research Ethics Committee ».
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse des données a été effectuée à l'aide de SPSS (version 19 pour Windows). La valeur alpha était fixée à $p = .05$. Des tests statistiques comme la corrélation de Pearson, les régressions multiples, les régressions multiples hiérarchiques, les conditions pour la médiation de Baron et Kenny, le test pour la signification de Sobel et les mesures ANOVA ont été également utilisés.
Présentation des résultats	Sur l'échantillon de 83 femmes primipares interrogées : • 32.5% (n = 27) remplissait les critères pour le diagnostic d'épisodes actuels de dépression majeure • 2.4% (n = 2) remplissait les critères pour le diagnostic de trouble panique • 10.8% (n = 9) remplissait les critères pour le diagnostic de phobie sociale • 8.4% (n = 7) remplissait les critères pour le diagnostic de PTSD • 15.7% (n = 13) remplissait les critères pour le diagnostic de GAD • 24% (n = 20) remplissait les critères pour au moins un diagnostic du domaine des troubles anxieux Les moyennes des scores (S.D.) pour les questionnaires étaient les suivantes : • KPCS : 33.70 (5.92) • EPDS pour les items de la dépression : 6.12 (3.62) • EPDS pour les items de l'anxiété : 4.54 (2.13) • ASQ pour la sous-échelle de l'évitement : 2.98 (.61)

- ASQ pour la sous-échelle de l'anxiété : 3.13 (.83)
- MOPS pour la sous-échelle de l'indifférence parentale : 3.58 (6.78)
- MOPS pour la sous-échelle de l'excès de contrôle parental : 6.55 (5.51)
- MOPS pour la sous-échelle des abus : 2.24 (4.37)
- En ce qui concerne le MOPS : deux participants ont signalé aux chercheurs qu'ils n'avaient eu aucun contact avec leur père pendant leur enfance. Les scores de leurs deux femmes respectives ont été donc doublés afin de calculer le score total du MOPS.
- La moyenne totale du sommeil des enfants et des perturbations pour les premières 24 heures au KRFCU était de 251.82 (39.62) minutes et 43.11 (24.67) minutes respectivement

Selon les résultats des corrélations bivariées (cf. « Table 1 » p. 252) :

- La PSE lors de l'admission était corrélée de manière négative avec la gravité des symptômes dépressifs, le diagnostic d'une dépression majeure actuelle, les symptômes anxieux, l'attachement de type anxieux et de type évitant
- La PSE *n'était pas corrélée* à l'âge de l'enfant, le genre du bébé, l'âge de la mère, le diagnostic de troubles anxieux de la mère ou les autres trois variables en lien avec le comportement du bébé
- Le sommeil de l'enfant sur 24 heures était corrélé de manière négative avec l'âge de l'enfant, les perturbations du bébé sur 24 heures et le type d'attachement évitant
- Les perturbations de l'enfant étaient corrélées positivement avec les symptômes anxieux de la mère
- Le nombre de réveils pendant la nuit étaient corrélés positivement avec les souvenirs d'indifférence vécus par les parents durant leur enfance
- L'attachement de type évitant était positivement corrélé avec le diagnostic actuel de dépression, le diagnostic de troubles anxieux et chacune des trois variables en lien avec les souvenirs des parents
- L'attachement de type évitant *n'était pas corrélé* avec la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux
- L'attachement de type anxieux était corrélé de manière positive avec le diagnostic actuel de dépression, le diagnostic de troubles anxieux, la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux, l'excès de contrôle parental et les abus
- L'attachement de type anxieux *n'était pas corrélé* avec l'indifférence parentale

Selon les régressions multiples utilisées pour identifier la contribution des variables qui prédisent la PSE et qui comprenaient le score total du KPCS et différentes variables (cf. p. 252 et « Table 2 » p. 253) :

- Le modèle contribue de manière significative à la PSE [$F(15,77) = 3.973, p < .001$] représentant le 49% de la variance dans le score du KPCS
- Les prédicteurs significatifs de la PSE étaient :
 - Les souvenirs d'abus parental
 - L'attachement de type évitant
 - Le genre du bébé
 - La sévérité des symptômes dépressifs

Ce qui suggère que les femmes ayant un niveau plus élevé de PSE étaient plus susceptibles de déclarer des abus pendant leur enfance et d'avoir une fille. Les mêmes étaient moins susceptibles de déclarer des traits d'attachement de type évitant et des symptômes dépressifs.

Quand ces 4 variables (prédicteurs) étaient entrées dans le modèle de manière indépendante avec toutes les autres variables restées invariées, chacune restait un prédicteur indépendant significatif ($p < .05$)

Selon les régressions multiples hiérarchiques utilisées pour tester le fait que la dépression majeure (diagnostic MINI) avait le rôle de médiateur dans la relation entre attachement sécure (ASQ pour l'attachement anxieux, ASQ pour l'attachement évitant) et la PSE (KPCS) avec toutes les autres variables restées invariées (cf. « Fig. 1 » p. 254) :

- L'attachement de type anxieux était prédicteur de la dépression majeure et de la PSE
- En entrant la dépression majeure dans le modèle (step 2) la PSE n'était plus un prédicteur de la dépression majeure
- Les résultats du test de signification de Sobel montraient que la relation entre l'attachement de type anxieux et la PSE était médiée de manière significative par la dépression majeure
- L'attachement de type évitant était prédicteur de la dépression majeure et la PSE
- En entrant la dépression majeure dans le modèle (step 2) la relation entre PSE et l'attachement de type évitant n'était plus significative
- Les résultats du test de signification de Sobel montraient que la relation entre l'attachement de type évitant et la PSE était médiée significativement par la dépression majeure

	- Aucune des variables en lien avec le comportement de l'enfant était corrélée de manière significative à la PSE (KPCS) Selon les mesures ANOVA répétées utilisées pour examiner les changements de la PSE et les comportements des enfants du jour de l'admission (« Day 1 ») au jour de la sortie (« Day 4 ») et contrôlées par l'âge de l'enfant : - Pour la PSE il y avait un principal effet dans le temps : $F(1,81) = 41.07$, $p < .001$, $n^2 = .336$ - Il n'y avait pas d'effet du temps (sommeil) par rapport à l'âge de l'enfant : $F(1,81) = .77$, $p = .348$, $n^2 = .009$ - Pour le sommeil et les perturbations de l'enfant il y avait un effet dans le temps : - Temps de sommeil sur 24 heures : $F(1,71) = 5.02$, $p < .05$, $n^2 = .066$ - Temps de perturbations sur 24 heures : $F(1,71) = 4.88$, $p < .05$, $n^2 = .064$ - Il n'y avait pas d'effet du temps (perturbations) par rapport à l'âge de l'enfant - Temps de sommeil sur 24 heures : $F(1,71) = .17$, $p = .678$, $n^2 = .002$ - Temps de perturbations sur 24 heures : $F(1,71) = 1.21$, $p = .275$, $n^2 = .017$ - Pour le nombre de réveils par nuit il n'y avait pas d'effet significatif par rapport au temps : $F(1,71) = .01$, $p = .922$, $n^2 = .000$ - Il n'y avait pas d'effet du temps (réveils par nuit) par rapport à l'âge de l'enfant : $F(1,71) = .742$, $p = .392$, $n^2 = .010$ Selon les trois régressions multiples séparées utilisées pour identifier la contribution des variables qui décrivent les changements de l'admission au jour de sortie dans (cf. « Table 3 » p. 254) : - La PSE qui était changée de manière significative : $F(12,77) = 2.028$, $p < .05$ représentant le 27.2% de la variance dans le score de changement de la PSE. Les prédictors significatifs du changement de la PSE étaient les abus parentaux pendant l'enfance et la sévérité des symptômes dépressifs actuels. [traduction libre] (p. 253) Les femmes ayant amélioré leur PSE tout au long de leur admission au KRFCU à travers des interventions étaient moins susceptibles de déclarer des abus parentaux subis dans l'enfance et plus susceptibles de déclarer des symptômes dépressifs avant le traitement. - Le sommeil de l'enfant, qui n'a pas changé de manière significative : $F(12,71) = 1.449$, $p = .170$ - Le comportement perturbé de l'enfant, qui n'a pas changé de manière significative : $F(12,71) = .875$, $p = .576$
--	---

	Ces deux derniers éléments représentaient le 22.8% (sommeil) et le 15.1% (comportement perturbé) de la variance. • Les prédicteurs individuels et statistiquement significatifs du changement du temps du sommeil de l'enfant étaient le type d'attachement évitant et la sévérité des symptômes anxieux. Donc : les enfants qui avait eu un changement significatif pendant le séjour à la KRFCU dans le temps du sommeil total était plus susceptibles d'avoir un type d'attachement avec des traits évitants et une sévérité élevée des symptômes anxieux avant le traitement. • Il n'y avait pas de prédicteurs significatifs en ce qui concerne les changements des comportements perturbés des enfants
Discussion Interprétation des résultats	Le but de cette étude était d'examiner la PSE des mères primipares pendant la première année post-partum et évaluer l'efficacité d'interventions données pendant un séjour de 4 jours à la KRFCU pour améliorer la PSE et les comportements perturbés des enfants. Les chercheurs ont trouvé plusieurs résultats, notamment que : • La PSE était corrélée de manière négative avec la dépression maternelle, l'anxiété de la mère et l'attachement de type inséure Contrairement à ce qui avait été prévu, la PSE n'était pas corrélée de manière significative avec les souvenirs d'expériences aversives des parents pendant l'enfance ou le comportement de l'enfant. [traduction libre] (p. 253) En outre, une PSE basse était prédite par un niveau inférieur d'abus parentaux pendant l'enfance, un attachement avec des traits évitants, avoir un garçon et une sévérité élevée des symptômes dépressifs. Les chercheurs ont aussi trouvé comme résultat que la dépression majeure était médiatrice de la relation entre attachement inséure et la PSE et qu'il y avait une amélioration de la PSE après les interventions de type brève, intensives et résidentielles données lors du séjour de 4 jours à la KRFCU. Les deux prédicteurs de l'amélioration de la PSE étaient un plus bas niveau déclaré d'abus parental (garçon) et une sévérité élevée des symptômes dépressifs. L'attachement de type évitant et les symptômes anxieux était prédictifs pour améliorer le sommeil de l'enfant. Cette étude veut effectivement souligner que l'attachement inséure des adultes joue un rôle dans le développement de la PSE. Au niveau scientifique cela est une contribution importante parce que les liens entre ces deux éléments est peu compris. Cette recherche est fondée sur d'autres études scientifiques antérieures et renforce l'idée que la vulnérabilité sous-jacente de l'attachement maternel peut prédisposer

les femmes aux difficultés dans la PSE précoce, notamment en présence de la dépression maternelle. [traduction libre] (p. 253)

L'étude montre aussi une relation significative entre l'attachement anxieux et l'attachement évitant. Malgré ça il faut tenir en compte plusieurs différences entre ces deux derniers (p.ex. : que l'attachement évitant était un prédicteur dans le model de régression, etc.). Par rapport aux résultats obtenus dans cette recherche et par rapport aux types d'attachement, les auteurs soulignent que les individus avec un attachement évitant bloquent ou suppriment de manière caractéristique les émotions négatives et mettent en place des « façades » défensives de force, indépendance et calme. [traduction libre] (p. 253) Pour cette raison les auteurs disent qu'il faut être attentifs, car cet élément pourrait biaiser la déclaration des femmes ayant vécu un type d'attachement évitant quant à leur souffrance dans les questionnaires d'auto-évaluation. Par contre pendant les interviews structurées (face à face) il est possible qu'elles étaient plus disposées à déclarer leurs symptômes de souffrance.

Un des résultats les plus surprenants était que le fait d'avoir vécu des abus parentaux pendant l'enfance était corrélé de manière positive et statistiquement significative avec une PSE élevée. Ce résultat avait déjà été trouvé par d'autres auteurs et pourrait être expliqué, dans cette recherche, par le fait que les abus parentaux étaient évalués de manière rétrospective à travers un questionnaire d'auto-évaluation, ce qui veut dire que les femmes ont peut-être sur- ou sous-estimer ces abus. L'autre explication pourrait être que les femmes dans cette étude avec une histoire d'abus parentaux se sentaient vraiment efficaces dans leur rôle parental. Cela peut être du p.ex. à l'éducation positive reçue par le parent qui n'abusait pas ou un autre attachement important et positif avec une autre personne importante pendant l'enfance. D'autres éléments en matière de stratégies d'adaptation, croyance au niveau de la PSE, etc. pourraient entrer en matière pour expliquer ce résultat. Les auteurs suggèrent le besoin de faire des autres études afin de mieux comprendre la relation entre abus subis dans l'enfance et PSE.

Par rapport aux résultats obtenus pour la relation anxiété-PSE, les auteurs soulignent la complexité de ce lien, car leurs résultats montrent que d'un côté la sévérité des symptômes anxieux été significativement corrélée de manière négative avec la PSE, mais de l'autre côté le diagnostic de troubles anxieux ne l'était pas. En accord avec le cadre théorique de Bandura (qui confirme la complexité de ce lien), les auteurs suggèrent que le processus cognitif ciblé sur la dépression ou sur l'anxiété aurait un impact différent sur chaque femme et dépendrait de circonstances personnelles et situationnelles. Il est aussi possible que l'anxiété peut émerger comme un fort prédicteur de la PSE quand un meilleur instrument validé sera utilisé pour évaluer l'anxiété. [traduction libre] (p. 254)

	Les chercheurs disent aussi dans cette étude que le fait d'avoir trouvé comme résultat que le fait avoir un enfant garçon serait un prédicteur significatif d'un bas niveau de PSE est intéressant. Les études antérieures n'avaient jusqu'à présent pas trouvé de résultats statistiquement significatifs pour cette association. Plusieurs études ont quand même pu démontrer que les mères avaient des meilleures interactions avec les garçons. Vu que dans cette étude les aspects de l'interaction mère-enfant n'ont pas été pris en compte, ce résultat pourrait être biaisé dans cette étude. Pour cette raison des autres études devraient être menés afin de pouvoir mieux investiguer cette relation. Cette étude montre aussi l'efficacité d'une intervention courte, intensive et résidentielle dans le changement positif de la PSE et du comportement de l'enfant. Vu que cette intervention était brève (4 jours) les résultats obtenus sont difficilement dus au développement de l'enfant. En accord avec la théorie de Bandura, le fait que les mères primipares aient pu observer pendant le séjour des soins positifs et efficaces donnés à leurs bébés de la part des infirmières pourrait avoir renforcé leur sensation de maîtrise de certaines tâches (élément qui influence l'auto-efficacité). De plus, les infirmières ont pu encourager et donner des feedbacks positifs aux femmes qui ont implémenté les nouveaux soins pour leurs bébés. L'encouragement et les feedbacks positifs influencent aussi de manière positive l'auto-efficacité selon le cadre théorique. L'auto-efficacité dans ce cas est aussi renforcé par l'implication dans certaines tâches spécifiques, toujours en accord avec la théorie de Bandura. Tous ces éléments et le fait que l'environnement de la KRFCU était sécuritaire, digne de confiance et calme (« relaxed ») font en sorte que la PSE était meilleure après 4 jours de séjour. Les résultats trouvés par les auteurs montrent que l'amélioration de la PSE était prédite principalement par la sévérité des symptômes dépressifs et les souvenirs de non-abus pendant l'enfance. Pour les auteurs était aussi intéressant le fait que malgré qu'il fût un prédicteur significatif de la PSE à l'admission, l'attachement évitant n'était pas prédictif de l'amélioration de la PSE tout au long de l'admission/séjour. [traduction libre] (p. 255) Cela est en contradiction avec d'autres études, qui étaient par contre menées sur un plus long-terme (ce qui peut donc biaiser la comparaison).
Forces et limites	Limites : • Le fait que cette étude soit de type transversal. Une étude de type longitudinale aurait pu amener à des conclusions consistantes • Les chercheurs ne savent pas comment les mères s'en sortent sur le long-terme (après les 4 jours de séjour à la KRFCU)

	• La KRFCU est un environnement « pas réel », loin des difficultés que les mères pourraient rencontrer dans la vie de tous les jours • Afin de pouvoir arriver à des conclusions plus consistantes, la PSE et le comportement de l'enfant devraient être évalués aussi une fois que les familles sont rentrées à la maison • Il y a de plus en plus des évidences que le EPDS comprend des sous-échelles distinctes pour la dépression et l'anxiété. Cela pourrait provoquer des problèmes au niveau de la validité et la fiabilité de l'outil. Pour cette raison les auteurs suggèrent de mener des études pour pouvoir construire un outil meilleur pour mesurer les symptômes anxieux. Dans cette étude, des tests statistiques ont été faites pour mesurer la validité et la fiabilité des deux sous-échelles, mesures qui étaient satisfaisantes afin de pouvoir utiliser le EPDS • Les questionnaires d'auto-évaluation sont faciles à administrer et évaluer, mais l'application clinique est limitée en raison de la non-objectivité de certaines réponses. Les interviews structurées ont justement montré certaines différences d'objectivité dans les réponses par rapport aux questionnaires d'auto-évaluation • N'avoir pas pris en compte certaines variables qui ont une évidence scientifique comme le soutien social, la qualité de la relation conjugale, l'expérience antérieure avec d'autres enfants, la confiance en soi, l'auto-efficacité générale et la satisfaction parentale Forces : • L'étude donne une contribution importante à la littérature scientifique par rapport à la PSE • Souligne les liens entre PSE, dépression maternelle et anxiété, et attachement insécure des adultes • L'étude souligne aussi l'efficacité d'une intervention brève, intensive et résidentielle pour l'amélioration de la PSE • L'implication clinique des résultats est possible
Conséquences et recommandations	Les implications cliniques et les recommandations en lien avec ces résultats sont plusieurs : • L'étude souligne l'efficacité d'une intervention brève, intensive et résidentielle pour l'amélioration de la PSE • Quand les soignants évaluent la PSE auprès des nouveaux parents, ils doivent être sensibles aussi aux facteurs liés au bébé et les enjeux en lien avec le type d'attachement des adultes, en particulier quand ils travaillent avec des femmes présentant des difficultés parentales précoces,

	des enfants irritables ou des perturbations de l'humeur. [traduction libre] (p. 255) L'application des questionnaires ASQ et MOPS dans la routine clinique pourrait aider à faire ça • Des recherches doivent être faites dans le futur pour mieux investiguer la relation entre PSE et les abus infantiles précoces, entre PSE et le genre sexuel du bébé et entre PSE, qualité de l'éducation et l'attachement • Des études doivent aussi être menées dans le futur afin d'examiner le développement et l'impact de la PSE sur les pères • Des études doivent être menées aussi afin de trouver des outils de mesure valides et fiables pour l'évaluation des symptômes anxieux et pour mesurer de manière plus rigoureuse aussi l'attachement (p.ex. mesure basée sur des interviews comme le AAI)
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. <i>Early Human Development</i> , 89(4), 249-256. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre précise le problème et la population concernée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, tous ces éléments sont synthétisés de manière claire.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, les deux buts principaux sont clairement formulés et sont situés dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, l'état actuel des connaissances est bien synthétisé dans la partie « Introduction ».
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Peu clair, car ils sont définis, mais sont parfois de difficile lecture car introduits dans la partie « Introduction » avec la recension des écrits.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, les deux buts de recherche sont formulés clairement.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	Peu clair, le devis n'est pas explicite, mais en analysant les méthodes de recueil de données et les résultats il est clair qu'il soit quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Peu clair, la population est définie, mais que les critères d'exclusion sont explicités. Les critères d'inclusion ne sont pas explicités, mais il est possible de les deviner.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, l'échantillon est décrit de façon détaillée.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non, aucun test statistique a apparemment été fait pour justifier la taille de l'échantillon (ou il n'est pas explicité dans l'étude).
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, chaque instrument de mesure est décrit de manière précise et claire.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, les instruments de mesure utilisés sont en lien avec les variables à mesurer.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Peu clair, la procédure n'est pas décrite clairement dans cette étude, mais il est possible de la deviner de manière implicite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Oui, un consentement a dû être signé par chaque participant et un comité éthique a approuvé l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, plusieurs tests statistiques ont été utilisés afin de répondre aux questions de recherche.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés de manière narrative et à l'aide de tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, ils sont interprétés surtout à l'aide de la théorie sur l'auto-efficacité de Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, les résultats sont interprétés au regard des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, les chercheurs ont clairement décrit à la fin du paragraphe « Discussion » les limites de cette étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non, les chercheurs ne parlent pas de ça de manière explicite dans cette recherche scientifique.

Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, p.ex. les conséquences par rapport à l'implication dans la clinique sont décrites.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, et à plusieurs reprises.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'article respecte la structure IMRD et est suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ngai, F. W., Chan, S. W. C., & Ip, W. Y. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. <i>Nursing Research</i> , 59(3), 185-193. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee
Introduction Problème de recherche	L'atteinte de compétences et la satisfaction dans le rôle maternel est considérée comme une composante critique de l'adaptation maternelle pendant la transition vers la maternité, ce qui a répercussions énormes sur la qualité des comportements parentaux et, enfin, sur le développement psychosocial de l'enfant. [traduction libre] (p. 185) Les études scientifiques rapportent que le fait d'avoir un niveau élevé de compétence maternelle et de satisfaction facilitent les capacités adaptatives des parents (attachement p.ex.) et renforcent une éducation positive des enfants. Cette recherche veut examiner les facteurs qui sont associés avec la compétence/capacité du rôle maternel et la satisfaction durant la transition vers la maternité précoce. [traduction libre] (p. 185). Le but est donc d'analyser les associations entre la compétence perçue du rôle maternel, la « <i>learned resourcefulness</i> » (terme non traduisible en français, expliqué dans la partie « Résultats » du travail de Bachelor), le soutien social, le stress et les symptômes dépressives, et entre la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum.
Recension des écrits	Cette recherche se réfère à plusieurs articles scientifiques antérieurs pour en introduire le but et les attentes. Selon différents auteurs un niveau élevé de « <i>learned resourcefulness</i> » (expliquée dans la partie « Cadre théorique ou conceptuel ») permet à la personne d'utiliser de manière plus efficace les stratégies de coping. Cela parce que la personne a une meilleure confiance en sa capacité de faire face à des événements stressants (comme p.ex. la transition vers la maternité) et démontre par conséquent une meilleure satisfaction de sa vie. Il a été prouvé par différents études que la « <i>learned resourcefulness</i> » joue un rôle significatif dans la promotion des pratiques d'auto-soins prénatales et réduit la dépression

périnatale. Par contre son effet sur la compétence du rôle maternel et la satisfaction pendant la transition vers la maternité n'as pas encore été étudiée.

En outre, les ressources environnementales (famille, amis proches p.ex.) jouent aussi un rôle important afin que la transition vers la maternité soit plus facile. Cela est en accord avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura, car le soutien social peut influencer la compétence du rôle maternel à travers un processus qui inclut la persuasion verbale, l'encouragement verbal et les opportunités d'observer des situations significatives d'autres parents. [traduction libre] (p. 186) De plus, un autre auteur souligne que le soutien à travers l'information et de type appréciatif de la part de la famille et des professionnels de la santé accroît le sens de compétence du rôle maternel des femmes. [traduction libre] (p. 186) D'autres études confirment que le soutien social est un prédicteur significatif de la compétence du rôle parental et de la satisfaction.

Autres chercheurs ont rapporté que la notion de stress a aussi un rapport avec la compétence et la satisfaction parentale. En effet, le stress peut résulter d'une stimulation somatique et compromettre/menacer les stratégies de coping, ce qui peut être perçu comme une indication alarmante de la vulnérabilité à l'échec et ça diminue l'appréciation de la compétence et la satisfaction du rôle maternel. [traduction libre] (p. 186) Cela a été confirmé par plusieurs autres auteurs.

Plusieurs auteurs ont aussi rapporté un lien entre dépression post-partum, compétence perçue du rôle parental et satisfaction. Les études montrent que la dépression agit comme un filtre à travers lequel les femmes regardent le monde [traduction libre] (p. 186) Cela peut faire revenir à l'esprit de la femme les échecs du passé en lien avec une tâche spécifique et lui faire voir les événements sous une lumière négative, ce qui peut influencer l'appréciation de ses propres compétences du rôle maternel et sa satisfaction. Autres auteurs ont trouvé ces résultats et expliquent que la dépression maternelle est le plus grand prédicteur de la compétence du rôle maternel à 8 mois post-partum auprès de 248 mères primipares. [traduction libre] (p. 186)

Selon d'autres auteurs cités dans cette étude, la compétence du rôle parental maternel est aussi un des prédicteurs dominants de la compétence du rôle parental maternel à 1 mois post-partum.

Plusieurs auteurs expliquent aussi que certaines données démographiques (âge de la mère, niveau d'éducation, etc.) ont une influence sur la compétence du rôle maternel et sur la satisfaction des mères, même si les résultats restent inconsistants. [traduction libre] (p. 186)

Malgré les différentes recherches scientifiques déjà menées sur les thèmes cités plus haut, il y a un nombre limité d'études longitudinales (surtout par rapport aux mères d'origine chinoise) qui seraient utiles pour mieux décrire les liens entre toutes ces variables, en particulier en qui concerne la « *learned*

	<i>resourcefulness</i> » en lien avec la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction. Une étude longitudinale permet en fait de recueillir des données avant et après l'accouchement et peut suggérer des facteurs explicatifs de manière plus fiable et contribuer à établir la direction et l'ampleur des relations entre les variables psychosociales et la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction dans le post-partum. [traduction libre] (p. 186)
Cadre théorique ou conceptuel	Cette étude est basée sur : • Le modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) : qui dit que le succès de l'adaptation à la maternité d'une femme dépend des ressources personnelles [...] et son contexte socio-environnemental. [traduction libre] (p. 186) Selon les deux auteurs, une des ressources personnelles principales de la femme qui devient mère est la « <i>learned resourcefulness</i> ». Elle est définie comme étant un répertoire acquis de compétences comportementales et cognitives avec lesquelles la personne est capable de régler des événements internes comme p.ex. les émotions et cognitions, qui peuvent par ailleurs interférer avec la bonne exécution d'un comportement cible. [traduction libre] (p. 186) • La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1989) La compétence perçue du rôle maternel est définie par les auteurs comme étant la croyance dans une capacité d'accomplir le rôle maternel de manière efficace. [traduction libre] (p. 185) Cette définition est jugée par les auteurs similaire au concept d'auto-efficacité maternelle. [traduction libre] (p. 185) La satisfaction perçue du rôle maternel est définie comme étant les perceptions de plaisir et gratification dérivés du rôle maternel. [traduction libre] (p. 185)
Hypothèses/question de recherche/buts	Attente/hypothèse des chercheurs : les femmes ayant un plus haut niveau de compétence perçue du rôle maternel une meilleure « <i>learned resourcefulness</i> », un meilleur soutien social, moins de stress et moins de symptômes dépressifs pendant la grossesse et le post-partum auraient un plus fort sens de compétence perçue du rôle maternel et de satisfaction à 6 semaines post-partum. [traduction libre] (p. 186-187)
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif, plus précisément un devis corrélationnel descriptif. De plus, un sous-groupe de données a été analysé à travers une étude longitudinale afin d'examiner les effets des programmes de psychoéducation à la naissance sur l'adaptation de la mère. [traduction libre] (p.187)

Population, échantillon et contexte	Population et contexte : mères enceintes de leur premier enfant qui étaient en train de participer aux cours de psychoéducation à la naissance organisés pour les femmes qui avaient prévu de mettre au monde leur bébé dans les hôpitaux régionaux (Hong Kong). Les cours étaient : - Gratuits pour les femmes et leur famille - Basés sur le concept de « <i>learned resourcefulness</i> » (restructuration cognitive, résolution de problèmes et renforcement de l'efficacité) - 3 fois par semaine, cours d'1 heure - Basés sur des recherches scientifiques qui ont montré que ces interventions étaient utiles pour promouvoir la « <i>learned resourcefulness</i> », réduire la dépression post-partum, mais - Non-significatifs par rapport à l'effet sur la compétence perçue du rôle parental • Critères d'inclusion : mères enceintes, âgée de 18 ans ou plus, mariées, résidentes à Hong Kong, primipares, ayant une grossesse monofoetale (enceintes d'un seul bébé) et sans complications, capables de lire la langue chinoise et sans antécédents personnels ou familiaux de problèmes psychiatriques Echantillon : était de convenance (« convenience sample ») et comptait 184 mères primipares recrutées en tenant compte des critères d'inclusion mentionnés ci-dessus. Les mères ont été sélectionnées entre octobre 2005 et avril 2007. La taille de l'échantillon était suffisante afin de permettre un niveau alpha de .05, une puissance de .80 et une taille d'effet moyen (.15) pour les analyses de régression multiples. [traduction libre] (p. 187)
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les données ont été recueillies et analysées au début et à 6 semaines post-partum à l'aide de différents instruments de mesure : • Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) : comprenant 17 items divisés en deux sous-échelles : - 8 items pour la sous-échelle « Efficacy subscale » mesurant la compétence parentale perçue dans le rôle parental - 9 items pour la sous-échelle « Satisfaction subscale » évaluant la satisfaction parentale et le confort dans le rôle parental Chaque item est noté de 1 (« absolument pas d'accord ») à 6 (« totalement d'accord ») (échelle de type Likert).

	Le score total était de 17 à 102 point maximum. Un score élevé indiquait un score élevé de de compétence dans le rôle parental. Cette version a été validée par un échantillon de mères d'Hong Kong. La consistance interne était de .82 et après 4 semaines de .84. La validité interne était constituée par le fait que des corrélations significatives avec les mesures de la confiance en soi et de la dépression ont été trouvées. La consistance interne pour la sous-échelle PSOC-E (« Efficacy subscale ») était de .88 et pour l'échelle PSOC de .87 dans le post-partum. • Self-control Schedule (SCS) : comprenant 36 items pour mesurer la tendance individuelle à appliquer la « <i>learned resourcefulness</i> » afin de pouvoir faire face aux situations stressantes. Chaque item est noté de 0 (« inhabituel ») à 5 (« très habituel ») (échelle de type Likert). Le score total était de 0 à 180. Un score élevé montrait une plus grande « <i>learned resourcefulness</i> » Cette échelle a été traduite en chinois et validée par des mères enceintes d'Hong Kong. La consistance interne était de .83 et après 4 semaines de .91. La validité était confirmée par le fait que des corrélations significatives ont été trouvés en mesurant auto-efficacité, confiance en soi et dépression. L'alpha de Cronbach était de .82 pendant la grossesse et de .87 dans le post-partum. • Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : comprenant 10 items afin de mesurer la présence de symptômes dépressifs dans la période périnatale. La version chinoise de cette échelle a été validée par des mères dans la période périnatale. La sensibilité était de 82% et la spécificité de 86%. La consistance interne était de .91 et l'alpha de Cronbach de .74 pendant la grossesse et de .86 dans le post-partum. La validité était satisfaisante. • Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) : comprenant 20 items, subdivisé en : - 1 item pour mesurer le nombre de personnes de soutien - 19 items pour mesurer l'accessibilité au soutien social Chaque item est noté sur une échelle de type Likert à 5 points et le score total pouvait aller de 0 à 100. La version chinoise de cette échelle a une consistance interne élevée de .98 et après 2 semaines de .84. La validité a été supportée par des mesures d'autres questionnaires. La consistance interne pour cette étude était de .84 pendant la grossesse et de .89 après la naissance.
--	--

	• Social Readjustment Rating Scale (SRRS) : comprenant 43 évènements de vie significatifs. Les réponses pouvaient être « oui » ou « non » pour chaque évènement survenu dans les 12 mois passés. Certains changements de vie étaient attribués aux réponses « oui » et la sévérité de l'évènement était notée sur une échelle de 0 (« pas du tout » à 4 (« extrêmement sévère ») (échelle de type Likert). Plus la valeur était élevée, plus l'adaptation au changement avait été perçue comme stressante. Le score total donnait une indication du score de l'intensité du stress total. La version chinoise de cette étude a été modifiée et validée pour y inclure 39 items. Certains évènements sans importance pour les cultures chinoises ont été retirés (Noël p.ex.). La consistance interne de cette échelle était de .76 pendant la grossesse et de .77 dans le post-partum.
Déroulement de l'étude	Les données ont été recueillies et analysées au début et à 6 semaines post-partum. L'étude a été menée dans deux hôpitaux publics régionaux (Hong Kong). Afin de recruter les mères, les assistants des chercheurs ont pu accéder aux dossiers cliniques des femmes qui étaient en train de participer aux cours psychoéducatifs de préparation à la naissance. Les femmes qui étaient éligibles ont été approchées et les chercheurs ont leur expliqué le déroulement et les buts de l'étude. Les femmes qui ont décidé de participer ont donc signé un consentement éclairé. Les données ont été recueillies par les assistants des chercheurs lors du premier cours de psychoéducation à la naissance. Les femmes ont donc été invitées à remplir les 5 questionnaires décrits en détail ci-dessus. Elles ont dû aussi remplir un questionnaire avec les données démographiques et obstétricales (âge, éducation, revenu mensuel, etc.). Une fois les questionnaires remplis, les mères devaient les redonner aux assistants que, 6 semaines plus tard, ont reproposé à ces femmes les 5 questionnaires à remplir et à renvoyer (envois par poste).
Considérations éthiques	Les approbations éthiques ont été données par la « Joint Chinese University Hong Kong-New Territories East Cluster Clinical Research Ethics Committee » et la « New Territories West Cluster Clinical Research Ethics Committee ». Un consentement éclairé a dû être signé par les mères qui avaient décidé de participer à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été analysées grâce à plusieurs instruments statistiques : la version 16.0 de SPSS pour Windows, des statistiques descriptives (analyse des données démographiques), des analyses de régression multiple et des analyses par étape (pour sélectionner la combinaison de certaines variables).

Présentation des résultats	Echantillon : • L'âge moyen des femmes était de 31 ans (SD = 3.8 ans) • Toutes les femmes avaient au moins un niveau d'études secondaires • Plus que 80% des femmes avait un travail et avait un revenu mensuel moyen de 25,828HK\$ (3,311US\$) • La plupart des femmes était bien éduquée et de classe moyenne • La plupart des femmes avait participé aux cours de préparation à la naissance pendant le troisième trimestre de gestation (69%) • Toutes les femmes ont rempli les questionnaires pendant la grossesse, 181 femmes (98%) ont retourné les questionnaires 6 semaines après la naissance de leur bébé Relations entre les variables de l'étude : elles sont présentées dans le Tableau 4. • La compétence perçue du rôle maternel, la « <i>learned resourcefulness</i> » et le soutien social pendant la grossesse étaient corrélées de manière positive avec la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum • Le stress et les symptômes dépressifs pendant la grossesse étaient corrélés de manière négative avec la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum • Des relations parallèles ont été trouvées aussi entre la « <i>learned resourcefulness</i> », le soutien social, le stress, les symptômes dépressifs et la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum • La seule donnée démographique avec une corrélation significative avec la compétence perçue du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum était l'âge ($r = .16$, $p < .05$) Prédicteurs de la compétence du rôle maternel et de la satisfaction : • Le model final qui prédit la compétence du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum était significative, représentant le 50.0% de la variance, $F(5, 175) = 35.32$, $p < .0001$. [traduction libre] (p. 189) • Les variables prénatales expliquaient le 10.7% de la variance • Les variables postnatales expliquaient le 33.6% de la variance

	• La dépression post-partum avait la plus forte corrélation avec la compétence du rôle maternel et la satisfaction à 6 semaines post-partum en représentation du 32.3% de la variance totale
Discussion Interprétation des résultats	Comme l'avaient prévu les chercheurs, la perception des femmes en leur capacité de prendre en soins un bébé pendant la grossesse est un facteur important qui influence le niveau de la compétence du rôle maternel et la satisfaction dans le post-partum. [traduction libre] (p. 189) En effet, les mères ayant un plus haut niveau de compétence perçue du rôle maternel étaient susceptibles d'avoir des attentes optimistes par rapport à leurs vies comme parents et considéraient les tâches comme étant des challenges au lieu qu'une menace. [traduction libre] (p. 189) Par conséquent, elles semblent plus compétentes et satisfaites face aux demandes du post-partum immédiat. Cela est confirmé aussi par d'autres auteurs. Les résultats de cette étude montrent que la dépression post-partum est fortement corrélée à la compétence du rôle maternel et à la satisfaction. En fait, les mères souffrantes d'une dépression peuvent se sentir coupables et inefficaces quant à leur rôle et cela peut influencer leurs compétences à éduquer leur enfant de manière efficace et de développer un sentiment de compétence et de satisfaction dans le rôle maternel. [traduction libre] (p. 190) Ces effets ont aussi été rapportés par d'autres chercheurs qui en confirment l'impact négatif. Cet impact est confirmé aussi sur la population de femmes chinoises. Les symptômes dépressifs doivent donc être dépistés et gérés dans la période périnatale afin de diminuer leur impact sur la compétence du rôle maternel et la satisfaction des mères chinoises dans le post-partum. Les résultats de cette étude montrent aussi que les femmes qui possèdent le répertoire requis de compétences de la « <i>learned resourcefulness</i> » ont une tendance à être plus confiantes en leur capacité à faire face aux challenges de la nouvelle maternité et atteindre compétence et satisfaction dans le rôle maternel. [traduction libre] (p. 190) Cela peut être expliqué par le fait que l'utilisation de la « <i>learned resourcefulness</i> » aide à surmonter les éléments de stress de la période périnatale et donc aide la femme à persister dans l'atteinte de ses buts et à être une mère compétente. Le soutien social et le stress ont été mis en relation de manière significative avec la compétence du rôle maternel et la satisfaction dans le post-partum. Les résultats suggèrent qu'une mère qui a eu peu de soutien social et beaucoup de stress ont la tendance à se sentir moins compétentes et satisfaites en tant que mères. Ces résultats sont consistants avec la théorie de Bandura (1989). Au contraire et en accord avec d'autres études scientifiques, un bas niveau de stress et un haut niveau de soutien social aident les femmes à avoir une compétence du rôle maternel et une satisfaction meilleure. Le fait que le soutien social et le stress n'expliquent pas de manière significative la plus grande variance dans la compétence du rôle maternel et la satisfaction dans le post-partum que par rapport aux variables psychosociales

	incluses dans cette étude peuvent être dues à la corrélation significative avec la « <i>learned resourcefulness</i> » et les symptômes dépressifs. [traduction libre] (p. 191) Il est donc possible que d'autres variables soient modératrices des relations entre les variables de l'étude. Dans cette recherche, les auteurs ont aussi rapporté que l'âge a une relation significative avec la compétence du rôle maternel. En accord avec d'autres études, les chercheurs soulignent que pour une mère le fait d'être plus âgée peut l'aider probablement à avoir plus de ressources pour faire face à certaines tâches dans prise en charge du bébé et seraient aussi moins susceptibles de développer des symptômes dépressifs, qui ont une influence sur la compétence du rôle maternel et la satisfaction. La comparaison doit par contre être faite avec certaines précautions, car cette corrélation a été décrite comme étant positive pour certaines auteurs et négative pour certains d'autres. L'inclusion de mesures observationnelles de la compétence du rôle maternel et la satisfaction aurait renforcé les résultats actuels. [traduction libre] (p. 192)
Forces et limites	Forces : • Étude longitudinale qui permet des conclusions plus importantes Limites : • La généralisation est limitée par l'homogénéité de l'échantillon (de convenance, décrit plus haut). Plusieurs autres recherches avec une population différente devraient être faites afin de pouvoir généraliser les résultats quant aux prédictors de la compétence du rôle maternel • La confiance dans les auto-évaluations : pourraient ne pas refléter les comportements des femmes de manière précise
Conséquences et recommandations	Les chercheurs suggèrent que : • Renforcer la compétence du rôle maternel et la satisfaction avec des interventions est nécessaire. Il est nécessaire de donner les moyens aux femmes d'avoir une meilleure « <i>learned resourcefulness</i> » afin de pouvoir faire face aux défis de la maternité • Cette étude a une implication clinique directe pour les soins donnés aux mères chinoises • Le renforcement de la compétence du rôle maternel peut être faire déjà pendant la période prénatale et la transition vers la maternité • Les femmes ayant un sentiment d'incompétence envers le rôle maternel doivent avoir la possibilité de le renforcer, le pratiquer, etc. dans des classes de préparation à la naissance

	• Les activités de promotion de la santé doivent être commencées tôt pendant la grossesse afin de renforcer la compétence du rôle maternel et la satisfaction • Il faut veiller à aider les nouvelles mères à mieux comprendre la contribution du bien-être émotionnel sur leur sentiment de compétence du rôle maternel et satisfaction • Les interventions doivent être utiles aux femmes afin de leur donner l'occasion de développer des stratégies efficaces (« <i>learned resourcefulness</i> » appris, etc.) • Etant donné que la prévention est meilleure que le traitement, l'identification précoce et la prévention de la dépression périnatale sont recommandées, ce qui peut faciliter l'adaptation maternelle et enfin accroître la compétence des femmes et la satisfaction dans la prise en charge du rôle maternel [traduction libre] (p. 192)
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ngai, F. W., Chan, S. W. C., & Ip, W. Y. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. <i>Nursing Research</i> , 59(3), 185-193. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre est clairement formulé et présente la thématique de cette étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, il précise tous ces éléments.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, il est clairement formulé et est situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, l'état des connaissances à ce sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs est présenté dans l'introduction.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, les principales théories et concepts sont définis.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, l'hypothèse et le but sont précisés sous forme narrative à la fin de l'introduction et au début de la discussion.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, il est explicité dans la partie « Méthode ».
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Peu clair, les critères d'inclusion sont décrits, mais les critères d'exclusion non. Il est quand même possible de les deviner, mais ne sont pas explicités.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Peu clair, même commentaire que ci-dessus. Par contre le nombre est décrit, mais il n'est pas clair s'il y a des femmes qui ont décidé de ne pas participer, de quel nombre de personnes ils sont partis, etc.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, l'alpha de Cronbach et la puissance sont décrits.
	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, ils sont tous bien décrits, la validité interne est décrite aussi.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, elles sont en lien avec les variables à mesurer.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Oui, elle est décrite de manière précise.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Oui, deux commissions éthiques ont été questionnées à ce sujet, un consentement éclairé a été signé par les femmes qui ont décidé de participer à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, et sont décrites dans la partie « Méthode ».
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Peu clair, les résultats sont présentés de manière rapide dans la partie « Résultats » de manière narrative et résumés dans les tableaux. Par rapport à d'autres études, les coefficients, les valeurs p, etc. ne sont pas présentés dans la partie narrative pour chaque résultat. Les tableaux sont par contre clairs et présentent tous les résultats en détail.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, les résultats sont interprétés à l'aide du cadre théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, ils sont interprétés au regard d'autres études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, les limites sont bien décrites dans la dernière partie de la discussion.

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, vers la fin de la partie « Discussion ».
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, en disant que les conclusions sont applicables dans la clinique de manière directe.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, et à plusieurs reprises par rapport à certaines variables.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, une analyse minutieuse de cette étude est possible.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	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 ?. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , (106), 47-58. doi : 10.3917/rsi.106.0047
Introduction Problème de recherche	« La naissance d'un enfant est un évènement merveilleux dans la vie d'une femme et pour le couple. » (p. 48). Malgré ça, il faut tenir compte que cette vision est plutôt idéalisée : une fois le bébé né, un certain nombre de bouleversements sont vécus par les parents et demandent plusieurs « adaptations qui peuvent entraîner quelques difficultés chez les mères. » (p. 48). Cette période stressante peut provoquer certains dysfonctionnements, parfois graves. Dans cette période de transition, les soignants de la maternité proposent des interventions d'accompagnement et d'éducation thérapeutique à la nouvelle mère. Les auteurs de cette étude se demandent si celles-ci sont adaptées aux besoins de la mère et renforcent leur sentiment de compétence parentale dans la transition vers la parentalité. En vue du fait que l'appréciation de ces thèmes est subjective, les auteurs ont interrogé les mères pour mieux comprendre comment la construction du sentiment de compétence parentale se fait chez elles.
Recension des écrits	Dans cette étude, il n'y a pas de paragraphe dédié à la recension des écrits. Malgré cela, la partie « Cadre théorique » et la petite partie « Introduction » font toujours référence à des études antérieures. En conséquence au cadre théorique et les évidences rapportées par des études antérieures, les auteurs de cet article se demandent quelles stratégies mettent en place les mères pour faire face aux événements en lien avec la naissance, quels sont leurs ressources et quelles conséquences ont celles-ci sur leur sentiment de compétence parentale.
Cadre théorique ou conceptuel	Plusieurs cadres théoriques sont présentés dans cet article : • Le stress perçu : plusieurs auteurs sont en accord sur le fait que la naissance d'un bébé provoque du stress chez la mère et peut provoquer des troubles plus ou moins graves.

	Lazarus et Folkmann ont défini le stress comme étant « une transaction particulière entre l'individu et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être. » (p. 48). Selon les auteurs, le soutien social pourrait jouer un rôle dans les situations stressantes. • Le soutien social : au jour d'aujourd'hui les familles se sont reconfigurées : les repères familiaux traditionnels ne sont plus les mêmes et la femme a à sa disposition plusieurs réseaux de soutien et information. De plus, les jours d'hospitalisation ont diminué de manière significative dans le temps, ce qui pose le problème pour les soignants de bien cibler les interventions et comprendre les besoins en termes de soutien social des femmes afin de garantir un accompagnement adapté. Les auteurs distinguent 3 types de soutien social : - Réseau social (nombre de personnes) - Soutien social reçu (soutient effectif) - Soutien social perçu (perception subjective du soutien) « La classification la plus connue est celle de House (1981) qui décrit quatre types de soutien : » (p.48) - Soutien émotionnel (rassurer, réconforter, etc.) - Soutien informatif (conseils, suggestions, etc.) - Soutien d'estime (rassurer la personne sur sa valeur, etc.) - Soutien instrumental (prêt d'argent, de matériel, etc.) Plusieurs auteurs sont en accord sur le fait que le soutien social diminue le niveau de stress et les symptômes anxio-dépressifs des mères enceintes. De plus, si le niveau de soutien social perçu est positif et satisfaisant, cela porte des bénéfices significatifs pour la mère et son enfant et joue le rôle de facteur protecteur pour la dépression post-partum p.ex. Au contraire, un soutien social perçu comme négatif peut provoquer ou exacerber des troubles mentaux (anxiété, dépression post-partum p.ex.). • Les stratégies de coping : ce sont les stratégies que la personne met en place afin de faire face aux situations. Elles permettent soit de modifier le problème, soit de se modifier soi-même. Les auteurs de cet article mettent en évidence qu'il y a très peu d'études scientifiques en lien avec les stratégies de coping utilisées par les parents après la naissance de leur bébé. Les études antérieures semblent être d'accord sur le fait que : - Les stratégies centrées sur le problème sont plus adéquates - Les stratégies d'évitement favoriseraient les symptômes dépressifs
--	--

	Les auteurs de cette étude disent que les stratégies peuvent influencer aussi le sentiment d'auto-efficacité parentale, même si « aucune littérature n'a mis en évidence un lien entre les différentes stratégies et le sentiment de compétence des mères » (p. 49). • Le sentiment de compétence parentale : est un concept décrit par Bandura en 1997 « sous le terme de sentiment d'auto-efficacité personnelle (SEP) et est un concept multidimensionnel. » (p. 49). Le SEP tien en compte des : - Exigences de la tâche - Les capacités de l'individu Il est défini comme étant « la perception qu'a un individu de ses capacités vis-à-vis d'une tâche déterminée et définie. » (p. 49). Dans ce cas, il est le sentiment d'auto-efficacité perçu par le parent. Les auteurs précisent que « ce sont surtout les exigences que se donne l'individu et la hauteur des attentes qui influencent l'évaluation de celui-ci. » (p. 49). Cela veut dire que si une personne met la « barre trop haute », elle sera plus facilement insatisfaite et déçue. Les éléments qui peuvent modifier le SEP sont selon Bandura : - Les expériences vécues - Les modèles de référence - Le feed-back des personnes significatives - L'état physiologique et émotionnel de la personne La subjectivité de la perception ressentie par les parents par rapport à leur sentiment de compétence est selon les auteurs (et en accord avec une étude antérieure) très importante, notamment pour cette étude. Des études antérieures ont montré qu'il existe des liens entre la santé psychique de la mère et l'adaptation à la parentalité et des liens entre perception de l'efficacité parentale dans la période du post-partum immédiat et la confiance du parentage à plus long terme après la naissance. D'autres études ont mis en évidence qu'un faible niveau de sentiment d'efficacité parentale serait en lien avec la dépression maternelle, une mauvaise qualité des relations mère-enfant et des conflits au niveau du couple. Dans la littérature scientifique des chercheurs mettent en évidence, au contraire, qu'un sentiment d'efficacité parentale élevé serait un facteur protecteur en ce qui concerne le développement de la dépression et l'anxiété post-partum.
--	--

Question de recherche/buts	Cette recherche scientifique veut montrer « les liens entre le stress perçu, le soutien social perçu et les stratégies de coping avec le sentiment de compétence des mères primipares. » (p. 48).
Méthodes Devis de recherche	Qualitatif. Plus précisément les auteurs disent que la démarche utilisée est « exploratoire et qualitative. » (p. 50). Seulement ce devis permet, selon les auteurs, « de rendre compte des perceptions des mères. » (p. 50).
Population, échantillon et contexte	Population et contexte : mères primipares qui avaient accouché à Genève à 6 semaines post-partum (loin de la période du baby-blues et de la zone critique pour la dépression post-partum). • Critères d'inclusion : mères primipares, ayant accouché à terme à Genève, sans pathologies prénatales et ayant entraînée une hospitalisation. « Ces mères parlaient français couramment. » (p. 50). Echantillon : 30 mères ont été sélectionnées pour cette étude. Pour définir la taille de l'échantillon, les chercheurs se sont basés sur le critère de saturation (« nombre de données à partir duquel il n'y a plus de nouveaux éléments qui émergent » (p. 50)). Ce critère est utilisé afin de valider les méthodes qualitatives. Les caractéristiques principales des mères participantes à l'étude étaient : • Âge moyen de 31 ans (20 à 40 ans pour l'échantillon total) • 58.3% avaient accouché par voie basse spontanée • 18.4% avaient accouché par voie basse instrumentée • 23.3% avaient accouché par césarienne • 80% avaient suivi un cours de préparation à la naissance (PAN) • 98% allaitait au sein • La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours • 90% avaient bénéficié de visites à domicile dans le post-partum • La plupart des femmes étaient employées et cadres intermédiaires • 97% vivaient en couple • 47% étaient de nationalité Suisse

Méthode de collecte des données	L'outil utilisé pour l'investigation a été : • L'entretien semi-directif et compréhensif (durée : 1 h environ) : comprenant des questions ciblées sur : - Les événements stressants perçus par les femmes dans le post-partum - Le soutien social perçu par les mères - La manière dont les mères avaient fait face aux événements - Le sentiment de compétence des mères Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits textuellement par après.
Déroulement de l'étude	Les entretiens semi-directifs et compréhensifs ont été menés à 6 semaines post-partum. On ne sait pas plus sur le déroulement de l'étude.
Considérations éthiques	« Le protocole de recherche a été soumis à la commission d'éthique médicale des Hôpitaux universitaires de Genève et a été accepté sans réserve. » (p. 51).
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données issues des entretiens semi-directifs et compréhensifs « s'est construite à partir d'un arbre catégoriel défini par les concepts posés dans le cadre théorique : » (p.50). - Le soutien social : subdivisé en source et type. Pour la PAN : les auteurs ont utilisé les fondements du processus éducatif de Pourtois et Desmet (2007) pour catégoriser les dimensions : affective, cognitive, sociale et idéologique - Les stratégies de coping - Le sentiment de compétence : avec des phrases type
Présentation des résultats	Événements stressants et sentiment de compétence : • Les femmes sont confrontées à beaucoup de stress et cela influence le sentiment de compétence des mères • Dans le post-partum immédiat (hospitalisation) les événements plus stressants sont : - Les interactions avec le personnel soignant - L'allaitement - Les conditions de l'hospitalisation • Les événements plus cités par les mères lors du post-partum à domicile étaient :

	- L'allaitement : serait vécu comme un indicateur de la « bonne mère » - L'organisation des tâches ménagères : qui a comme conséquence une fatigue importante - Le rythme et les pleurs de l'enfant : qui confrontent les mères avec les normes sociales et des craintes par rapport à celles-ci (peur du jugement des autres, de déranger, etc.) • Les représentations sociales (idéaliser p.ex.) et les projets de naissance (écart entre idéalisation et réalité) peuvent influencer la perception des événements. En particulier, si le projet de naissance idéalisé est différent de la réalité, le sentiment de compétence maternelle diminue. • Les éléments qui auraient plus d'impact sur le sentiment de compétence maternelle seraient : - L'allaitement - Les pleurs de l'enfant Cela serait expliqué selon les auteurs par le fait que les mères ont l'impression de ne pas pouvoir les contrôler. Par conséquent le sentiment de compétence diminue. Soutien social et sentiment de compétence : • La PNA comporte : - Des transferts de savoirs : les mères en général disent ne pas avoir retenu les informations en lien avec le post-partum (allaitement, soins au bébé, etc.) parce que ces thèmes étaient « trop éloignés de leurs préoccupations à ce moment-là. » (p. 51). Ces connaissances par conséquent ne sont pas utilisées pour faire face aux événements dans le post-partum immédiat. Les mères sont donc plus focalisées sur l'accouchement et participent aux PAN surtout pour recevoir des informations sur ça. - Une information scientifique claire et partagée : les mères veulent ça et ne souhaitent pas recevoir des conseils idéologiques et individuels. Les auteurs soulignent que « Par contre lorsque les propos sont clairs et ciblés les femmes sont rassurées » (p. 52). La PAN, selon les témoignages, aurait des effets sur la perception des événements et l'anxiété « et donc indirectement sur le sentiment de compétence. » (p. 52). - Une occasion de partage social : les mères apprécient le partage avec des couples, surtout vivant des situations similaires, et leurs compagnons. • Les différents types de soutien et la période concernée : - Soutien émotionnel et d'estime : dans le post-partum les mères ont besoin de ça, car répond au besoin d'être rassurées et valorisées
--	--

	- Soutien matériel : est important surtout pour le post-partum à domicile et attendu des proches. Une immense fatigue (près de l'épuisement) peut se produire car la mère se sent débordée vis-à-vis des tâches ménagères. - Un soutien informatif cohérent et ouvert : pour éviter une baisse du sentiment de compétence, les mères ont le besoin de recevoir des informations cohérentes et ouvertes (non directives ou normatives) • En ce qui concerne le soutien personnel : - Le père de l'enfant : son soutien est essentiel pour les femmes, mais « n'est pas toujours perçu comme satisfaisant » (p. 52). Dans cet article, les chercheurs soulignent que ce type de soutien ne semblerait pas avoir d'effet sur le sentiment de compétence, car effectivement le père même est en difficulté à donner un soutien efficace. - Les autres femmes : pour la plupart des mères les expériences des autres femmes sont une référence. La comparaison avec leurs propres mères est difficile, car les contextes sont différents. Les jeunes mères ont par contre des perceptions mitigées parce qu'elles peuvent se sentir disqualifiées vis-à-vis des mères qui ne vivent pas la même chose. Par conséquent le sentiment de compétence est fortement abaissé. Les auteurs expliquent que « C'est comme si les mères se mettaient dans une logique de compétition plutôt qu'une logique d'apprentissage et de partage d'expériences. » (p. 53). • En ce qui concerne le rôle des sages-femmes : - Sages-femmes et savoirs : sont très importantes pour les mères et « détiennent le savoir » (p. 53) - Une personne de référence : « Les jeunes mères attendent l'avis des sages-femmes voire leur accord vis-à-vis des décisions qu'elles prennent, surtout lorsque ces décisions sont en contradiction avec le projet de départ » (p. 53) : p.ex. : arrêter d'allaiter. La mère a donc besoin de réévaluer son projet avec la sage-femme qui doit tenir compte du fait que la femme à ce moment-là est submergée par les émotions et sentiments contradictoires. La médiation des sages-femmes est donc essentielle afin que la mère puisse prendre une décision et toute conscience en se distanciant et en évaluant de manière sereine la situation. - Attente d'un feedback positif : les mères se sentent blessées lorsqu'elles se sentent jugées et infantilisées. Elles attendent un feedback des sages-femmes : s'il est négatif, une
--	---

	baisse du sentiment de compétence se présente. Un abus de pouvoir de la part des sages-femmes perçu par la mère peut l'amener à lui faire décider à sa place. - Une relation affective : la sage-femme peut jouer un rôle maternel dans le post-partum à domicile. La relation affective est donc mise en place. • En ce qui concerne le rôle de la personne significative : « la perception négative du soutien social a un effet délétère sur le sentiment de compétence des mères surtout lorsque ce soutien provient d'une personne significative » (p. 53) Les stratégies de coping et le sentiment de compétence : • Post-partum immédiat : les mères cherchent surtout le soutien social comme stratégie et déplorent le fait de devoir mobiliser leurs propres ressources • Post-partum à domicile : les mères utilisent des stratégies évitantes et de minimisation vis-à-vis des événements qui les concernent • « Les femmes ont également tendance à enjoliver la réalité et à minimiser le mal être dans lequel elles se trouvent. » (p. 54) • Les mères choisissent leurs stratégies par rapport à la perception de l'événement et du soutien social : elles ont tendance à mettre en place des stratégies passives si elles ont le sentiment de ne pas pouvoir contrôler la situation ; si elles ne sont pas satisfaites de leur soutien social adoptent plutôt des stratégies centrées sur les émotions
Discussion Interprétation des résultats	Événements stressants : • Influence de la nature des événements sur le sentiment de compétence : en effet les auteurs soulignent que des études antérieures ont mis en évidence le lien entre stress perçu et santé psychique de la mère ainsi que son sentiment de compétence. Par contre, ces études mesurent le stress général sans mettre en lien le stress perçu avec les événements. De plus dans cette étude les auteurs ont pu voir que « tous les événements n'ont pas les mêmes répercussions sur le sentiment de compétence des mères. » (p. 54). Les plus stressantes sont dans cet article l'allaitement et le rythme et les pleurs de l'enfant. • La perception des événements liée aux représentations : en accord avec les études antérieures, cet article met en évidence que la perception des événements est influencée de manière importante par les représentations de la mère vis-à-vis de la naissance. Une ultérieure recherche ajoute que si les représentations sont en décalage avec la réalité il y a la possibilité que la mère développe un trouble

dépressif important. Cela permet aux auteurs de dire qu'il serait important de développer des interventions visant les représentations afin de « aider les mères et plus largement les couples à faire face aux différents événements et s'ajuster au mieux. » (p. 54).

Soutien social :

Les auteurs peuvent affirmer après avoir mené cette étude que la satisfaction du soutien social de la part des mères semble avoir un impact important sur le sentiment de compétence. Cela est en accord avec la littérature.

- **Les sages-femmes : des personnes de référence.** En vue du fait que la comparaison avec sa propre mère ou la grande mère est difficile et que la comparaison avec les autres mères n'est pas toujours perçue comme positive, les mères comptent beaucoup sur les sages-femmes. Un auteur serait en désaccord avec ça, montrant que le soutien social n'aurait pas de corrélation significative avec l'auto-efficacité parentale.

Les conclusions de cette étude sont limitées par le fait que l'évaluation était faite à 1 semaine post-partum. Malgré ça, cet article montre que « les sages-femmes sont des personnes significatives. » (p. 54) et cela démontrerait donc que le soutien social joue un rôle vis-à-vis du sentiment de compétence parentale.

En accord avec Bandura, « la valeur donnée à la personne semble jouer un rôle important vis-à-vis du sentiment de compétence. » (p. 54). Un autre article confirme ce résultat.

- **Besoin d'une information éclairée et argumentée :** les mères se sentent vulnérables et peu compétentes vis-à-vis de leur rôle, parce qu'elles vivent pour la première fois l'expérience de la naissance. Le fait de recevoir des informations éclairées et argumentées les rassure, le fait de recevoir des informations directives ou normatives les fait sentir infantilisées et « semble empêcher toute adaptation aux situations. » (p. 55). Cette différence n'a jamais été évoquée par les études antérieures. De plus, si l'information est contradictoire « les mères sont désécurisées et leur sentiment de compétence est fortement abaissé. » (p. 55) et l'information scientifique et éprouvée est importante pour elles.
- **Le soutien social émotionnel et d'estime : composantes essentielles pour développer une sécurité affective.** Cela permet de les valoriser et les reconnaître dans leur rôle. Selon les auteurs les mères ont besoin de cela. Une autre étude relève le même résultat.

Les feedbacks positifs de la part des sages-femmes sont aussi importants : ils aident la mère à renforcer le sentiment de compétence surtout dans le cas de prise de décisions loin du projet de départ ou leurs représentations.

	« Les feedbacks négatifs de la part des sages-femmes et le manque de soutien émotionnel et d'estime ont un effet très délétère et abaissent le sentiment de compétence des mères » (p. 55). Cela est en accord avec la littérature. • L'adéquation du soutien social : un équilibre entre moment de la naissance, type de soutien et source. Les auteurs, après avoir mené cette étude, ont pu voir que « la satisfaction dépend de l'adéquation entre le type de soutien et les différents événements à un moment donné. » (p. 55), et donc : - Période prénatale : soutien informatif - Post-partum précoce : soutien émotionnel et d'estime (les sages-femmes jouent un rôle très important) - Post-partum à domicile : soutien matériel (de la part des proches) De plus, vu que les mères ont de la peine à se projeter dans le futur, donner des informations concomitantes aux événements se révèle important. Adéquation des stratégies de coping : Selon la littérature scientifique « les stratégies centrées sur le problème sont plus adéquates et permettent une meilleure adaptation aux situations rencontrées. » (p. 55). En faisant cela, l'anxiété des mères baisserait et influencerait de manière positive son sentiment de compétence. Dans cette étude les auteurs mettent surtout en évidence que « la perception du soutien social et la perception des événements influence les stratégies de coping et leur adéquation dépend de l'interaction de ces différents facteurs. » (p. 55).
Forces et limites	Limites : la seule limite évoquée dans cet article est que « le contexte socioprofessionnel, culturel et familial de notre échantillon sélectionne une population plutôt favorisée ce qui amène une limite aux résultats » (p. 50).
Conséquences et recommandations	Conclusions et perspectives de recherche : en vue des résultats trouvés dans cette étude, les auteurs en concluent que « les outils spécifiques au stress perçu en parentalité manquent. » (p. 55). Cela limite les résultats des études antérieures. Afin de mieux comprendre le lien entre les événements périnataux et le stress perçu, il pourrait être utile de développer une échelle spécifique. Les résultats de cette étude devraient être pris en compte par les professionnels afin de pouvoir renforcer le sentiment de compétence des mères. Aussi, les recherches futures devraient prendre en compte les différents besoins quant aux types de soutien à un moment donné. Les échelles actuelles ne comprennent pas cette différenciation. Le développement d'outils nouveaux comprenant toutes ces dimensions pourrait être utile.

	Les auteurs soulignent aussi que « l'impact du stress, le rôle du soutien social et du coping sur le bien-être maternel, ne peuvent pas être abordés de manière linéaire et simplifiée. Les futures études devront donc se baser sur des modèles complexes et transactionnels. Perspectives pour la pratique : • Privilégier le soutien social émotionnel et d'estime dans le post-partum immédiat • Une structure de soutien matériel doit être mise en place dans le post-partum à domicile • Privilégier l'information concomitante aux événements • Les actions éducatives doivent être axées sur l'allaitement et les comportements de l'enfant • Les informations doivent être basées sur des preuves scientifiques partagées • Inclure un travail sur les représentations et les attentes des mères lors des actions éducatives • Privilégier les feedbacks positifs (surtout de la part des sages-femmes)
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	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 ?. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , (106), 47-58. doi: 10.3917/rsi.106.0047				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Oui, le titre est précis et présente les concepts analysés dans l'étude et la population cible.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, la partie « Abstract » présente tous ces éléments.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Oui, l'introduction expliquant la problématique est développée, formulée de façon claire et mise en un contexte.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?			X	Peu clair, après la partie « Introduction » et la partie « Objectif », le cadre théorique est présenté sans passer par la recension des écrits. Cependant, le cadre théorique est présenté aussi à l'issue d'études antérieures, donc l'état des connaissances actuelles est implicite.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Oui, sont définis de manière détaillée.

Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, le but est clair et formulé de manière concise, mais précise.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, le devis est qualitatif et exploratoire.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui, les auteurs l'expliquent aussi : seulement ce devis permet, selon eux, « de rendre compte des perceptions des mères. » (p. 50).
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, elle est définie de façon précise, même si seulement les critères d'inclusion sont présentés.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, il est présenté de façon détaillée.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Oui, cette partie est explicite et claire.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Peu clair, le déroulement de l'étude n'est pas décrit, mais il est possible de le deviner de manière implicite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Peu clair, les HUG ont approuvé cette étude, mais il n'est pas explicité si les participants ont dû signer ou pas un consentement éclairé.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Oui, elle est détaillée.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Peu clair, les auteurs ne parlent pas explicitement de cette thématique. Ils ont quand même mesuré des variables qui ont fait preuve de signification scientifique.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Oui, les résultats sont compréhensibles et contient plusieurs verbatim significatifs.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Oui, le représentent de façon logique.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Peu clair, cette thématique n'est pas abordée par les chercheurs, mais on peut imaginer que oui.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Oui, les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Peu clair, cette thématique est touchée que pour une minorité des résultats.
Conséquences et recommandatio ns	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Oui, les recommandations et les conséquences pour les recherches futures sont présentées.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, il est possible de faire une analyse critique et minutieuse de cet article.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(11), 2324-2336. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x
Introduction Problème de recherche	Les parents dans des nombreux pays occidentaux se sentent souvent dépassés pendant la première année de la petite enfance. [traduction libre] (p. 2325) Effectivement, les auteurs soulignent que le fait de devenir parent engendre plusieurs challenges, comme développer une relation avec le bébé et la capacité à lui prodiguer des soins. Selon le modèle de Barnard l'interaction parent-enfant est un processus d'adaptation mutuelle. [traduction libre] (p. 2325) Cette étude veut évaluer cette interaction et mesurer l'auto-efficacité parentale (PSE) auto-évaluée par les parents. Les auteurs expliquent que selon Bandura pour vivre avec succès une tâche les deux parents doivent en effet croire d'avoir les capacités pour obtenir le résultat espéré et se sentir confiants par rapport à cette tâche spécifique. Le fait d'avoir un score élevé de PSE est important pour le sens de bien-être et la satisfaction dans la parentalité. [traduction libre] (p. 2325) De plus, les chercheurs expliquent que la PSE est aussi un possible prédicteur de pratiques parentales adéquates et peut être un indicateur de risque. [traduction libre] (p. 2325) Les pratiques parentales sont essentielles selon différents auteurs et rendent possible le bon développement de l'enfant. Malgré que depuis quelques années l'auto-efficacité et plus spécifiquement la PSE sont étudiées non seulement au niveau social, mais aussi au niveau des soins infirmiers, et que ce thème semble très important, les prédicteurs de l'expérience parentale restent inexplorés et autres recherches sont nécessaires, en particulier avec les mères. [traduction libre] (p. 2325) En outre, il existe très peu d'évidences scientifiques en ce qui concerne les prédicteurs parentaux des pères et la comparaison de ceux-ci entre pères et mères.

Recension des écrits	La recension des écrits pour cet article est faite à partir de 4 thèmes importants : • La PSE (« Parenting Sels-Efficacy ») : théorie de Bandura, cf. « Cadre théorique ou conceptuel ». Les études antérieures faites en soins infirmiers ont indiqué la PSE aussi avec d'autres termes : - Compétence (« competence ») - Confiance (« confidence ») - Efficacité (« efficacy ») - Sens de compétence en soins au nourrisson (« sense of infant care skills ») - Niveau de rôle perçu (« perceived role attainment ») - Confiance en soi (« self-esteem ») (p. 2325) • Attributs/caractéristiques des parents : selon la théorie de Bandura, le succès ou l'échec dans les expériences parentales antécédentes se sont révélés des forts prédicteurs de la PSE. [traduction libre] (p. 2325) Effectivement cela a été étudié par différents auteurs qui ont trouvé comme résultat que les femmes primipares avaient un PSE plus bas dans le post-partum immédiat par rapport aux femmes multipares. En vue des recherches faites dans le passé, il n'est pas encore clair l'effet de l'âge, de l'éducation et du statut conjugal sur la PSE. D'autres études antérieures ont montré que : - Les attitudes vis-à-vis de la parentalité pendant la grossesse se sont avérées un prédicteur de la PSE des primipares. [traduction libre] (p. 2325) Ceci veut dire que si la mère s'adapte bien pendant la grossesse, elle arrivera à bien s'adapter aussi dans le post-partum. Cela est aussi en accord avec la théorie de Bandura (influence des états psychologiques et émotionnels) - L'expérience de l'accouchement avait un impact sur la PSE. [traduction libre] (p. 2325) - La confiance en soi a été découverte par des études antérieurs comme étant un élément corrélé avec la PSE - Dans le post-partum immédiat il y aurait un risque accru de développer la dépression post-partum - L'humeur dépressive, le changement de vie et la centralité de l'enfant affectent la PSE
----------------------	--

	Les auteurs de cette étude soulignent que la parentalité peut aussi affecter les pères, et cela est en accord avec des études antérieures. Effectivement les pères peuvent vivre les changements en lien avec la parentalité de manière différente, mais aussi similaire aux femmes et cela influence aussi leur PSE. • Attributs/caractéristiques du bébé : les auteurs expliquent, en accord avec la théorie de Bandura, que certaines caractéristiques du bébé comme l'état de santé, le sexe, l'âge, etc. peuvent influencer le niveau perçu de difficulté d'une tâche. Par rapport à ce thème, les études antérieures montrent des évidences conflictuelles. Par contre, la littérature scientifique en général est d'accord sur le fait que les défis rencontrés avec l'enfant indiquent un bas niveau de PSE. [traduction libre] (p. 2326) • Attributs/caractéristiques de l'environnement : en accord avec la théorie de Bandura, qui dit que l'expérience vicariante et la persuasion verbale ont une influence sur la PSE, plusieurs auteurs sont en accord sur le fait que le bien-être de la famille est [...] un prédicteur potentiel de la PSE. [traduction libre] (p. 2326) et que le soutien social donné par le personnel et différentes sortes de pratiques hospitalières ont un impact positif sur la parentalité. [traduction libre] (p. 2326)
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique fait référence à la théorie de l'auto-efficacité de Bandura et plus précisément à l'auto-efficacité parentale (« Parenting Self-efficacy »). Elle est définie comme étant la croyance ou le jugement que le parent détient en ses capacités d'organiser et exécuter un ensemble de tâches en lien avec l'éducation d'un enfant. [traduction libre] (p. 2325) Selon Bandura la PSE est en lien avec : • Les croyances personnelles des parents • Ce que le parent peut faire avec un ensemble de conditions et par rapport à ses capacités • Des actions organisées pour exécuter un certain nombre de tâches dans des circonstances difficiles • Une tâche spécifique (dans cette étude : l'interaction entre parent et enfant dans la vie de tous les jours) Cette étude veut étudier comment être sensibles aux signaux et aux besoins du bébé ; et comment répondre à ceux-ci [traduction libre] (p. 2325) pour promouvoir ce comportement/réponse à la tâche de manière croissante. Toujours selon le cadre théorique, la SEP est influencée par : • L'expérience active de maîtrise

	• L'expérience vicariante • La persuasion verbale • Les états physiologiques et émotionnels Les auteurs de l'article font aussi référence au modèle de Barnard qui dit que l'interaction parent-enfant est influencée par les attributs des parents, les caractéristiques du bébé et le contexte environnemental [traduction libre] (p. 2325), plus précisément donc par l'éducation, la santé, le changement de vie, les attentes et les stratégies de coping.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le principal but des chercheurs était d'étudier les corrélations existantes entre les attributs des parents, du bébé et de l'environnement et la perception de la PSE de la part des mères et aussi des pères.
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif, plus précisément corrélationnel et transversal.
Population, échantillon et contexte	Population et contexte : parents qui ont donné la vie à leur enfant dans deux hôpitaux publics en Finlande (hôpital A, hôpital B). Cette étude fait partie du projet « Urban parenthood » qui offre un soutien supplémentaire pour les parents avec une intervention sur internet. [traduction libre] (p. 2326) L'hôpital A était la cible de l'intervention, l'hôpital B le groupe contrôle. Les données de cette étude sont considérées comme étant une description de la situation avant l'implémentation de l'intervention. [traduction libre] (p. 2326) • Critères d'inclusion : mères et pères, ou compagnons des mères, mères primipares, mères multipares, qui savaient comprendre et écrire le finlandais. Au moins un des deux parents devait être d'accord de participer à l'étude. L'enfant des parents inclus dans l'étude devait être pris en charge par la maternité ou par la néonatalogie • Critères d'exclusion : mères ayant accouché de jumeaux ou étant rentrées à la maison précocement et ayant un suivi à domicile ou par téléphone donné par des infirmières ou des sages-femmes Echantillon : était de convenance. Après avoir reçu les informations concernant l'étude, 961 femmes et 580 hommes ont décidé de participer (1300 familles). Les parents qui ont répondu au questionnaire étaient : • 469 mères (67%) et 307 pères (44%) pour l'hôpital A

	• 394 mères (66%) et 218 pères (36%) pour l'hôpital B « La taille de l'échantillon (N = 1300) avait été déterminée en utilisant des analyses puissantes. » (p. 2327) : • Une taille de l'échantillon de 300 participants était puissante à 81% ($R^2 = 0.05$)
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire de 167 items se basant sur différents instruments de mesure : • Edinburgh Depression Scale (EPDS) • What Being the Parent of a New Baby il Like – Revised (WBPL – R) • Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES) Le questionnaire était basé sur multiples variables, qui étaient mesurées par plusieurs instruments développés par différents enquêteurs (Table 1). [traduction libre] (p. 2327) Un test pilote a été effectué afin de pouvoir valider le questionnaire. La validation a été obtenue par différents experts (N = 7) et un groupe de parents (N = 70 familles). Ce test a défini la durée du remplissage du questionnaire (32 minutes). La seule variable traitée de manière dépendante était la PSE, mesurée à travers un nouvel instrument (« Table 2 ») (p. 2328) basé sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1997), des études antérieures, les recommandations nationales pour les soins des bébés et des savoirs implicites/tacites. Tous les items ont été libellés en termes positifs comme recommandé par Bandura. [traduction libre] (p. 2328) Ces items prenaient en compte les soins quotidiens donnés à l'enfant, mais aussi les comportements de l'interaction parent-enfant, et donc les : • Compétences affectives • Compétences cognitives • Compétences comportementales L'instrument utilisé pour la mesure de la PSE avait un alpha de Cronbach étaient : • Hôpital A : 0.91 pour les compétences cognitives, 0.91 pour les affectives, 0.93 pour les comportementales pour un total de 0.96 • Hôpital B : 0.91 pour les compétences cognitives, 0.92 pour les affectives, 0.92 pour les comportementales pour un total de 0.96 Les variables indépendantes étaient en lien avec :

	• Les attributs des parents : âge, parité, éducation, état conjugal, concept de soi, symptômes dépressifs (EPDS), changement de vie et centralité (WBPL – R), l'expérience de l'accouchement, l'état d'âme des parents à la sortie et les attitudes par rapport à la parentalité pendant la grossesse • Les attributs du bébé : genre (sexe), semaines de gestation (à la naissance), poids à la naissance, l'âge actuel des parents et les perceptions actuelles envers l'enfant. Une question ouverte par rapport à la santé du bébé était aussi posée, les réponses étaient divisées en deux groupes : « aucun problème de santé », « tout type de problème de santé » • Les attributs environnementaux : type d'accouchement, rooming-in, manière de nourrir l'enfant, conseils et présence du père à la maternité et fonctionnement de la famille, santé de la famille et soutien social du personnel soignant Les instruments utilisés pour la mesure des variables indépendantes avaient des alphas de Cronbach de 0.66 à 0.96.
Déroulement de l'étude	Les parents éligibles ont reçu des informations par rapport à l'étude, le consentement éclairé et le questionnaire (mères et pères de 1300 familles). Les questionnaires étaient à remplir et à retourner aux chercheurs pendant l'hospitalisation ou maximum 1 semaine après le retour à domicile. Les données ont été recueillies entre octobre 2006 et avril 2007.
Considérations éthiques	Le protocole de recherche a été approuvé par les recherches éthiques et les comités d'administration appropriés. [traduction libre] (p. 2329) Les chercheurs ont suivi les principes éthiques de la « World Medical Association's (1964) Helsinki Declaration ». Afin de pouvoir utiliser les instruments de mesure, les chercheurs ont dû demander et obtenu la permission par les propriétaires des copyrights.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les résultats ont été analysés à l'aide de plusieurs instruments et mesures statistiques : SPSS 16.0, le modèle GEE (Generalized Estimating Equations), ANOVA, les coefficients de Pearson et Spearman et les régressions multiples.

Présentation des résultats	Hôpital A : • Âge moyen des mères : 30.7 ans • La plupart des parents percevait la parentalité de manière relaxée et confiante : - Mères : 89.9% - Pères : 92.8% • Une minorité de parents se sentaient effrayée, préoccupée ou insécure : - Mères : 10.2% - Pères : 7.2% • Très peu d'enfants étaient des prématurés (= avant 37 semaines de gestation) - Mères : 3.0% - Pères : 2.6% • La santé des enfants était légèrement différente entre mères (25.5%) et pères (20.2%). La différence était statistiquement significative ($p = 0.046$) • Le score moyen de la PSE était : - Mères : 5.0 (SD = 0.6, CI = 3.0 – 5.0) - Pères : 4.7 (SD = 0.6, CI = 2.1 – 6.0) • La moyenne pour les mères en ce qui concerne (variables) en lien avec la PSE était : - Compétences cognitives : 5.1 (SD = 0.6) - Compétences affectives : 4.6 (SD = 0.8) - Compétences comportementales : 5.2 (SD = 0.6) • La moyenne pour les pères en ce qui concerne (variables) en lien avec la PSE était : - Compétences cognitives : 4.7 (SD = 0.6) - Compétences affectives : 4.3 (SD = 0.7) - Compétences comportementales : 4.8 (SD = 0.6) • L'âge des parents, le niveau d'éducation, la centralité de l'enfant, le changement de vie et l'expérience de l'accouchement représentaient le : - 11.7% de la variance de la PSE des mères - 6.2% de la variance de la PSE des pères • La parité, le concept de soi, les symptômes dépressifs et l'état d'âme des parents à la sortie étaient les attributs plus statistiquement significatifs et représentaient : - 42.5% de la variance de la PSE des mères
----------------------------	---

	• L'effet combiné de l'âge parental, l'éducation, la centralité de l'enfant, le changement de vie et l'expérience de l'accouchement représentait le 29.1% de la variance de la PSE des pères • L'effet combiné des attributs de l'enfant, les semaines de gestation, le poids à la naissance, la santé et l'âge actuel représentaient que : - 2.5% de la variance de la PSE des mères - 2.5% de la variance de la PSE des pères • La perception de l'enfant de la part des parents était significativement corrélée avec la PSE expliquant : - 16.1% de la variance de la PSE des mères - 17.5% de la variance de la PSE des pères • Le rooming-in, les pratiques pour l'alimentation, la présence du père et le soutien social donné par le personnel soignant à la maternité n'avaient pas montré une forte corrélation statistiquement significative avec la PSE expliquant que : - 5.7% de la variance de la PSE des mères - 3.9% de la variance de la PSE des pères • Le fonctionnement familial, la santé de la famille et les conseils du personnel soignant étaient perçus comme étant des attributs environnementaux les plus statistiquement significatifs représentant : - 17.4% de la variance de la PSE des mères - 26.0% de la variance de la PSE des pères • L'effet cumulé des attributs le moins statistiquement significatifs, notamment les attributs parentaux (âge parental, éducation, centralité de l'enfant, changement de vie, expérience de l'accouchement), du bébé (semaines de grossesse, poids à la naissance, santé et âge actuel) et environnementaux (rooming-in, pratiques d'alimentation, présence du père, soutien social de la part des soignants) expliquait : - 25.4% de la variance de la PSE des mères - 30.4% de la variance de la PSE des pères • L'effet cumulé des attributs les plus statistiquement significatifs, notamment les attributs parentaux (parité, concept de soi, symptômes dépressifs, état d'âme à la sortie), du bébé (perception de l'enfant) et environnementaux (fonctionnement familial, santé de la famille, conseils) expliquaient : - 46.3% de la variance de la PSE des mères - 44.8% de la variance de la PSE des pères
--	--

Hôpital B :

- Âge moyen des mères : 29.8 ans
- La plupart des parents percevait la parentalité de manière relaxée et confiante :
 - Mères : 86.0%
 - Pères : 92.6%
- Une minorité de parents se sentaient effrayée, préoccupée ou insécure :
 - Mères : 14.0%
 - Pères : 7.4%
- Très peu d'enfants étaient des prématurés (= avant 37 semaines de gestation)
 - Mères : 5.9%
 - Pères : 4.2%
- Les problèmes de santé des enfants étaient statistiquement plus élevés pour les mères (38.3%, $p = < \text{ou égal à } 0.0001$) par rapport aux pères (26.6%)
- Le score moyen de la PSE était :
 - Mères : 4.9 (SD = 0.6, CI = 1.8 – 6.0)
 - Pères : 4.6 (SD = 0.6, CI = 2.3 – 6.0)
- La moyenne pour les mères en ce qui concerne (variables) en lien avec la PSE était :
 - Compétences cognitives : 5.0 (SD = 0.6)
 - Compétences affectives : 4.6 (SD = 0.8)
 - Compétences comportementales : 5.1 (SD = 0.6)
- La moyenne pour les pères en ce qui concerne (variables) en lien avec la PSE était :
 - Compétences cognitives : 4.6 (SD = 0.6)
 - Compétences affectives : 4.3 (SD = 0.8)
 - Compétences comportementales : 4.7 (SD = 0.7)
- L'âge des parents, le niveau d'éducation, la centralité de l'enfant, le changement de vie et l'expérience de l'accouchement représentaient le
 - 10.2% de la variance de la PSE des mères
 - 9.1% de la variance de la PSE des pères
- La parité, le concept de soi, les symptômes dépressifs et l'état d'âme des parents à la sortie étaient les attributs plus statistiquement significatifs et représentaient :

- 33.6% de la variance de la PSE des mères
- L'effet combiné de l'âge parental, l'éducation, la centralité de l'enfant, le changement de vie et l'expérience de l'accouchement représentait le 23.8% de la variance de la PSE des pères
- L'effet combiné des attributs de l'enfant, les semaines de gestation, le poids à la naissance, la santé et l'âge actuel représentaient que :
 - 3.0% de la variance de la PSE des mères
 - 4.9% de la variance de la PSE des pères
- La perception de l'enfant de la part des parents était significativement corrélée avec la PSE expliquant :
 - 19.5% de la variance de la PSE des mères
 - 15.7% de la variance de la PSE des pères
- Le rooming-in, les pratiques pour l'alimentation, la présence du père et le soutien social donné par le personnel soignant à la maternité n'avaient pas montré une forte corrélation statistiquement significative avec la PSE expliquant que :
 - 7.1% de la variance de la PSE des mères
 - 4.2% de la variance de la PSE des pères
- Le fonctionnement familial, la santé de la famille et les conseils du personnel soignant étaient perçus comme étant des attributs environnementaux les plus statistiquement significatifs représentant :
 - 25.2% de la variance de la PSE des mères
 - 21.4% de la variance de la PSE des pères
- L'effet cumulé des attributs le moins statistiquement significatifs, notamment les attributs parentaux (âge parental, éducation, centralité de l'enfant, changement de vie, expérience de l'accouchement), du bébé (semaines de grossesse, poids à la naissance, santé et âge actuel) et environnementaux (rooming-in, pratiques d'alimentation, présence du père, soutien social de la part des soignants) expliquait :
 - 24.5% de la variance de la PSE des mères
 - 37.3% de la variance de la PSE des pères
- L'effet cumulé des attributs les plus statistiquement significatifs, notamment les attributs parentaux (parité, concept de soi, symptômes dépressifs, état d'âme à la sortie), du bébé (perception de l'enfant) et environnementaux (fonctionnement familial, santé de la famille, conseils) expliquaient :
 - 48.0% de la variance de la PSE des mères

- 37.5% de la variance de la PSE des pères

Résultats généraux (hôpital A et B) :

- L'âge des pères était statistiquement plus élevé que celui des mères
- Les parents étaient plus souvent bien-éduqués : $\frac{1}{4}$ ou plus étaient formés au niveau universitaire. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport à l'éducation entre mères et pères
- Presque tous les parents vivaient avec leur partenaire
- La plupart des femmes était primipare
- Les pères étaient plus souvent pères pour la première fois que les mères (statistiquement significatif)
- La plupart des parents percevaient leur expérience de la parentalité de manière relaxée et confiante. La différence d'attitude entre mères et pères dans l'hôpital B était statistiquement significative ($p = 0.019$)
- Une minorité de parents se sentaient effrayée, préoccupée ou insécure
- Plus que la moitié des parents étaient parents d'un garçon
- L'âge actuel, le poids à la naissance, les semaines à la naissance n'étaient pas différentes entre mères et pères
- Très peu d'enfants étaient des prématurés (= avant 37 semaines de gestation)
- Les problèmes de santé des enfants étaient communs et comprenaient toute sorte de problèmes (de l'atteinte de la peau aux maladies sévères où le bébé nécessitait d'une hospitalisation en soins intensifs)
- En général, le niveau de PSE des mères et des pères était élevé
- La différence entre les variables (compétences cognitives, affectives et comportementales) étaient toutes statistiquement significatives entre mères et pères ($p < \text{ou} = \text{à } 0.001$)
- Les parents ayant un niveau de formation universitaire avaient un score plus bas de PSE. Des différences statistiquement significatives sont trouvées seulement entre mères et pères de l'hôpital A
- Le statut conjugal/marital n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la PSE
- Le fait que les parents étaient relaxés et confiants pendant la grossesse était prédictif de manière statistiquement significative d'un score élevé de PSE pour toutes les groupes, sauf pour les pères de l'hôpital B

	• Les parents d'un premier enfant (« first-time parents ») avaient un score significativement plus bas de PSE par rapport à des parents qui avaient déjà d'autres enfants (deux ou plus) • Le sexe du bébé n'a pas influencé les résultats de manière statistiquement significative • Les problèmes de santé du bébé étaient associés avec un score plus bas de PSE pour toutes les groupes, sauf pour les pères de l'hôpital B • Le type d'accouchement, le rooming-in et la présence des pères à la maternité n'avait pas d'influence, sauf pour le rooming-in dans le cas des pères de l'hôpital B et la présence du père pour les mères de l'hôpital A • Les mères qui allaitaient au sein leur bébé avait un score significativement plus élevé de PSE • Les pratiques pour la nutrition n'avaient pas d'influence significative pour les pères sur la PSE • L'âge des parents n'avait pas de lien avec la PSE • Le niveau d'éducation avait un lien statistiquement significatif dans certains groupes • La centralité de l'enfant n'a pas montré d'effet clair • Le changement de vie et l'expérience de l'accouchement avaient une influence significative que pour les mères • Les attributs du bébé, les semaines de gestation, le poids à la naissance, la santé et l'âge actuel n'a pas montré de corrélation forte avec la PSE • La perception de l'enfant de la part des parents était significativement corrélée avec la PSE • Le rooming-in, les pratiques pour l'alimentation, la présence du père et le soutien social donné par le personnel soignant à la maternité n'avaient pas montré une forte corrélation statistiquement significative avec la PSE • Le fonctionnement familial, la santé de la famille et les conseils du personnel soignant étaient perçus comme étant des attributs environnementaux les plus statistiquement significatifs • L'analyse cumulative des résultats moins statistiquement significatifs et plus statistiquement significatifs des attributs parentaux, du bébé et environnementaux sur le PSE a été effectuée. Même en ajoutant une ou plus d'un attribut moins statistiquement significatif, il n'y avait pas d'augmentation statistiquement significative
Discussion Interprétation des résultats	La PSE des parents était en général élevée. Il faut tenir compte du fait que les parents étaient questionnés à l'hôpital et la plupart n'avaient pas encore prodigué des soins indépendamment. Des études antérieures disent que cela peut provoquer une surestimation des capacités parentales. Malgré

ça, Bandura affirme que la croyance des parents en leur efficacité motive et guide leurs actions, et des croyances élevées pour la PSE permettent aux parents d'essayer plus. [traduction libre] (p. 2332) De plus il a été prouvé par différentes études scientifiques qu'un haut niveau de PSE est en lien avec le bien-être et la satisfaction des parents, donc est, selon les auteurs, une bonne chose. Par contre quand la PSE est plus basse et indique donc des risques pour l'enfant et pour le parent, il est important que des interventions additionnelles soient mises à disposition. [traduction libre] (p. 2332) Pour pouvoir détecter les parents à risque, les soignants peuvent utiliser les instruments de mesure basées sur des tâches spécifiques afin d'évaluer la PSE. Cela permettrait non seulement de détecter les parents à risque, mais aussi de développer des interventions en mesure de renforcer la PSE. Pour faire cela, il est indispensable de comprendre quels sont les facteurs qui influencent de manière statistiquement significative la PSE. En accord avec des études antérieures, cette recherche a montré que la PSE des mères était statistiquement plus élevée que celle des pères et significativement plus basse chez les nouveaux parents (« first-time parents ») dans le post-partum immédiat. Pour cette raison, un auteur dit que les professionnels doivent être sensibles à l'insécurité des primipares. [traduction libre] (p. 2332) Le fait que la parité, le concept de soi, les symptômes dépressifs et l'état d'âme à la sortie de l'hôpital soient corrélés dans cette étude de manière statistiquement significative avec la PSE (mères et pères) renforce la théorie de Bandura (influence de l'expérience des états physiques et émotionnels sur la PSE). En contradiction avec des recherches antérieures, l'âge des parents, l'éducation et l'état marital n'étaient pas corrélés avec la PSE (pères et mères). Cela peut être expliqué par le fait que les parents en Finlande sont plus éduqués et toutes les familles ont accès à une aide sociale complète, incluant des services de santé universels, congés parentaux et allocations familiales. [traduction libre] (p. 2333) De plus, les couples non-mariés mais vivant sous le même toit ont droit aux mêmes bénéfices et reconnaissances sociales que les couples mariés. En accord avec la théorie de Bandura cette étude rapporte que la perception parentale générale de l'enfant montre la corrélation statistiquement plus significative avec la PSE des mères et des pères. [traduction libre] (p. 2333) Effectivement, les parents avec des enfants qui avaient des problèmes de santé avaient un score plus bas de PSE, même si la signification statistique était différente par rapport aux différents groupes. Cela peut être expliqué par le fait que les problèmes des bébés pouvaient être léger ou sévères, mais faire partie de la même variable (« health problems »). La maturité de l'enfant par contre n'avait pas de lien avec la PSE des parents (ni pour les mères, ni pour les pères). Les chercheurs suggèrent qu'il serait utile de faire des études ultérieures afin de pouvoir mieux comprendre l'effet des problèmes de santé et de la maturité de l'enfant sur la PSE des parents.

	En accord avec les études faites précédemment, le sexe de l'enfant n'avait pas de lien significatif avec la PSE. L'âge actuel de l'enfant, selon certains auteurs, pourrait avoir un effet sur la PSE des parents, mais non dans cette étude. Cela peut être expliqué par le fait que le laps de temps de l'étude était court (durant l'hospitalisation jusqu'à maximum 1 semaine post-partum). Le fait que l'étude aie montré qu'un meilleur fonctionnement familial et la santé de la famille seraient corrélés de manière significative avec la PSE renforce le cadre théorique (Bandura) qui dit que l'auto-efficacité est influencée par la persuasion verbale. Les soignants aussi doivent prendre ça en compte afin de pouvoir fournir un environnement de soutien pour l'éducation. [traduction libre] (p. 2333) Conformément à d'autres recherches, cette étude montre que le soutien social de la part du personnel soignant a un impact positif sur l'éducation de l'enfant. Dans cette étude, les différentes pratiques (rooming-in, présence du père à la maternité et le soutien social de la part des soignants) ont été analysées séparément et ont montré une non-corrélation avec la PSE. Par contre, le fait que la mère allaitait son enfant au sein dans cette étude était corrélée à la PSE de manière significative (impact positif). Il faut dire que dans cette étude la taille d'effet combinée de ces pratiques hospitalières était moins que 5%. [traduction libre] (p. 2334) Des études faites sur le long-terme pourraient permettre de mieux comprendre l'effet de ces pratiques.
Forces et limites	Limites : • L'outil de mesure de la PSE était utilisé pour la première fois dans cette recherche. Malgré ça, sa validité et fiabilité (bonne) a quand-même été approuvée par des experts universitaires et testée lors d'un projet pilote. De plus l'outil se base sur la théorie de Bandura (1997) • Les analyses statistiques se sont basées uniquement sur des corrélations et ne donnent donc aucune idée sur la causalité (rapport cause-effet) • L'étude a été faite en Finlande dans deux hôpitaux distincts, donc la généralisation n'est pas possible pour d'autres cultures ou environnements • L'étude incluait dans le même échantillon des parents avec et sans expérience
Conséquences et recommandations	Plusieurs conséquences et recommandations sont mentionnés dans l'article : • Il est important d'identifier les parents à risque afin d'améliorer leur bien-être et aussi celui de l'enfant et de la famille

	• Afin de pouvoir détecter les parents à risque il serait nécessaire de mesurer régulièrement la PSE durant l'hospitalisation. Cela peut permettre de proposer des interventions individualisées • Plus de recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre quels sont les facteurs de risque pour les mères et les pères et définir aussi un score cible pour l'instrument de mesure de la PSE de cette étude • Les parents à risque peuvent aussi être soutenus par l'identification des attributs parentaux, du bébé et environnementaux le plus statistiquement significatifs, ce qui peut aider les professionnels à renforcer les ressources parentales et supprimer les obstacles possibles qui limitent leur bien-être. [traduction libre] (p. 2334) • Les parents à risque peuvent aussi être détectés grâce à des entretiens individuels (discussion par rapport aux différents attributs, symptômes, etc.) • Plus de recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre le rôle des attributs environnementaux sur la PSE
Commentaires	-

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(11), 2324-2336. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Peu clair, le titre est peu exhaustif par rapport au contenu de l'article.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, les parties principales de l'article sont synthétisées clairement.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, le problème est clairement formulé et situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet est présentée en se basant sur des travaux antérieurs.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, le cadre théorique est défini.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Peu clair, l'hypothèse est formulée rapidement et n'est pas très exhaustive. Elle permet quand même d'avoir une idée générale sur la question de recherche des auteurs.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Oui, le devis est quantitatif, plus précisément corrélationnel et transversal.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, la population est définie de manière précise. Les critères d'inclusion et exclusion sont présents.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, les pourcentages des participants mères et pères sont aussi présentés.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, sa puissance est justifiée.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, les instruments de collecte de données sont nommés : différents instruments de mesure ont été mis ensemble afin de créer un seul instrument de mesure pour mesurer la PSE.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, l'outil est en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Peu clair, elle n'est pas décrite de manière exhaustive, mais donne quand-même une idée de la procédure utilisée.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Oui, un comité éthique a approuvé l'étude et les parents ont dû signer un consentement éclairé.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, plusieurs analyses statistiques ont été entreprises.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Peu clair, les résultats sont parfois de difficile lecture au niveau narratif, mais plus clairs au niveau des tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, ils sont interprétés en fonction du cadre théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, ils sont interprétés en fonction des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, la partie « Discussion » débute avec la description des limites.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, abordent cette thématique.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, les auteurs décrivent les conséquences sur la pratique clinique.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, des études futures sont recommandées par les auteurs de cette étude.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, la structure et le contenu de cet article permet de faire une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 37(12), 1604-1622. doi: 10.1177/0193945914537724
Introduction Problème de recherche	L'auto-efficacité maternelle et parentale [MPSE] est un facteur crucial pour faciliter la transition en douceur vers la maternité, en particulier pour les mères primipares. [traduction libre] (p. 1604) L'auto-efficacité des mères non seulement peut affecter leur bien-être psychologique, mais aussi le développement psychosocial de leur bébé. La transition vers la maternité (période post-partum) est stressante surtout pour les mères primipares, en lien avec la conscience de la réalité du bébé seulement après sa naissance. Les chercheurs de cette étude soulignent que si les mères primipares ne sont pas assez supportées pendant cette période, non seulement elles vont expérimenter une faible MPSE, mais leur bien-être et celui de leur nouveau-né pourrait être aussi affecté négativement. [traduction libre] (p. 1605) Pour ces raisons il est important de faciliter, au niveau des soins infirmiers, cette transition vers la maternité. Pour faire cela il est nécessaire de comprendre quels sont les facteurs qui influencent la MPSE afin de pouvoir planifier et prodiguer des soins adaptés aux mères qui en ont besoin. Le but de cette étude est donc d'examiner les prédicteurs de la MPSE et ses relations avec le soutien social, la dépression post-partum [PND] et les variables socio-démographiques des mères primipares pendant la période immédiate du post-partum. [traduction libre] (p. 1604)
Recension des écrits	Plusieurs recherches scientifiques faites précédemment ont étudié les facteurs qui influenceraient la MPSE. En accord avec la définition de Bandura (1997) et d'autres auteurs, la MPSE est la croyance des mères quant à leur capacité d'effectuer des tâches spécifiques dans la prise en charge de leur bébé. [traduction libre] (p. 1605)

	Les études précédentes ont montré que les mères présentant une MPSE élevée étaient plus susceptibles de faire face aux situations difficiles/défis dans la prise en charge du nouveau-né et persister dans leurs actions. Par conséquent, les recherches montrent que le niveau de MPSE détermine l'initiation de l'effort maternel et le maintien de la performance dans la prise en charge du nouveau-né dans la période immédiate du post-partum. [traduction libre] (p. 1605) Il y a des facteurs multiples qui sont associés avec la MPSE qui ont été étudiés par plusieurs auteurs. Les plus importants sont : • Les caractéristiques maternelles : âge, statut socio-économique, expériences antécédentes avec la prise en charge d'enfants et état émotionnel • Les caractéristiques de l'enfant : statut de santé, irritabilité, tempérament/caractère • Les caractéristiques de l'environnement : fonctionnement de la famille, satisfaction conjugale et contexte socio-culturel De plus, les études antécédentes suggèrent que la MPSE serait négativement corrélée au stress maternel et à la PND, (donc n'influencerait pas la survenue de symptômes de la PND). D'autres études faits antérieurement soulignent l'importance du support social en le décrivant comme le facteur le plus important qui renforce la MPSE, et la PND comme le facteur le plus important qui réduit la MPSE à 6 semaines post-partum. [traduction libre] (p. 1606) Ces résultats son similairement trouvés dans d'autres études avec des populations différentes, même si une attention doit être portée quant à la comparaison car plusieurs études étudient l'auto-efficacité générale et non spécifique à un domaine. Bandura (1997) recommande toujours une approche spécifique quant à l'analyse de la MPSE. En dépit des associations évidentes entre l'auto-efficacité, le soutien social, et la PND, seuls peu de recherches scientifiques ont examinées ces trois facteurs interdépendants pour les mères au début de la période du post-partum. [traduction libre] (p. 1606) Les études limitées existantes font référence à des mères occidentales ou dans un groupe ethnique spécifique (p.ex. mères chinoises de Hong Kong). Le lien ethnicité – MPSE reste aussi peu claire. Cette étude est en fait une extension d'études antécédentes faites par les auteurs de cette recherche, car le thème des besoins spécifique des mères primipares semble être très important. Par rapport à l'étude précédente, celle-ci inclut l'examen des prédicteurs de la MPSE pour les mères primipares de différents groupes ethniques.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique et conceptuel en lien avec la MPSE de cette étude est décrit dans la récénsion des écrits décrite ci-dessus.

Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette recherche est d'examiner les prédicteurs de la MPSE et ses relations avec le soutien social, la dépression post-partum [PND] et les variables socio-démographiques des mères primipares pendant la période immédiate du post-partum. [traduction libre] (p. 1604) Il y donc 4 questions de recherche qui en découlent : 1. Quels sont les niveaux de MPSE, de support social reçu par les mères, et PND ? 2. Quelle est la prévalence de la PND ? 3. Quelle est la relation entre MPSE, support social et PND ? 4. Quels sont les prédicteurs de la MPSE ?
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif. Plus précisément dans l'étude on parle de devis d'étude descriptif et corrélationnel. [traduction libre] (p. 1607)
Population, échantillon et contexte	Population et contexte : l'étude a été réalisée dans un hôpital de niveau III public. Chaque année environ 3'000 bébés voient le jour dans cet hôpital. Le temps moyen d'hospitalisation est court : 1-3 jours selon le type d'accouchement et l'état général de la mère. • Critères d'inclusion : mères primipares, ayant entre 21 et 45 ans, ayant eu un bébé quel que soit le mode d'accouchement à l'hôpital et étant capable de lire et parler anglais • Critères d'exclusion : mères ayant un déficit cognitif identifié à partir du dossier médical, ayant eu des complications périnatales (hémorragies post-partum, prééclampsie, etc.), ayant délivré un bébé avec des anomalies congénitales ou un enfant mort-né et n'ayant pas eu un bébé admis au même temps dans l'unité de maternité Echantillon : était de type « pratique » (« convenience sampling »). Les mères primipares ont été sélectionnées le jour de la sortie de l'unité de maternité en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion. L'estimation de la taille de l'échantillon a été basée sur l'analyse corrélatrice d'une étude précédente qui étudiait la MPSE mise en relation avec le soutien social et la PND. [traduction libre] (p. 1608) Le nombre de participants devait donc être de minimum 97 afin de garantir une taille d'effet de 0.25, une puissance de 80% et un niveau de signification de .05. Les chercheurs ont recruté 122 femmes au total.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Méthode de collecte des données : s'est faite à l'aide de plusieurs instruments de mesure : • PMP S-E Scale : est une échelle spécifique basée sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura. La validation de l'instrument de mesure a été faite par différents professionnels de la santé (gynécologues, sages-femmes) et aussi par deux mères dans vivant la période du post-partum. Cette échelle est composée de 20 items, 17 items ont été retenus pour cette étude (3 items étaient répétitifs). Chaque item a été évalué sur une échelle de type Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (complètement d'accord). Le score total possible était de 17 à 68 points. Un score élevé correspond à une auto-efficacité élevée dans la prise en charge du nouveau-né. Cet instrument a une valeur alpha de Cronbach de .89 (similaire aux études antérieures) qui est considéré comme satisfaisant. • Perinatal Infant Care Social Support Scale (PICSS) : crée et modifiée par Leahy-Warren, se base sur la théorie de Blau (1964) et le soutien social défini par House (1981). Cette échelle mesure le soutien fonctionnel et structurel. La « Functional Support scale » comprend 4 différentes sous-échelles pour un total de 22 items : - Soutien à travers l'information : 7 items - Soutien instrumental : 7 items - Soutien émotionnel : 4 items - Soutien de valorisation : 4 items Les différents types de soutien étaient donnés par des professionnels mais aussi par la famille proche (infirmières, sages-femmes, médecin, mari, parents maternels, etc.). Chaque item est évalué sur une échelle de 1 à 4 comme pour l'instrument précédent. Le score total se situe entre 22 et 88 points. Afin de permettre des comparaisons correctes pour toutes les sous-échelles de cette étude, les scores des 4 sous-échelles ont été transformées en un dénominateur commun de 100. [traduction libre] (p. 1609) La valeur alpha de Cronbach du PICSS total était de .78 (similaire aux études antérieures). • Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : comprend 10 items capables de dépister les symptômes dépressifs dans la période du post-partum. Le score total possible est de 0 à 30 points. À 13 points et plus, il y a 60% à 100% de probabilité de remplir les critères du diagnostic de la dépression. La sensibilité de cette échelle variait entre 68% et 80%, sa spécificité était de 77%. L'alpha de Cronbach était de .78.
--	--

	Une fiche de données socio-démographique a été utilisée pour recueillir des données telles que l'âge, le plus haut niveau de scolarité, statut de travail et la fréquentation de cours prénataux. [traduction libre] (p. 1609)
Déroulement de l'étude	Les données ont été recueillies entre juillet et septembre 2012. [traduction libre] (p. 1609) Elles ont été recueillies le jour de la sortie de l'hôpital. Les femmes sélectionnées ont été finalement 122 et ont dû remplir les questionnaires d'auto-évaluation et les retourner aux chercheurs avant leur retour à domicile.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été obtenue de la part de la commission éthique institutionnelle de l'hôpital. Les principes éthiques tels que la participation volontaire, le maintien de la confidentialité des données et l'obtention d'un consentement éclairé ont été obtenus. [traduction libre] (p. 1609) En ce qui concerne l'utilisation des instruments, l'approbation a aussi été faite. Les femmes présentant des symptômes dépressifs évalués avec le EPDS ont été signalées aux médecins.
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse des données a été faite avec le IBM SPSS version 20.0 pour Windows. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour rapporter les caractéristiques démographiques. Le Pearson Product-Moment coefficient de corrélation a été utilisé afin d'analyser les relations entre MPSE, soutien social et PND. Multiples régressions linéaires (modèle de régression) ont été utilisées pour examiner les prédictors de la MPSE. Pour l'ethnicité, des variables fictives ont été créés.
Présentation des résultats	Démographie : • Taux de réponse : 87% (122 sur 140 participants) • Moyenne d'âge des mères participants à l'étude : 28.5 ans (SD = 4.4) • La plupart des femmes était chinoise (32%, n = 39), mariée (94.3%, n = 115) avait au moins un niveau d'études universitaire (82.8%, n = 101), employée (69.7%, n = 85) et avait un revenu mensuel total (foyer total) de plus de 2,500 dollars US (\$3,000, n = 84.69%) • Moins d'1/4 des femmes avait participé à des cours prénatales (21.3%, n = 26) • Plus que la moitié des femmes avait eu un accouchement par voie basse (54.9%, n = 67)

Auto-efficacité parentale maternelle :

- MPSE dans cette étude était de 20 à 50 ($M = 31.6$, $SD = 7.0$)
- Une faible MPSE a été rapportée pour la plupart des soins apportés au bébé, comme (cf. Table 1, p. 1611) :
 - L'allaitement
 - Habiller le bébé
 - Donner le bain au bébé
 - Rendre le bébé satisfait
 - Apaiser le bébé qui pleure
 - Attirer l'attention du bébé
 - Comprendre quand le bébé est fatigué et a besoin de dormir
 - Avoir le contrôle sur le bébé
 - Comprendre quand le bébé va mal
 - Lecture des symptômes/signes du bébé
 - Comprendre les besoins du bébé
 - Garder le bébé occupé
 - Comprendre quelles activités le bébé n'aime pas

Soutien social :

- Le score total du soutien social (fonctionnel et structurel) était de 39 à 74 points ($M = 56.8$, $SD = 6.7$)
- Le score total du soutien social fonctionnel des mères primipares était de 33 à 66 points ($M = 50.3$, $SD = 6.2$)
- Les moyennes transformées du soutien à travers l'information et instrumentales ($M = 46.1$, $SD = 10$; $M = 54.6$, $SD = 7.1$) étaient plus faibles que le soutien émotionnel ($M = 74.4$, $SD = 11.9$) et l'évaluation/estimation du soutien ($M = 63.1$, $SD = 10.6$). Plus précisément ont été rapportées comme étant insuffisantes :
 - Les informations données pour calmer le bébé qui pleure ($M = 1.5$, $SD = 0.7$)
 - La prise en soins du corps de la mère après l'accouchement ($M = 1.2$, $SD = 0.7$)
 - Apprendre des expériences d'autres mères ($M = 1.4$, $SD = 0.5$)
- Les mères ont rapporté un faible soutien instrumental en ce qui concerne l'apaisement du bébé lors qu'il pleure ($M = 1.3$, $SD = 0.5$) et lui donner le bain ($M = 1.2$, $SD = 0.5$)

	• Le score total pour le soutien structurel était de 4 à 13 (M = 6.6, SD = 2.2) • Les principales sources de soutien structurel étaient informelles (M transformée = 25, SD = 7.9) (mères des nouvelles mères, mari) plutôt que formelles (M transformée = 4.6, SD = 6.7) (professionnels de la santé) PND : • Le score total variait entre 0 et 22 points (M = 8.2, SD = 4.1) • La plupart des femmes avait un score total de moins de 13 points (valeur cible pour le diagnostic de symptômes de PND) • Une prévalence de PND a été trouvée dans le 13.9% des femmes, avec un intervalle de confiance (CI) de 95% Relations entre MPSE, soutien social et PND : • La MPSE était corrélée positivement et de manière statistiquement significative avec le soutien social total ($r = .302$, $p < .001$) • La MPSE était corrélée négativement et de manière statistiquement significative avec la PND ($r = -.24$, $p = .025$) Prédicteurs de la MPSE : • Le soutien social total, l'âge, l'ethnicité et le revenu mensuel total du foyer se sont révélés des prédicteurs de la MPSE (cf. Table 2, p. 1613), plus précisément : - Avoir un bon support social - Avoir un haut revenu mensuel total ($>$ ou $=$ à 2,500/3'000\$) - Avoir un jeune âge - Faire part d'un groupe ethnique différent de celui chinois sont les prédicteurs principaux de la MPSE, ce qui explique le 56% de variance.
Discussion Interprétation des résultats	Le but de l'étude était d'examiner les prédicteurs de la MPSE et ses relations avec des autres variables. [traduction libre] (p. 1612) • L'âge moyen des mères primipares sélectionnés pour l'études est similaire à celui des mères qui accouchent d'un premier bébé à Singapour (M = 28.5 ans ; M = 29.8 ans). • La plupart des participantes était d'origine chinoise (32%). Les autres étaient d'origine indienne (27%), malaisienne (20.5%) ou d'autres origines (20.5%). Malgré que ces ethnies puissent

	présenter des différences assez larges, l'étude avait quand même une représentation équitable de toutes les ethnies. • La plupart des participantes avait un haut niveau de scolarité (niveau universitaire), ce qui ne correspond pas au niveau général de scolarité de la population générale (63.7% ont un niveau d'école secondaire ou plus). • Plus que deux tiers des participants (67.9%) avait un travail, ce qui ne correspond pas au taux d'employés général de la population de Singapour à l'âge de 21 ans ou plus (57.7%). Cette différence peut être expliquée par le fait que dans cette étude les femmes primipares avaient un niveau de scolarité supérieur à au niveau général de scolarité de la population générale • La moyenne de revenu mensuel total du foyer de l'étude était similaire en comparaison avec la moyenne étudiée sur la population générale • La plupart des femmes primipares sélectionnés pour l'étude étaient bien éduquées, employées et avec un salaire moyen. Ce résultat est similaire et rapporté au niveau local • La MPSE était faible pour plusieurs tâches en lien avec la prise en charge (citées plus haut) du bébé, ce qui représente aussi similairement les données au niveau local. Ces résultats sont congruents avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1997), qui met en évidence 4 facteurs crucial pour renforcer l'auto-efficacité. [traduction libre] (p. 1613) : la maîtrise de l'expérience, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et l'état émotionnel et physique. D'autres études ont montré des résultats similaires, ce qui peut être expliqué par le manque de maîtrise et d'expériences vicariantes pour les mères primipares • Il faut faire attention à la comparaison de ces résultats avec ceux d'autres recherches : par rapport à d'autres études, celle-ci a été faite le jour de la sortie de l'hôpital. Les autres recherches ont recueilli les données à des moments différents du post-partum : pendant l'hospitalisation et aussi après. De plus la disponibilité d'un soutien à l'hôpital aurait pu stimuler la confiance des mères [traduction libre] (p. 1614) et avoir donc renforcé leur MPSE, rapportée comme plus élevée dans une étude irlandaise. Dans cette étude les femmes irlandaises ont rapporté un score de MPSE plus élevé que par rapport à cette étude, ce qui peut être aussi expliqué par les différences culturelles entre la culture chinoise et celle irlandaise. Cette différence est importante parce que la culture joue un rôle important dans l'influence de l'expérience des mères au début de la période du post-partum. [traduction libre] (p. 1614)
--	---

	• En général les mères recrutées pour l'étude ont un niveau modéré pour ce qui concerne le support social et un faible niveau de support quant à l'information et instrumental par rapport au niveau de soutien émotionnel et du soutien de valorisation. Ceci est similaire aux résultats rapportés par d'autres études locales et internationales. D'autres études rapportent que le manque de soutien en lien avec l'information et instrumental était causé par les soignants. Le fait que les jours d'hospitalisation pris en considération pour cette étude étaient courts aurait pu influencer ce résultat (moins de possibilité et de temps pour les soignants de donner une éducation thérapeutique et un soutien adéquat aux mères) • En accord avec des études antérieures les sources informelles de soutien comme les maris et les mères des mères étaient la source principale du soutien social structurel. [traduction libre] (p. 1615) Ceci peut être expliqué par une particulière politique de santé à Singapour qui donne la possibilité aux membres de la famille proche (maris, mères, etc.) de passer la nuit avec la nouvelle mère durant l'hospitalisation. Les cultures chinoises, malaisiennes et indiennes prévoient que la nouvelle mère se repose pendant 1 mois (période « Doing the mom ») et reçoit des soins extra et du soutien de la part des membres de la famille (surtout mères et belles-mères) • Ce qui est aussi possible, vu le salaire moyen des femmes sélectionnés pour cette étude, est que celles-ci avaient plus de possibilités financières pour payer des aides domestiques ou des baby-sitters, ce qui est typique à Singapour • Cette étude est apparemment la première à analyser les symptômes de la PND si rapidement (jour de sortie de l'hôpital à Singapour). La prévalence trouvée dans cette recherche (13.9%) est similaire à celle d'autres études antérieures locales et internationales. Bien que la sortie de l'hôpital soit faite assez rapidement (1-3 jours post-partum) hypothétiquement trop rapide afin de déceler des symptômes dépressifs, un certain taux de femmes (50-70%) peut faire l'expérience du « baby blues » environ 5 jours après la naissance du bébé. Les auteurs disent donc que l'étude pourrait faciliter l'identification des mères à risque afin qu'un soutien individualisé et adéquat puisse être fourni. [traduction libre] (p. 1615) Cet élément est renforcé par le fait que les nouvelles mères asiatiques sont en général plus réticentes à signaler des symptômes dépressifs à cause de la stigmatisation des maladies psychiques. Le fait de pouvoir détecter à la sortie de l'hôpital pourrait être un bon moyen afin de pouvoir diagnostiquer rapidement la PND et apporter l'accompagnement nécessaire • En accord avec les observations de Bandura (1997) cette étude constate la corrélation positive et statistiquement significative entre MPSE et soutien social et renforce l'idée que les mères avec
--	--

	une MPSE élevée sont plus persistantes lorsqu'elles sont confrontées à des défis en matière de prise en charge de leur bébé et sont plus susceptibles d'initier des cours productifs d'actions tels que demander de l'aide aux autres. [traduction libre] (p. 1616) Dans ce sens l'expérience vicariante et la persuasion verbale de la théorie de l'auto-efficacité de Bandura sont en lien avec le soutien social et le soutien social a une influence importante sur l'auto-efficacité. [traduction libre] (p. 1616), ce qui veut dire que les mères ayant un bon support social ont aussi un niveau élevé de MPSE et un meilleur bien-être psychologique • Le soutien social et les données démographiques ont été observées comme étant des prédicteurs de la MPSE. Cela est confirmé aussi par des études antérieures et sont en accord avec la théorie de Bandura • Propre à cette étude est le constat que l'ethnie était un prédicteur de la MPSE. [traduction libre] (p. 1616) Cela n'est pas une surprise, car chaque culture a ses rituels et pratiques autour de la naissance • Les mères d'origine chinoise avaient un score plus faible par rapport aux mères avec d'autres origine, ce qui est similaire à d'autres études faites antérieurement, mais il est difficile de comprendre la raison. Pour cette raison des ultérieures recherches doivent se faire pour étudier le lien entre ethnie et MPSE • Les mères plus âgées évaluaient leur MPSE comme étant plus élevé, ce qui peut être expliqué par un réseau social plus étendu et par conséquent un soutien social meilleur • En contradiction avec les recherches antérieures, la PND n'était pas un prédicteur de l'auto-efficacité dans cette étude. [traduction libre] (p. 1617) Cela peut être expliqué par la période courte de recueil de données
Forces et limites	Limites : • La généralisation est limitée aux femmes qui ont participé à cette étude, car l'échantillon était de convenance • Un échantillon randomisé aurait pu donc montrer des attributs différents • La modification du questionnaire PMP S-E (items retirés car répétition) demanderait plus de d'études afin de pouvoir écarter toutes les différences avec la version non-modifiée

	La MPSE et la PND évoluent dans le temps : il est donc recommandé de faire des études ultérieures afin d'étudier leur relation de manière longitudinale (jusqu'à 3-6 mois post-partum), car la MPSE et ses prédicteurs peuvent changer avec le temps Forces : Ne sont pas très claires, mais les auteurs suggèrent que l'étude a été effectuée avec des instruments fiables et valides. De plus les auteurs, par rapport à la PND, soulignent que l'étude pourrait faciliter l'identification des mères à risque afin qu'un soutien individualisé et adéquat puisse être fourni. [traduction libre] (p. 1615)
Conséquences et recommandations	Grâce à cette étude il sera possible, selon les auteurs, de planifier dans le futur des interventions axées sur les besoins de la mère afin de faciliter une transition douce vers la maternité et finalement améliorer l'auto-efficacité dans les auto-soins et les soins donnés au bébé. [traduction libre] (p. 1618) Dans la discussion, les auteurs soulignent aussi que donner des soins dans le post-partum immédiat qui sont adaptés au groupe ethnique d'origine de la mère peut être utile afin d'atteindre ce but. De plus les auteurs expliquent l'importance du support social qui doit être prodigué de manière plus accentuée pendant la période immédiate du post-partum et de même pendant celle anténatale. Cela permettrait de renforcer la MPSE et détecter les signes précoces de la PND. Dans cette étude il est aussi mis en évidence le fait que les sages-femmes pourraient évaluer la MPSE, le soutien social et la PND le plus rapidement possible pendant leur hospitalisation. Cela permettrait aux sages-femmes de comprendre les vrais besoins des mères primipares et pouvoir donner des soins et une éducation thérapeutique adéquats. En outre, les sages-femmes auraient la possibilité de proposer aux femmes ayant un niveau bas de MPSE des opportunités de pratiquer des nouvelles tâches et apprendre les unes des autres. Tous ces éléments aideraient aussi les mères à comprendre leurs besoins et solliciter de l'aide en cas de difficulté. Les auteurs soulignent aussi qu'il est nécessaire d'adopter une approche centrée sur la famille dans les soins en maternité, ce qui implique de la part des soignants d'être plus attentifs aux besoins de soutien social et encourager l'implication de la famille qui doit recouvrir un rôle plus actif dans le soutien des nouvelles mères et des soins apportés au bébé. Les sages-femmes et les infirmières doivent aussi faire plus attention aux ressources de la mère et à son réseau social et émotionnel lors de la mise en œuvre des soins infirmiers.

Commentaires	-
--------------	---

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 37(12), 1604-1622. doi: 10.1177/0193945914537724				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre précise clairement le problème, le concept et la population concernée par l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, les parties principales de la recherche sont synthétisées dans l'abstract.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, et en découlent 4 questions de recherche.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?			X	Peu clair, la recension des écrits est mélangée avec des parties de cadre théorique.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Cf. commentaire ci-dessus.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, elles sont 4 et sont clairement formulées.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, il est explicité dans la partie « Méthode ».
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, est définie de façon précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, il est décrit de manière détaillée.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, des tests statistiques ont été effectués afin d'en calculer la puissance.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, une description détaillée est présente pour chaque instrument de mesure. La validité et la puissance de chaque instrument sont aussi présentés.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, ils sont en lien avec les variables mesurées dans cette étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Oui, elle est décrite clairement.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Oui, des commissions éthiques ont été questionnées pour l'approbation de cette étude, les consentements éclairés ont été demandés aux participantes et les droits des patients quant à la confidentialité des données ont été garantis.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, des analyses statistiques ont été faites pour répondre à chacune des 4 questions de recherche.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, soit de manière narrative, soit à l'aide de tableaux (cf. Table 1 et Table 2, p. 1611 et 1613).
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, une grande partie de l'étude est dédiée à la partie « Discussion ». Tous les résultats sont mis en lien avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, chaque résultat est mis en comparaison avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, à la fin de la partie « Discussion ».
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, toujours dans la partie finale de la « Discussion ».
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, elles sont explicitées dans la partie « Discussion ».

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, des recherches axées sur le lien entre MPSE et PND doivent encore être faites, également pour le lien entre MPSE et ethnie.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'article est écrit à partir de la structure IMRD et est suffisamment détaillé pour faire une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice D

Tableau récapitulatif des résultats

Tableau récapitulatif des résultats

Catégories des résultats	Etudes scientifiques correspondantes	Synthèse des résultats des études
Antécédents	- Bryanton et al. (2008) - Ngai et al. (2010) - Salonen et al. (2009) - Shorey et al. (2015) - Bryanton et al. (2008) - Kohlhoff & Barnett (2013) - Ngai et al. (2010) - Razurel et al. (2011) - Salonen et al. (2009) - Bryanton et al. (2008) - Kohlhoff & Barnett (2013) - Razurel et al. (2011) - Salonen et al. (2009) - Shorey et al. (2015)	1. Facteurs socio-démographiques en lien avec la mère : - Âge - Ethnicité - Revenu mensuel - État matrimonial - Niveau de formation 2. Facteurs maternels : - Symptômes axio-dépressifs - Perception de l'expérience de l'accouchement - Stress - Parité - Allaitement - Auto-efficacité générale - Souvenirs d'abus durant l'enfance et attachement insécure - « Learned resourcefulness » 3. Facteurs en lien avec l'enfant : - Sexe - Problèmes de santé - Soins apportés au bébé - Rythme des pleurs - Satisfaction du bébé

	• Bryanton et al. (2008) • Kohlhoff & Barnett (2013) • Ngai et al. (2010) • Razurel et al. (2011) • Salonen et al. (2009) • Shorey et al. (2015)	4. Facteurs familiaux et environnementaux : - Soutien social et rôle du père - Relation avec le partenaire - Changement de vie - Fonctionnement et santé de la famille - Interventions médicales
Conséquences	• Kohlhoff et Barnett (2013) • Ngai et al. (2010) • Razurel et al. (2011) • Shorey et al. (2015)	1. Bien-être de la mère et de l'enfant : - Dépression - Anxiété de la mère - Attachement insécure avec le bébé