

Table des matières

Résumé	ii
Zusammenfassung	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction.....	1
Problématique	3
Question de recherche	7
Objectif	8
Cadre théorique.....	9
Théorie / Concepts	10
Auto-efficacité	10
Modèle conceptuel de Richard et Shea.....	12
Dépression postpartum et période postpartum.....	14
Méthode	15
Argumentation du devis	16
Etapes de réalisation de la revue de littérature	16
Banques de données.....	17
Critères de sélections	18
Démarche d'analyse et stratégies de recherche	18
Combinaison PubMed.....	19
Combinaisons CINAHL	19
Résultats	22
Présentation des articles scientifiques sélectionnés.....	23
Catégories et présentation des résultats	26
Caractéristiques socio-démographiques.	26
Soutien social.....	28
Santé mentale des mères.	29
Expérience des mères (nulliparité ou multiparité).....	30
Allaitement.	30
Discussion	32
Discussion des résultats par catégories	33

Caractéristiques socio-démographiques	33
Soutien social	38
Santé mentale des mères.	39
Expérience des mères (nulliparité, multiparité).....	40
Allaitement.	42
Rôle médiateur de l'auto-efficacité selon Richard et Shea	42
Recommandations pour la pratique infirmière	43
Connaissances du personnel soignant.....	43
Identification des personnes à risque.	43
Tests de dépistage.....	43
Soins relationnels.....	44
Éducation.....	44
Soutien social et approche centrée sur la famille.	45
Culture.	45
Regard critique sur les études sélectionnées	46
Limites	49
Conclusion.....	51
Références	53
Appendice A	59
Appendice B	61
Appendice C	143
Appendice D.....	160

Liste des tableaux

Tableau 1: Termes utilisés pour la stratégie de recherche	17
---	----

Liste des figures

Figure 1: Modèle conceptuel.....	13
Figure 2: Flowchart.	21

Remerciements

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien et à l'aide de plusieurs personnes formidables.

Tout d'abord, nous tenons à remercier Mesdames Marie De Reyff et Josepha Girard-Pasche, nos directrices de travail de Bachelor, pour leur accompagnement, leur disponibilité et leur engagement durant tout le travail.

Ensuite, nous aimerions également remercier Kathryn-Jane Müller-Griffiths, Peter Müller, Sylvia Wolz et Alexandre Lecoultre pour les améliorations qu'ils nous ont apportées à travers la relecture de notre travail.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

En Suisse, 15 % des mères ayant accouché souffrent de dépression postpartum¹. Malgré ce chiffre important, cette maladie reste peu connue et reconnue (Verein Postnatale Depression Schweiz, 2018). D'ailleurs, les soignants² responsables du suivi périnatal des parents n'ont pas suffisamment de connaissances sur cette maladie afin de la prévenir. Toutefois, l'étude de Menezes, De Oliveira, Lemos, Da Silva et Rodrigues (2011) conclut que les connaissances des infirmières³ sur la dépression postpartum est d'une importance fondamentale pour la santé des femmes, de leur famille et de leurs enfants. Ces compétences faciliteraient la mise en place précoce d'interventions et de traitements pour les troubles mentaux chez les mères (Menezes & al., 2011). Il est également prouvé que l'auto-efficacité parentale⁴ a un rôle de médiateur sur la dépression postpartum (Richard & Shea, 2011). En effet, une bonne⁵ auto-efficacité parentale est un facteur protecteur contre la dépression postpartum. C'est pourquoi les infirmières doivent être particulièrement attentives aux prédicteurs de l'auto-efficacité parentale afin de prévenir une dépression postpartum (Zhang & Jin, 2016).

Cette revue de littérature vise à identifier les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale en vue de déduire les interventions infirmières. Ceci permettrait de renforcer l'auto-efficacité parentale afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum.

¹ Ce terme est défini dans le cadre théorique à la page 14.

² Ce terme englobe tous les professionnels de la santé de l'équipe interdisciplinaire.

³ Dans le cadre de ce travail, les mots infirmiers et infirmières sont utilisés au même titre.

⁴ Ce terme est défini dans le cadre théorique à la page 10.

⁵ Une auto-efficacité bonne, élevée et haute sont utilisées au même titre dans ce travail.

Problématique

Selon l'Office fédéral de la statistique (2019), 85'253 naissances ont été recensées en Suisse en 2018. D'après l'Association Suisse de Dépression Postnatale (Verein Postnatale Depression Schweiz, 2019) [traduction libre], chaque année, 15 % des mères ayant accouché, ce qui fait environ 13'000 mamans, souffrent d'une dépression postpartum [traduction libre]. Ces chiffres démontrent l'impact de cette maladie dans la population, si peu reconnue.

Devenir mère est célébré différemment dans chaque culture mais reste perçu comme un heureux évènement par la société (Hall & Wittkowski, 2006). De plus, en dehors du sentiment de fatigue, il est attendu de la mère qu'elle soit constamment heureuse (O'Hara, 2009). Malheureusement, bien des mamans ne vivent pas ce bonheur intense et peuvent ressentir des sentiments mitigés voire négatifs, entraînant un sentiment de culpabilité (Hall & Wittkowski, 2006 ; Verein Postnatale Depression Schweiz, 2019). En effet, l'arrivée d'un enfant entraîne de sérieux changements dans la vie d'une femme qui doit apprendre à gérer ses responsabilités du quotidien ainsi qu'à intégrer de nouvelles liées à l'enfant (Rowe & Fisher, 2015 ; Shorey, Chan, Chong & He, 2015^a). À ces changements, nous pouvons rajouter d'autres challenges tels qu'une augmentation de la charge de travail à domicile, un apprentissage à vivre avec son bébé ou encore un manque de sommeil (Harwood, Mclean & Durkin, 2007 ; Rowe & Fisher, 2015). Ces différents facteurs ainsi que l'idéalisation de la maternité par la société, le changement de statut, le soutien social fragile, la perturbation de l'image de soi et l'acquisition d'un nouveau rôle peuvent être angoissants pour la femme et sont des facteurs de risque pouvant conduire à la dépression postpartum (Bastien, Braconnier & de Tychev, 1999 ; Faure, Legras, Chocard & Duverger, 2011 ; Kristensen, Simonsen, Trillingsgaard, Pontoppidan & Kronborg, 2018 ; Rowe & Fisher, 2015 ; Séguin & Cossette, 1991 ; Shorey & al., 2015^a).

La maman doit donc trouver un équilibre, entre son rôle de professionnelle, d'amie, de mère ainsi que de conjointe (Barkin & Wisner, 2013 ; Shorey & al., 2015^a).

La dépression postpartum a des conséquences négatives non seulement sur la santé de la femme, mais aussi sur celle de son mari¹, de sa famille ainsi que sur le développement de l'enfant (Bernard-Bonnin, Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee, 2004 ; Kristensen & al., 2018 ; Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2012 ; O'Hara, 2009 ; Paulson & Bazemore, 2010 ; Rush, 2012 ; Zhang & Jin, 2016). Pendant longtemps, les dépressions postnatales étaient considérées comme un phénomène concernant exclusivement les femmes. Or, le conjoint peut souffrir de la dépression postpartum de sa conjointe et, dans de très rares cas, il peut souffrir lui-même de dépression postpartum (Meier Magistretti & Schraner, 2016 ; Paulson & Bazemore, 2010). Cette thématique ne sera pas abordée dans ce travail.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la dépression postpartum est définie selon des critères diagnostiques normalisés, comme un épisode de dépression non psychotique, dans l'année suivant l'accouchement » [traduction libre] (cité dans Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003, p. 2). Le terme « dépression postpartum » est souvent mal compris et confondu avec le « baby blues² » ou la psychose postpartum³, or ces trois problèmes sont bien distincts les uns des autres. Dans le cadre de ce travail, seule la dépression postpartum sera traitée et définie de manière précise.

¹ Dans le cadre de ce travail, le conjoint, le partenaire, le compagnon et le mari seront considérés comme synonyme.

² Le « baby blues » est le trouble de l'humeur le plus courant. Les symptômes débutent trois à quatre jours après l'accouchement et durent de quelques heures à plusieurs jours (Stewart & al., 2003).

³ La psychose postpartum se définit par des épisodes dépressifs sévères caractérisés par l'apparition de symptômes psychotiques (Stewart & al., 2003).

La dépression postpartum, de par sa fréquence, est donc un réel problème de santé publique (Paulson & Bazemore, 2010 ; Stewart & al., 2003 ; Verein Postnatale Depression Schweiz, 2019). Selon Acheson et l'OMS, « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif » [traduction libre] (1988, cité dans WHO [OMS], 2019). La dépression postpartum est une maladie qui touche un certain groupe de personnes et demande une intervention pour la prévenir ou améliorer sa prise en charge. C'est pourquoi nous parlons de problème de santé publique. De plus, elle est souvent sous-évaluée, sous-diagnostiquée et par conséquent, sous-traitée (Bernard-Bonnin & al., 2004 ; Stewart & al., 2003) car les femmes ont tendance à essayer de dissimuler leurs troubles par crainte d'être jugées (Faure & al., 2011).

Afin de déceler plus efficacement le développement possible d'une dépression postpartum (Menezes & al., 2011 ; Rush, 2012), il faut que les soignants soient plus particulièrement présents auprès des mères mais aussi des pères durant cette transition vers la parentalité (Shorey & al., 2015^a). De plus, la brièveté des hospitalisations force les soignants à observer, accompagner, enseigner et écouter les parents ainsi qu'identifier les signes avant-coureurs en vue de prévenir et / ou de faire traiter la dépression postpartum. Afin d'intervenir de manière efficace les infirmières devraient travailler sur l'auto-efficacité¹ des parents (Leahy-Warren & al., 2012 ; Shorey & al., 2015^a ; Zhang & Jin, 2016). L'auto-efficacité, selon Bandura, « désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières » (cité dans Rondier, 2004, p. 1). Par ailleurs, selon le texte de Richard et Shea (2011), l'auto-efficacité semble être un élément modérateur

¹ L'auto-efficacité parentale et l'auto-efficacité maternelle sont utilisées au même titre dans ce travail.

et la porte d'entrée pour les auto-soins qui englobent l'auto-gestion, l'auto-contrôle ainsi que la gestion des symptômes. En effet, plusieurs études (Leahy-Warren & al., 2012 ; Shorey & al., 2015^a ; Zhang & Jin, 2016) prouvent qu'il y a un lien entre l'auto-efficacité parentale et la dépression postpartum. Selon Leahy-Warren et al. (2012), la transition vers la parentalité est influencée par la croyance en ses capacités et peut influencer la santé mentale de la mère [traduction libre] (p. 389). L'étude de Shorey et al. (2015^a) montre qu'une éducation postnatale donnée par les soignants augmente l'auto-efficacité parentale et réduit la dépression postpartum. Une haute auto-efficacité serait autant un facteur de protection qu'une aide à la gestion de la dépression postpartum (Zhang & Jin, 2016).

Compte tenu de l'importance de l'auto-efficacité qui est synonyme de capacité parentale (Tazouti & Jarlégan, 2010), les infirmières devraient donc aider les parents à atteindre une meilleure auto-efficacité parentale (Leahy-Warren & al., 2012 ; Shorey & al., 2015^a), car celle-ci peut être bénéfique pour la prévention et la réduction de l'incidence de la dépression postpartum (Zhang & Jin, 2016). C'est pourquoi le but de ce travail est d'identifier les prédictors de l'auto-efficacité parentale en vue de déduire les interventions infirmières. Ceci permettrait de renforcer l'auto-efficacité parentale afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum.

Question de recherche

Voici la question de recherche se basant sur le PICO¹ présenté ci-dessous : Quels sont les prédictors de l'auto-efficacité parentale que les infirmières devraient

¹ Selon J. Tischhauser (Question PICO(T) [Présentation PowerPoint], 24 septembre 2018), l'acronyme PICO permet de formuler une question de recherche. **P** = Population ; **I** = Intervention ; **Co**= Contexte.

identifier pour intervenir de manière adéquate dans la prise en charge des mères et / ou des parents afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum ?

P = Mères, Pères / Parents qui viennent d'avoir un enfant

I = Identifier les prédictors de l'auto-efficacité parentale pour proposer des interventions infirmières afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum

Co = Maternité ou infirmières / sages-femmes à domicile

Objectif

En regard à la question de recherche, l'objectif de ce travail est d'identifier les prédictors de l'auto-efficacité parentale en vue de déduire les interventions infirmières. Ceci permettrait de renforcer l'auto-efficacité parentale afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum.

Cadre théorique

Théorie / Concepts

Auto-efficacité

Le concept d'auto-efficacité s'inscrit dans la théorie sociocognitive du célèbre psychologue et philosophe, Albert Bandura. Selon sa théorie, le fonctionnement et le développement psychologiques interagissent avec trois facteurs : le comportement, l'environnement et la personne. Bandura considère que les individus sont acteurs de leur propre vie et peuvent avoir un contrôle sur leurs actes (cité dans Rondier, 2004).

En effet, selon Bandura « le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières » (cité dans Rondier, 2004, p. 1). Cela signifie que c'est la perception qu'un individu a de sa capacité à faire quelque chose et non pas les capacités dont l'individu dispose vraiment. Selon Bandura, « l'auto-efficacité influencerait le ressenti, les pensées et les comportements de la personne » [traduction libre] (cité dans Jenkins, 2015, p. 32).

Bandura décrit que « le concept peut se distinguer de deux manières différentes : les attentes en lien avec l'auto-efficacité (« self-efficacy expectation ») et les attentes en lien avec les résultats (« outcome expectations ») » [traduction libre] (cité dans Jenkins, 2015, p. 32). Tandis que le premier est le jugement que porte l'individu sur sa capacité à réaliser une tâche donnée, le deuxième est le jugement que porte l'individu sur les conséquences qui peuvent survenir si la tâche est réalisée avec succès (cité dans Jenkins, 2015).

Selon Walker & Avant, afin que le concept d'auto-efficacité puisse fonctionner, cinq attributs sont essentiels et doivent être présents chez un individu (2005, cité dans

Jenkins, 2015). Celui-ci doit penser que la tâche est réalisable (confiance), il doit pouvoir l'accomplir (capacité) et la maintenir dans le temps (persistance). La personne doit avoir la force d'achever la tâche (force) et doit avoir le désir de l'accomplir ou de changer son comportement (cité dans Jenkins, 2015).

En plus de ces caractéristiques, l'auto-efficacité peut être influencée par certains éléments. Bandura décrit quatre manières différentes d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle (cité dans Erny, 2010). La première est « l'expérience active de maîtrise », qui englobe les expériences vécues et réussies par la personne. Ensuite, « l'expérience vicariante », est l'apprentissage à travers les expériences des autres. L'individu pourra se comparer et se persuader que si un autre a les capacités de réussir une activité, il le pourra également. Troisièmement, « la persuasion verbale » se définit par les encouragements et les opinions des autres pouvant améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. Finalement, l'auto-efficacité est influencée par « les états physiologiques et émotionnels » de la personne (Erny, 2010). En effet, si l'individu vit une expérience émotionnellement difficile ou de stress intense, il aura tendance à douter de ses capacités. Ces quatre aspects sont donc essentiels à connaître pour les professionnels de la santé et jouent un rôle important dans l'accompagnement des parents pendant la période du postpartum (Erny, 2010).

En conséquence, travailler sur l'auto-efficacité parentale permettrait de contrecarrer la dépression postpartum. Une auto-efficacité basse est associée au stress, à la dépression et à l'anxiété tandis qu'une bonne auto-efficacité augmenterait la motivation d'un individu et lui permettrait d'être plus efficace pour réfléchir, prendre des décisions et gérer des défis (Erny, 2010). Il est donc essentiel pour les professionnels de la santé de s'inspirer du modèle de Bandura afin d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle chez les individus se trouvant dans la période postnatale.

Par ailleurs, ce concept est utilisé dans de nombreux domaines : l'éducation, la psychologie, l'orientation professionnelle, la gestion, la pédagogie et la santé [traduction libre] (Lavoie & Chouinard, 2012, p. 83). Il s'est particulièrement développé dans la promotion de la santé et en sciences infirmière. Selon Resnick (2011), il a été largement utilisé durant les dernières années pour l'évaluation des comportements de santé ainsi que pour le développement d'interventions infirmières (cité dans Lavoie & Chouinard, 2012).

Modèle conceptuel de Richard et Shea

Malgré les explications présentées ci-dessus, l'auto-efficacité est un concept complexe et difficile à comprendre car il est relié à d'autres concepts. En effet, selon Richard et Shea (2011), l'auto-efficacité a un rôle médiateur sur l'auto-soin qui englobe l'autogestion, l'auto-surveillance et la gestion de symptômes. Chacun de ces concepts est important pour que l'individu ait la capacité de prendre en charge sa santé. Ceux-ci peuvent être influencé par l'auto-efficacité et sont présentés dans ce travail afin d'en avoir une meilleure compréhension.

Selon Richard et Shea (2011), « l'auto-soin se définit comme la capacité de prendre soin de soi et de réaliser les activités nécessaires pour atteindre, maintenir ou promouvoir une santé optimale » [traduction libre] (p. 256). Ceci correspond au moment où l'individu prend de l'indépendance et devient actif dans la prise en charge de sa santé au lieu de se fier entièrement à l'équipe médicale (Richard & Shea, 2011).

Deuxièmement, selon Thorne & al. (2003), l'auto-gestion se définit par « la capacité de l'individu à prendre le contrôle sur sa maladie plutôt que de laisser celle-ci guider ses actions » [traduction libre] (cité dans Richard & Shea, 2011, p. 257). Cela signifie que l'individu, avec le soutien de sa famille, de la communauté et des

professionnels de la santé, fera preuve d'une meilleure gestion des symptômes, des traitements, des changements du mode de vie et des changements spirituels, culturels et psychosociaux provoqués par une maladie chronique [traduction libre] (Richard & Shea, 2011, p. 257).

Ensuite, l'auto-surveillance est la capacité de l'individu à repérer par lui-même les symptômes de sa maladie ou à les surveiller en prenant des mesures et en interprétant les résultats (Richard & Shea, 2011).

Finalement, la gestion des symptômes est la capacité de l'individu à comprendre les mécanismes et les manifestations des symptômes (Richard & Shea, 2011).

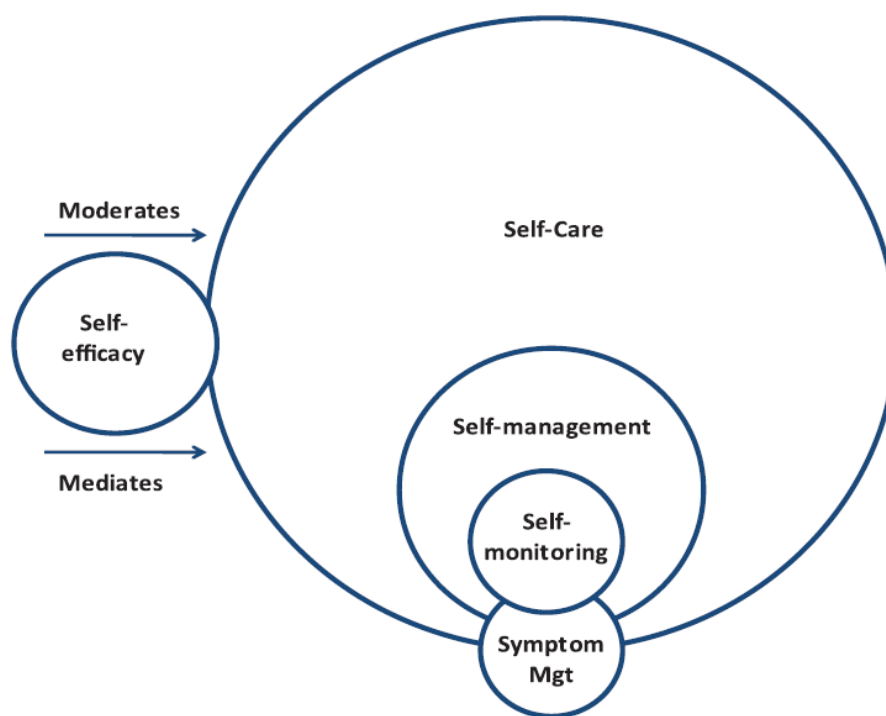


Figure 1: Modèle conceptuel de Richard et Shea

(Tiré de Richard & Shea, 2011, p. 261)

Dépression postpartum et période postpartum

La dépression postpartum est définie dans le but de ne pas la confondre avec le « baby blues », la psychose ou la dépression en général. La dépression postpartum et / ou postnatale est une dépression liée à l'accouchement. Celle-ci peut déjà commencer lors de la grossesse mais se manifeste généralement un mois après l'accouchement. Les symptômes peuvent être la perte d'appétit, la perturbation du sommeil, la perte d'énergie, la perte d'estime de soi, un sentiment de honte, une diminution de la capacité de concentration ou encore des idées suicidaires [traduction libre] (Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2009, p.357). Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), cinq de ces symptômes doivent être présents sur une durée minimum de deux semaines durant la période du postpartum pour diagnostiquer une dépression postpartum [traduction libre] (2000, cité dans Pearlstein & al., 2009, p.357). Le meilleur moment pour détecter la dépression postpartum se situe entre la deuxième semaine et les six premiers mois suivant l'accouchement et peut être mesuré à l'aide de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale [traduction libre] (Pearlstein & al., 2009, p.357).

Il existe de multiples définitions concernant la période postpartum, cependant ce travail se base sur celle de Romano, Cacciatore, Giordano et La Rosa (2010). Selon eux, la période postpartum est séparée en trois phases : les six à douze heures suivant l'accouchement font partie de la première phase, la période jusqu'à six semaines après l'accouchement est comprise dans la deuxième phase, tandis que la troisième s'étale de la sixième semaine au sixième mois après l'accouchement. Toutes les périodes seront prises en compte dans le cadre de ce travail.

Pour conclure ce cadre conceptuel, toutes ces définitions sont essentielles à la compréhension des résultats d'articles qui seront présentés dans ce travail.

Méthode

Argumentation du devis

Ce travail de Bachelor est réalisé sous la forme d'une revue de littérature étoffée. Cette forme de devis correspond à l'objectif premier de ce travail qui est de faire un état des connaissances actuelles sur notre question de recherche. Ceci permettra d'avoir une vision globale du sujet, d'en développer une compréhension plus éclaircie ainsi que de proposer un travail de meilleure qualité. Pour ce faire, la revue de littérature se base sur plusieurs études relevant les résultats et les informations pertinentes sur le sujet dans le but d'améliorer la pratique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Etapas de réalisation de la revue de littérature

La réalisation de ce travail comporte plusieurs étapes. Tout d'abord, des recherches sur les thèmes de la « Dépression postpartum » et de l'« Auto-efficacité parentale » ont été entreprises. Puis, de nombreux articles ont été lus afin de pouvoir formuler une première version de la question de recherche. Celle-ci s'intéressait aux interventions infirmières pouvant améliorer l'auto-efficacité parentale afin de prévenir la dépression postpartum. Etant donné l'actualité de cette thématique dans la recherche, peu d'études existent sur le sujet. Les études sélectionnées décrivaient surtout les prédicteurs de l'auto-efficacité, raison pour laquelle la problématique de l'étude a été modifiée comme suit : « Quels sont les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale que les infirmières devraient identifier pour intervenir de manière adéquate dans la prise en charge des mères et / ou des parents afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum ? ».

Afin d'approfondir le sujet, des mots clés correspondant à notre recherche ont été listés. Ceux-ci ont été traduits en anglais et transcrits sous forme de mots clés

« Medical Subject Headings (MeSH) » et « CINAHL Headings »¹ pour faciliter les recherches dans les différentes banques de données. Ces mots clés ainsi que les banques de données sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Banques de données

Les banques de données consultées pour la recherche des articles sont PubMed et CINAHL.

Tableau 1:

Termes utilisés pour la stratégie de recherche

Termes CINAHL Headings	Termes MeSH PubMed	Traduction en français
Self-efficacy	Self efficacy	Auto-efficacité
Postpartum Depression	Depression, Postpartum	Dépression postpartum
Postnatal Depression	Depression, Postpartum	Dépression postnatale
Parents	Parents	Parents
Parenting	Parenting	La parentalité
Predictors	-	Prédicteurs

¹ Selon Y. Froté et A. Lambelet (Eléments de la recherche documentaire [Polycopié], 11 septembre 2014), pour classer la masse d'information que les bases de données scientifiques contiennent, des mots clés spécifiques ont été définis. (...) Ces termes sont appelés descripteurs. Ils sont en fait le vocabulaire prédéfini des bases de données.

Critères de sélections

Les revues scientifiques ont été choisies d'après plusieurs critères d'inclusion entre novembre 2018 et mars 2019. Les critères d'inclusion sont a) des études en anglais, en français ou en allemand, b) des mères, pères ou parents qui viennent d'avoir un enfant (primipares¹ ou multipares²) c) des études en lien avec les prédicteurs de la dépression postpartum et / ou en lien avec les prédicteurs de l'auto-efficacité et / ou en lien avec leurs prédicteurs, d) des études qualitatives, quantitatives ou mixtes et e) des articles de moins de 10 ans. Les critères d'exclusion sont a) des études traitant du baby blues, de la psychose ou de la dépression en général.

Le critère d'inclusion « c » a été élargi car la dépression postpartum et le concept de l'auto-efficacité sont des thèmes encore peu connus et sont en cours de développement dans la recherche. Cette extension a permis de trouver plus d'articles en lien avec le sujet de recherche.

Démarche d'analyse et stratégies de recherche

Les articles retenus sont le résultat de plusieurs combinaisons de mots clés recherchées sur CINAHL ou sur PubMed. Divers assemblages de mots clés permettent d'aborder le thème de différentes manières. Des combinaisons de recherche comportant de nombreux mots spécifiques n'aboutissaient pas à des résultats satisfaisants. Les combinaisons ont donc été raccourcies.

Dans un premier temps, les résumés des articles ont été lus afin de se faire une première idée du texte et de voir si elles correspondaient à la question de recherche.

¹ Selon le Larousse Médical (2009), primipare « se dit d'une femme qui accouche pour la première fois » (p.778). La primiparité et la nulliparité sont utilisées au même titre dans ce travail.

² Selon le Larousse Médical (2009), multipare est « une femme qui a déjà eu un ou plusieurs enfants. » (p.623).

Les articles ayant retenu notre attention ont été lus plus attentivement dans un deuxième temps afin de faire un deuxième tri. Au final, sept articles en lien avec la problématique ont été résumés et analysés à l'aide de grilles de lecture scientifiques adaptées au type de devis (quantitatif) et en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion (Fortin, 2010 ; Fortin & Gagnon, 2016 ; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Combinaison PubMed

1. (((("Depression, Postpartum" [Mesh]) AND "Self Efficacy" [Mesh]) AND "Parents" [Mesh])

Dans PubMed 36 études ont été trouvées : 24 études ont été évaluées et 8 articles ont été exclus après la lecture des résumés ; 16 études ont été analysées de manière plus approfondie et 14 ont été exclues en raison des critères d'inclusion et de sélection ; 2 articles ont été retenus.

Combinaisons CINAHL

1. Postpartum depression AND self-efficacy AND parenting

Dans CINAHL 44 études ont été trouvées : 16 ont été évaluées et 4 ont été exclues après la lecture des résumés ; 12 ont été analysées de manière plus approfondie et 11 ont été exclues en raison des critères d'inclusion et d'exclusion ; 1 article a été retenu.

2. Postpartum depression AND predictors AND self-efficacy

Dans CINAHL 17 études ont été trouvées : 10 articles ont été évalués et 5 ont été exclus après la lecture des résumés ; 5 ont été analysés de manière plus approfondie

et 3 articles ont été exclus en raison des critères de sélection ; 2 articles ont été retenus.

3. Postnatal depression AND predictors AND self-efficacy

Dans CINAHL 16 articles ont été trouvés : 9 articles ont été évalués et 6 ont été exclus après la lecture du résumé ; 3 études ont été analysées de manière plus approfondie et 2 articles ont été exclus en raison des critères de sélection ; 1 étude a été retenue.

4. Predictors AND self-efficacy AND parenting

Dans CINAHL 91 articles ont été trouvés : 7 études ont été évaluées et 4 ont été exclues après la lecture des résumés ; 3 articles ont été analysés de manière plus approfondie et 2 ont été exclus en raison des critères d'inclusion et d'exclusion ; 1 article a été retenu.

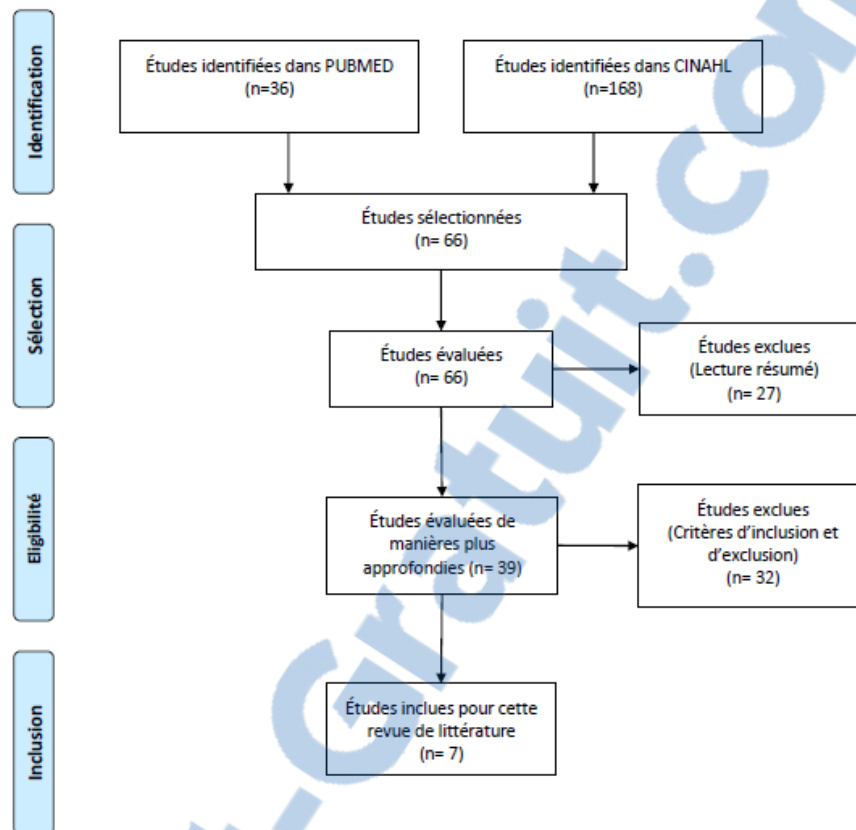


Figure 2 : Flowchart

(Tiré de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & Prisma Group, 2009)

Résultats

Présentation des articles scientifiques sélectionnés

Sept articles scientifiques sont retenus pour répondre à la question de recherche. Les sept études sont quantitatives et ont été menées dans différents pays du monde tels que Singapour (Shorey, Chan, Chong & He, 2015^b), l'Iran (Azmoode, Jafarnejade & Mazlom, 2015 ; Fathi, Mohammad-Alizadeh-Charandabi & Mirghafourvand, 2018), la Suisse (Razurel, Kaiser, Antonietti, Epiney & Sellenet, 2016), la Finlande (Salonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho & Tarkka, 2009) et le Canada (Bryanton, Gagnon, Hatem & Johnston, 2008 ; Davey, Tough, Adair & Benzies, 2011). Chacune est rédigée en anglais et est présentée en détail dans ce chapitre. Un résumé de toutes les études est disponible dans un tableau récapitulatif (Appendice C). Les différents instruments utilisés par les études sont également développés dans ce tableau.

L'étude de Salonen et al. (2009), qui est une étude corrélacionnelle et transversale, a été menée dans deux hôpitaux différents en Finlande. 863 mères et 525 pères ont participé à cette étude. Pour ce faire, ils ont rempli trois questionnaires durant la première semaine postpartum ; Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), What Being the Parent of a New Baby is Like – Revised (WBPL-R) et Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES). Le but de cette étude est d'analyser la perception des pères et des mères des hôpitaux A et B face à leur auto-efficacité parentale. Pour ce faire, les auteurs étudient les facteurs liés aux parents, au nourrisson et à l'environnement.

L'objectif de Davey et al. (2011) est d'identifier les facteurs périnataux qui prédisent les femmes à risque de dépression postpartum subclinique¹ et de dépression postpartum majeure parmi un groupe de femmes enceintes, au Canada. Pour ce faire, 2015 femmes ont accepté de participer et ont été réparties au hasard dans l'une des trois interventions prénatales. Un premier groupe a reçu les soins prénatals normaux dans une clinique (groupe témoin), le deuxième groupe a reçu ces mêmes soins et la consultation d'une infirmière formée pour offrir un soutien prénatal, tandis que le troisième groupe a reçu les mêmes soins que le groupe précédent avec la consultation d'une personne formée à domicile en plus, qui offrait un soutien non-médical. Les trois groupes ont rempli des questionnaires téléphoniques à trois moments différents : lors de l'admission à l'étude, durant le troisième trimestre de la grossesse et à huit semaines postpartum. Les questionnaires utilisés sont l'EPDS, le Kellner Symptom Questionnaire (SQ), le Social Support Index (SSI), le Network Orientation ainsi que le Parenting Expectations Scale (PES).

Une autre étude a été conduite au Canada par Bryanton et al. (2008). Cette étude vise à déterminer les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale à 12h, 48h et un mois postpartum. C'est une étude de cohorte prospective qui implique un échantillon de 652 mères et un sous-échantillon de 175 mères. Le premier échantillon a complété un questionnaire sur l'auto-efficacité (Self-efficacy subscale of the self-efficacy Scale) et la perception de l'expérience de la naissance (Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery) à 12h et 48h postpartum, dans deux hôpitaux différents. Le sous-échantillon est composé de femmes ayant donné un retour soit positif ou négatif sur leur perception de la naissance lors du premier questionnaire. 175 femmes

¹ Une dépression postpartum subclinique s'applique aux femmes ayant des symptômes dépressifs durant la période postpartum mais qui ne rentrent pas dans les critères du DSM IV pour une dépression postpartum majeure (Davey & al., 2008).

ont donc rempli un questionnaire sur l'auto-efficacité parentale (PES), à domicile, à un mois postpartum.

Parmi les sept articles de recherche, deux d'entre eux se sont intéressés aux femmes iraniennes mais avec une thématique différente. La première étude d'Azmoode et al. (2015) porte sur 150 femmes primipares de cinq centres de soins différents, qui ont rempli des questionnaires trente minutes après les soins postnatals (EPDS, Inventory Characteristics Questionnaire (ICQ), Scale of Perceived Social Support, PES). Cette étude vise à examiner les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale au début de la période postnatale. L'objectif de la deuxième étude iranienne de Fathi et al. (2018) est de déterminer la relation entre l'auto-efficacité et les symptômes dépressifs postpartum avec le statut fonctionnel¹. Pour ce faire, 437 nouvelles mères de différents centres de soins ont rempli trois questionnaires à huit semaines postpartum (Maternal Self Efficacy Questionnaire (MSQ), EPDS, Inventory of Functional Status After Childbirth (IFSAC)).

Shorey et al. (2015^b) ont mené leur étude descriptive et corrélationnelle à Singapour. 122 mères d'un hôpital public tertiaire ont participé en remplissant quatre questionnaires à la sortie de l'hôpital (Perceived Maternal Parental Self Efficacy (PMP S-E), Perinatal Infant Care Social Support Scale (PICSS), EPDS, questionnaire socio-démographique). Le but de cette étude est d'examiner les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale et leur relation avec le support social, la dépression postpartum et les variables socio-démographiques pendant la période postnatale de la population multiculturelle de Singapour.

¹ Selon Fathi et al. (2018), le statut fonctionnel est un concept multidimensionnel qui englobe l'auto-soin, les soins néonataux, l'interaction mère-enfant, les soins de la famille, le support social, les activités occupationnelles et les responsabilités du quotidien.

Finalement, une étude quantitative longitudinale a été menée en Suisse, par Razurel et al. (2016). Elle évalue la relation entre le stress périnatal et les symptômes dépressifs, l'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale chez les mères primipares, à trois stades de la grossesse. Pour ce faire, les mères ont rempli un questionnaire sur ces différentes variables durant la période prénatale, après l'accouchement et finalement à six semaines postpartum. Le State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), l'EPDS ainsi que le PES ont été rempli lors des trois phases. Par contre, le stress a été mesuré par un questionnaire différent à chaque phase ; Antenatal Perceived Stress Inventory (APSI), Post Delivery Perceived Stress Inventory (PDPSI) et Postnatal Perceived Stress Inventory (PNPSI).

Catégories et présentation des résultats

Les résultats des sept études présentées ci-dessus ont permis de faire ressortir plusieurs catégories. Ces catégories se sont distinguées grâce à un tableau récapitulatif des prédicteurs de l'auto-efficacité et de la dépression postpartum (Appendice D). Il s'agit des caractéristiques socio-démographiques, le soutien social, la santé mentale des mères, l'expérience des mères et de l'allaitement. Les différentes catégories se composent des prédicteurs les plus significatifs. Les résultats de ces catégories sont présentés dans ce chapitre et sont discutés dans la « Discussion ».

Caractéristiques socio-démographiques. Trois études sur sept ont étudié et relevé le rôle du revenu sur l'auto-efficacité parentale (Az moude & al., 2015 ; Fathi & al., 2018 ; Shorey & al., 2015^b). En effet, selon Az moude et al. (2015), l'auto-efficacité est plus haute chez les sujets avec un revenu plus élevé que chez les familles à faible

revenu ($p^1 = 0.031$). Selon Fathi et al. (2018), un bon revenu est lié à une auto-efficacité parentale haute ($p < 0.001$) et est un prédicteur pour une auto-efficacité parentale élevée (Shorey & al., 2015^b, $p < 0.05$). L'étude de Davey et al. (2011) relève également cette influence du revenu, mais sur la dépression postpartum. En effet, un revenu faible est un facteur de risque pour une dépression postpartum majeure ($p < 0.001$) mais pas pour une dépression subclinique (Davey & al., 2011). Bryanton et al. (2008) déclarent que le revenu est un prédicteur d'une bonne auto-efficacité, mais ils ne trouvent pas de résultats statistiquement significatifs (après la naissance, $p = 0.31$, à 1 mois postpartum, $p = 0.75$).

Deux études évoquent l'âge comme ayant également une influence sur l'auto-efficacité parentale (Bryanton & al., 2008 ; Shorey & al., 2015^b). Selon Shorey et al. (2015), être plus jeune est un prédicteur d'une auto-efficacité parentale haute ($p = 0.037$). Bryanton et al. (2008) estiment qu'une femme de moins de 30 ans a une auto-efficacité parentale plus élevée qu'une femme de plus de 30 ans. Les résultats ne sont statistiquement significatifs qu'à un mois postpartum ($p = 0.01$, $IC^2 = 0.11 - 0.76$). Salonen et al. (2009) et Davey et al. (2011) ont utilisé l'âge comme variable mais n'ont pas obtenu de résultats statistiquement significatifs et aucun chiffre n'est donné. L'étude d'Azmodé et al. (2015) met également en avant un lien fort entre l'âge maternel et l'auto-efficacité ($r^3 = - 0.67$), mais celui-ci n'est pas statistiquement significatif ($p = 0.522$).

¹ Selon F. Boukar (Statistiques et écriture scientifique [Polycopié], 12 avril 2019), la valeur « p » est considérée comme une mesure permettant de savoir si les résultats sont dû au hasard. Dans ce travail, la valeur « p » est considérée comme significative lorsqu'elle est ≤ 0.05 .

² Selon F. Boukar (Statistiques et écriture scientifique [Polycopié], 12 avril 2019), l'intervalle de confiance (IC) est l'étendue dans laquelle la valeur moyenne de la population se trouve probablement, elle essaie d'estimer la marge d'erreur avec une certitude de 95 %.

³ Selon F. Boukar (Statistiques et écriture scientifique [Polycopié], 12 avril 2019), le r évalue l'intensité du lien entre deux variables (0.50 à 0.69 = important).

Deux études constatent que l'éducation joue un rôle sur l'auto-efficacité (Azoude & al., 2015 ; Fathi & al., 2018). La première souligne qu'un niveau d'éducation plus bas, c'est-à-dire sans diplômes d'études collégiales ou universitaires, est un prédicteur d'une auto-efficacité parentale haute (Azoude & al., 2015, $p = 0.02$). La deuxième trouve que l'éducation basse influence significativement et de manière positive le statut fonctionnel¹ (Fathi & al., 2018, $p = 0.043$). Davey et al. (2011) contredisent ces deux études en démontrant qu'une éducation basse peut prédire une dépression postpartum majeure ($p = 0.003$) mais pas une dépression postpartum subclinique. Par ailleurs, l'étude finlandaise trouve des résultats statistiquement significatifs sur l'influence de l'éducation à l'hôpital A ($p = 0.022$, $p = 0.029$) mais pas à l'hôpital B ($p = 0.224$, $p = 0.422$) (Salonen & al., 2009).

Finalement, deux études reconnaissent que l'origine ethnique est un prédicteur de l'auto-efficacité ou d'une dépression postpartum majeure (Davey & al., 2011 ; Shorey & al., 2015^b). Selon l'étude menée à Singapour, appartenir à d'autres groupes ethniques que chinois est un prédicteur pour une bonne auto-efficacité (Shorey & al., 2015^b, $p < 0.001$). Pour Davey et al. (2011), être né à l'extérieur du Canada est un facteur de risque significatif pour la dépression postpartum majeure (Davey & al., 2011, $p = 0.003$, IC = 1.70 - 5.17).

Soutien social. Quatre études estiment que le soutien social a une influence sur l'auto-efficacité parentale ou la dépression postpartum (Davey & al., 2011 ; Fathi & al., 2018 ; Razurel & al., 2016 ; Shorey & al., 2015^b). Parmi ces études, deux d'entre elles reconnaissent que le support social est un prédicteur pour une auto-efficacité parentale haute (Razurel & al., 2016, $p < 0.01$; Shorey & al., 2015^b, $p < 0.001$, IC =

¹ Un bon statut fonctionnel prédit une bonne auto-efficacité maternelle (Fathi & al., 2018). De ce fait, lorsqu'un prédicteur du statut fonctionnel sera mentionné dans ce travail, il sera également valable pour l'auto-efficacité.

0.08 - 0.44). Fathi et al. (2018) décèlent un lien entre le soutien social et la dépression postpartum ($p < 0.001$) et un lien entre le soutien social et l'auto-efficacité ($p < 0.001$). En effet, pour Fathi et al. (2018), un soutien social faible est un prédicteur pour des symptômes dépressifs. Selon Davey et al. (2011), un support social diminué est un facteur de risque pour une dépression postpartum majeure ($p = 0.001$) mais pas pour une dépression postpartum subclinique. Pour Razurel et al. (2016), le soutien social est un modérateur qui réduit les symptômes dépressifs ($p < 0.01$). Deux études n'ont par contre pas relevé de lien statistiquement significatif entre l'auto-efficacité parentale et le soutien social (Azoude & al., 2015 ; Salonen & al., 2009). Selon Azoude et al. (2015), un résultat statistiquement significatif entre l'auto-efficacité et le soutien social des amis a été observé ($p = 0.037$) mais aucune corrélation significative n'a été trouvée avec le soutien social perçu¹ ($p = 0.436$), ni avec les sous-échelles du soutien social perçu par la famille ou le mari ($p > 0.05$). Selon Salonen et al. (2009), la présence du père à la maternité ($p > 0.05$, sauf les mères de l'hôpital A $p = 0.012$) et le soutien social du personnel de la maternité n'ont pas d'influence statistiquement significative sur l'auto-efficacité.

Santé mentale des mères. Quatre études relèvent que les symptômes dépressifs ont une influence sur l'auto-efficacité parentale (Azoude & al., 2015 ; Davey & al., 2011 ; Fathi & al., 2018 ; Razurel & al., 2016). En effet, les symptômes dépressifs ou le stress² ont un lien avec l'auto-efficacité (Razurel & al., 2016, $p < 0.05$.) car plus le stress est élevé, moins les mères ont un bon sentiment d'auto-efficacité parentale. Selon deux études, les symptômes dépressifs sont également associés à une auto-

¹ Le soutien social perçu englobe plusieurs sous-échelles ; le soutien social perçu par la famille, les amis et d'autres personnes importantes. Le soutien social perçu se définit comme la perception que la mère a de son propre soutien social (Azoude & al., 2015).

² Plus les mères sont stressées, plus les symptômes dépressifs et d'anxiété sont importants (Razurel & al., 2016).

efficacité maternelle pauvre (Azmodé & al., 2015, $p = 0.047$; Fathi & al., 2018, $p < 0.001$). Dans l'étude d'Azmodé et al. (2015), une auto-efficacité basse a été observée chez les mères souffrant de dépression postpartum ($p = 0.002$). Davey et al. (2011) ont découvert que des antécédents de dépression et des symptômes dépressifs ($p \leq 0.001$) ou d'anxiété pendant la grossesse sont des facteurs de risque pour une dépression postpartum. Effectivement, l'anxiété pendant la grossesse ($p = 0.001$) ou des antécédents de dépression ($p < 0.001$) sont des prédicteurs de la dépression postpartum (Davey & al., 2011). Cependant, une étude n'a pas observé de résultat statistiquement significatif entre la dépression postpartum et l'auto-efficacité parentale (Shorey & al., 2015^b, $p > 0.05$).

Expérience des mères (nulliparité ou multiparité). La multiparité est un bon prédicteur de l'auto-efficacité qui est appuyée par trois études (Bryanton & al., 2008 ; Fathi & al., 2018 ; Salonen & al., 2009). Dans l'étude de Bryanton et al. (2008), être une mère multipare est un prédicteur d'une bonne auto-efficacité parentale (après l'accouchement $p < 0.00$; à 1 mois postpartum $p = 0.05$). Salonen et al. (2009) ont comparé l'auto-efficacité parentale chez des parents nullipares et multipares de deux hôpitaux durant la période du postpartum immédiate. Les nouveaux parents ont obtenu des résultats statistiques significativement plus faibles concernant leur auto-efficacité ($p < 0.001$). Finalement, Fathi et al. (2018) ont relié la nulliparité directement au statut fonctionnel qui impacte sur l'auto-efficacité. La nulliparité est un prédicteur significatif pour un statut fonctionnel diminué ($p < 0.001$). Cependant, lorsque Davey et al. (2011) examinent leurs variables, la multiparité n'influence pas le risque d'une dépression postpartum subclinique.

Allaitement. Finalement, deux études mentionnent l'allaitement (Davey & al., 2011 ; Salonen & al., 2008). Selon Salonen et al. (2008), l'allaitement est un facteur statistiquement significatif influençant positivement l'auto-efficacité parentale ($p <$

0.001, $p < 0.028$). Pour Davey et al. (2011), les femmes n'ayant pas allaité durant les huit semaines après l'accouchement sont à risque d'avoir une dépression postpartum majeure (OR = 2.12, IC = 1.21 - 3.70), mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs concernant la dépression postpartum subclinique.

Rapport-Gratuit.com

Discussion

Discussion des résultats par catégories

Les résultats des sept études, présentés ci-dessus sont discutés dans ce chapitre. La discussion est en lien avec le concept d'auto-efficacité de la théorie de Bandura qui a été décrite dans le chapitre « Cadre théorique ».

Caractéristiques socio-démographiques. Un revenu plus élevé permet aux parents de développer une meilleure auto-efficacité (Azmodé & al., 2015 ; Fathi & al., 2018 ; Shorey & al., 2015^b). Les familles ayant un revenu élevé peuvent se permettre d'engager une domestique ou une gouvernante ce qui peut avoir un effet positif sur l'auto-efficacité parentale (Shorey & al., 2015^b). Un revenu correct peut également, dans une certaine mesure, atténuer le stress et les tensions de tous les membres d'une famille et donc améliorer leur statut fonctionnel (Fathi & al., 2018). De ce fait, si le statut fonctionnel de la famille et de la mère est élevé, l'auto-efficacité parentale le sera aussi. Ceci appuie la théorie de Bandura sur « les états physiologiques et émotionnels » ayant un impact important sur l'auto-efficacité de la mère (Erny, 2010). Dans ce cas-là, le stress et les tensions engendrés par un faible revenu pourraient faire douter une mère de ses capacités et donc diminuer son auto-efficacité.

Certaines études affirment que l'âge est un prédicteur de l'auto-efficacité. Shorey et al. (2015^b), ressortent dans les résultats que le jeune âge est un prédicteur d'une bonne auto-efficacité. Cependant, dans la discussion l'étude explique que les parents plus âgés ont une meilleure auto-efficacité, ce qui est contradictoire. Les deux hypothèses sont présentées dans ce paragraphe. Une étude complémentaire de Choi, Kim, Ryu, Chang et Park (2012) soutient également que les jeunes mères sont prédisposées à une auto-efficacité basse. Ceci rejoint la théorie de Bandura

expliquant « l'expérience vicariante » (Erny, 2010) ; si la mère est plus âgée et a un cercle social de femmes ayant déjà vécu la maternité, ceci lui permettra d'acquérir des expériences à travers celles des autres (Shorey & al., 2015^b). De ce fait, elle pourra également se faire plus confiance quant à son rôle de maman. Il se peut aussi qu'une femme plus âgée ait plus d'expériences de vie qu'une femme plus jeune ce qui peut augmenter son auto-efficacité. Par contre, la tendance peut s'inverser à partir d'un âge trop avancé. Bryanton et al. (2008) mettent cette hypothèse en avant en affirmant que les mères ayant plus de 30 ans ont généralement une moins bonne auto-efficacité parentale. Selon Khoshnood, Bouvier-Colle, Leridon et Blondel (2008), biologiquement, l'âge idéal pour avoir un enfant est entre 20 et 29 ans. A partir de 30 ans il peut y avoir plus de complications par rapport à la santé du nouveau-né ou de la mère (Khoshnood & al., 2008). Si la mère vit des complications, elle vivra des expériences émotionnellement difficiles et stressantes (« les états physiologiques et émotionnels ») ce qui diminuera son auto-efficacité. Finalement, l'âge en tant que prédicteur est difficile à analyser car chaque étude a une notion différente de ce qu'est une mère plus jeune ou plus âgée. De plus, les deux hypothèses rejoignent la théorie de Bandura.

Selon les résultats, deux études certifient que l'éducation parentale joue un rôle sur l'auto-efficacité (Azmoude & al., 2015 ; Fathi & al., 2018). Azmoude et al. (2015) soulignent qu'un niveau d'éducation sans diplômes d'études collégiales ou universitaires est un bon prédicteur de l'auto-efficacité parentale. Fathi et al. (2018) démontrent également qu'une éducation basse est reliée à un statut fonctionnel amélioré. Cependant, dans la discussion, les auteurs expliquent le contraire. Les deux hypothèses sont présentées dans ce paragraphe. Les parents ayant une éducation basse grandissent souvent dans des fratries nombreuses et sont entourés de leur famille élargie. Ce genre de famille est généralement très soudé. D'une part,

une grande fratrie apporte de l'expérience au niveau de la vie communautaire et familiale (les tâches ménagères ainsi que la responsabilité des frères et sœurs en font partie). D'autre part, être entouré par la famille élargie peut apporter du soutien aux nouvelles mères. De plus, grâce à l'expérience acquise durant sa vie, une personne avec un niveau d'éducation bas a peut-être plus l'habitude de gérer des imprévus ou des situations difficiles ce qui peut améliorer ses stratégies d'adaptation. Ces différents points peuvent la préparer à être maman ce qui expliquerait une auto-efficacité plus élevée. Elle aura appris plusieurs choses à travers les expériences vécues et réussies mais aussi par le biais de « l'expérience vicariante » (Erny, 2010). En effet, en restant à la maison elle aura pu observer ses propres parents et se dire qu'elle aussi peut le faire. D'un autre côté, les mères ayant une éducation plus élevée sont prédisposées à vouloir étudier et poursuivre une carrière. De ce fait, rester à la maison pour s'occuper du nouveau-né et des tâches ménagères peuvent être moins attractifs que leur carrière. De plus, selon la culture, l'éducation supérieure peut exclure l'éducation familiale. C'est pourquoi elles peuvent avoir une auto-efficacité basse.

Fathi et al. (2018) disent qu'une éducation plus élevée est également significativement reliée à une meilleure communication sociale et familiale, une capacité d'auto-soin plus élevée ainsi qu'un statut fonctionnel postpartum amélioré. Davey et al. (2011) démontrent qu'une éducation basse peut prédire une dépression postpartum majeure mais pas subclinique. Les études complémentaires de Martini, Petzoldt, Einsle, Beesdo-Baum, Höfler et Wittchen (2015) et Choi et al. (2012) soutiennent les deux dernières études. Pour conclure, les différentes études trouvent des résultats contradictoires sur l'éducation. Cependant, seule la première hypothèse a pu être mise en lien avec la théorie de Bandura. L'éducation n'est pas une variable pouvant être évaluée toute seule car elle peut être liée à plusieurs autres facteurs tels

que le revenu, la situation familiale et le pays. En effet, le niveau d'éducation est perçu différemment dans chaque pays et dans certains d'entre eux, l'éducation n'est pas accessible à tout le monde.

Finalement, l'origine ethnique est également un prédicteur de l'auto-efficacité qui est repris par deux études. L'une parle plutôt d'immigration (Davey & al., 2011) tandis que l'autre parle de culture (Shorey & al., 2015^b). La première, qui a été menée au Canada, peut affirmer qu'être né à l'extérieur du Canada est un facteur de risque significatif pour une dépression postpartum majeure (Davey & al., 2011). Les auteurs mettent l'origine ethnique en lien avec la théorie de l'anti-stress ; celle-ci suggère que de mauvaises stratégies d'adaptation répondant au stress de la vie ou à un événement critique, entraînent des résultats négatifs sur la santé et pourraient expliquer le risque accru de dépression chez les nouveaux immigrants (Davey & al., 2011). L'immigration peut entraîner des changements dans le logement, la profession, le statut économique, les réseaux sociaux et les attitudes politiques. De ce fait, lorsque la transition d'une femme vers la maternité chevauche l'adaptation à de nouvelles normes culturelles, le degré de stress peut être encore plus élevé (Davey & al., 2011). En supposant que les immigrants arrivent seuls ou par petits groupes, ceci pourrait rendre les nouvelles mères qui viennent d'immigrer vulnérables à une dépression postpartum. Compte tenu du manque de soutien culturel et des changements vécus récemment par la mère, elle n'aura pas ou peu de personnes qui pourront l'encourager positivement sur ses actes ou qui pourront la décharger émotionnellement et / ou de certaines tâches (Erny, 2010). La deuxième étude, menée à Singapour, rapporte que les Chinoises ont une moins bonne auto-efficacité maternelle que les Malaisiennes et les Indiennes. Singapour est en Malaisie ; celle-ci étant leur terre natale, les Malaisiennes auraient une meilleure auto-efficacité. Cette hypothèse rejoint celle de Davey et al. (2011), sur les immigrants ayant une moins

bonne auto-efficacité. Les Indiennes, quant à elles, ont peut-être une meilleure auto-efficacité car le rôle de la femme en Inde¹ est de s'occuper des enfants et des frères et sœurs en grandissant ce qui peut apporter de l'expérience quant aux tâches maternelles. De plus, les Indiennes ont en moyenne plus d'enfants, ce qui peut augmenter « l'expérience de la maîtrise » contrairement aux Chinoises qui, dans leur pays, sont limitées à deux enfants depuis 2015 (La Croix, 2018). La politique de l'enfant unique est appliquée depuis 1979 et fait maintenant partie de leur culture. C'est pourquoi, même en dehors du pays, les Chinoises ont peut-être tendance à avoir peu d'enfants.

Parallèlement, il est prouvé que la culture joue un rôle important sur l'influence de l'expérience des mères durant la période postnatale précoce². La culture est un atout positif pour les nouvelles mères durant cette période. Dans la culture asiatique, les mères venant d'accoucher doivent se reposer pendant un mois (Shorey & al., 2015^b). Durant cette période, elles doivent respecter certaines règles et elles reçoivent des soins ainsi qu'un support supplémentaire de la part des membres de la famille de la mère et du père (Shorey & al., 2015^b). C'est particulièrement les mères et les belles-mères qui sont présentes (Shorey & al., 2015^b). Ces différents aspects de la culture asiatique confirment la théorie de Bandura. En effet, le fait d'avoir sa mère et sa belle-mère ainsi que d'autres membres de la famille autour de soi va améliorer le sentiment d'auto-efficacité de la nouvelle mère à travers « la persuasion verbale », c'est-à-dire les encouragements de son entourage. Leur aide pourra également laisser le temps à la maman de récupérer et d'apprendre tout en se sachant être soutenue (Erny,

¹ Attention car le rôle de la femme en Inde est en constante évolution. En effet, il faut savoir que les femmes ont de plus en plus accès aux études. La masculinisation de la société n'est pas terminée mais l'Inde est en transition (Manier, 2015).

² Celle-ci correspond à la première et la deuxième phase de la période postpartum (Chapitre « Cadre théorique » p. 14).

2010). Ceci aura un impact positif sur son « état physiologique et émotionnel » et donc sur son auto-efficacité personnelle (Erny, 2010).

Soutien social. Le soutien social est un prédicteur d'une auto-efficacité parentale haute ce qui est tout à fait plausible selon la littérature (Leahy-Warren & al., 2012 ; Martini & al., 2015 ; Zhang & Jin, 2016). En effet, selon Bandura, « la persuasion verbale », c'est-à-dire les encouragements et les opinions des autres, est un élément qui améliore l'auto-efficacité (Erny, 2010). Être entouré par la famille et les amis pourraient donc permettre d'avoir les encouragements et les opinions nécessaires pour améliorer son auto-efficacité. Razurel et al. (2016) expliquent que le support émotionnel et de l'estime apportés par les belles-mères permettent d'augmenter l'auto-efficacité et de réduire les symptômes dépressifs de la mère. En effet, ce résultat est non seulement en accord avec « la persuasion verbale » de Bandura mais également avec « l'expérience vicariante » (Erny, 2010). Une mère peut apprendre de l'expérience de sa propre mère et de sa belle-mère en se comparant et en se persuadant que si elles ont eu les capacités à réussir une activité, alors elle le pourra aussi. Cet élément lui permettra alors d'avoir une meilleure auto-efficacité (Erny, 2010). Dans l'étude de Shorey et al. (2015^b), le support des mères et des belles-mères sont les ressources principales pour une bonne auto-efficacité et pour prévenir la dépression postpartum. Le support du mari est également important pour la mère (Razurel & al., 2016 ; Shorey & al., 2015^b). En effet, le mari est celui qui partage la même expérience que la mère car il vit aussi un changement de rôle. Ensemble ils deviennent parents et peuvent se soutenir mutuellement. Être à deux permet peut-être de diminuer le stress (« les états physiologiques et émotionnels ») et de s'encourager (« la persuasion verbale »), ce qui permettrait d'avoir une auto-efficacité plus élevée (Erny, 2010). Azmoude et al. (2016), ressortent que le soutien social des amis est plus important que celui de la famille. Cela pourrait changer d'une personne

à l'autre. Certaines personnes sont plus proches et portent plus d'importance à leur famille plutôt qu'à leurs amis et vice-versa.

L'aspect culturel pourrait aussi jouer un rôle car, selon Shorey et al. (2015^b), les femmes se reposent durant le premier mois postpartum. En effet, durant cette période, la famille est très présente et aide principalement dans les soins au nouveau-né (Shorey & al., 2015^b). Dans tous les cas, un soutien social a un impact sur la santé de la nouvelle mère qu'il vienne des amis, de la famille ou des professionnels de la santé. Un autre aspect intéressant relevé est le soutien des professionnels. Suite à une aide et de l'éducation de la part des professionnels de la santé, les symptômes dépressifs sont réduits (Razurel & al., 2016). Ceci présume qu'une éducation, des encouragements et de l'empathie apportés par les professionnels de la santé permettent d'améliorer l'auto-efficacité parentale et donc de prévenir la dépression postpartum. Razurel et al. (2016) trouvent que le soutien apporté par les professionnels de la santé a un impact sur l'auto-efficacité. Shorey et al. (2015^b), quant à eux, identifient un manque de support social par les professionnels de la santé. Ceci peut être dû au manque de connaissances et d'informations des soignants sur la dépression postpartum. Le manque de temps des infirmières pour donner le soutien nécessaire aux mères durant les 48h à 72h après l'accouchement peut également en être la cause (Shorey & al., 2015^b).

Santé mentale des mères. Les symptômes dépressifs sont associés à une auto-efficacité parentale basse (Azmoude & al., 2015 ; Fathi & al., 2018 ; Razurel & al., 2016) ce qui rejoint la littérature (Leahy-Warren et al., 2012 ; Shorey et al., 2015^a ; Zhang & Jin, 2016). En effet, selon Razurel et al. (2016), plus le stress est élevé chez les mères, ce qui augmente les symptômes dépressifs, plus l'auto-efficacité parentale est basse. Ce résultat suit la théorie de Bandura sur « les états physiologiques et émotionnels » qui influencent l'auto-efficacité. Si une mère ressent du stress intense,

elle aura tendance à douter de ses capacités et aura donc une auto-efficacité basse (Erny, 2010). Selon le DSM IV, un des symptômes de la dépression postpartum est la perte d'estime de soi (cité dans Davey & al., 2011), ce qui accentuera le doute en ses capacités. De l'autre côté, une auto-efficacité élevée est un facteur de protection contre la dépression postpartum (Zhang & Jin, 2016). Par ailleurs, Davey et al. (2011) ont découvert que des antécédents de symptômes dépressifs et de dépression ou d'anxiété pendant la grossesse sont des facteurs de risque pour une dépression postpartum, ce qui concorde avec la littérature (Martini & al., 2015 ; Stewart & al., 2003). C'est pourquoi les infirmières devraient identifier les mères à risque pour une dépression postpartum plus tôt, ceci afin de leur fournir un soutien adéquat et préventif (Rowe & Fischer, 2015 ; Shorey & al., 2015^a, 2015^b).

Expérience des mères (nulliparité, multiparité). La multiparité est un prédicteur d'une bonne auto-efficacité (Bryanton & al., 2008 ; Fathi & al., 2018 ; Salonen & al., 2009). Bryanton et al. (2008) ont comparé l'auto-efficacité parentale avec la multiparité directement après l'accouchement et à un mois postpartum. Les résultats étaient plus significatifs directement après l'accouchement qu'à un mois postpartum. Ceci peut être en lien avec « l'expérience active de maîtrise » présentée dans la théorie socio-cognitive de Bandura (Erny, 2010). En effet, directement après l'accouchement, la maman qui aura accouché de son premier enfant ne se fera pas confiance sur des gestes et un nouveau rôle qu'elle n'a jamais pratiqué. C'est à travers les expériences positives vécues et réussies qu'elle aura confiance en ses capacités. Ceci pourrait donc expliquer qu'après un mois, la multiparité est un prédicteur moins significatif que directement après l'accouchement. Une étude soutient cette hypothèse en relevant que le stress, la confiance et l'humeur de la mère s'améliorent avec le temps (Kristensen & al., 2018).

Dans l'étude de Salonen et al. (2009), les nouveaux parents avaient une auto-efficacité parentale significativement plus basse que les multipares. Fathi et al. (2018) soutiennent les auteurs précédents en affirmant que les mères multipares ont un meilleur statut fonctionnel et donc une meilleure auto-efficacité parentale. Ils supposent que ceci est dû à l'expérience augmentée des mères multipares (Fathi & al., 2018). Il est vrai que la multiparité peut influencer positivement l'auto-efficacité juste en se basant sur les quatre manières de l'améliorer selon Bandura (Erny, 2010). « L'expérience active de maîtrise » est la plus évidente : les mères ayant déjà des enfants ont vécu et réussi des expériences liées à la parentalité (Erny, 2010). Ceci leur permet de partir avec des croyances positives en leurs capacités pour chaque nouvel enfant. On peut relier cette expérience aux « états physiologiques et émotionnels » ; grâce aux expériences positives faites avec les aînées, la maman aura tendance à moins douter de ses capacités à élever un nouvel enfant ce qui diminuera son stress (Erny, 2010).

Finalement, les parents se seront formés un cercle autour d'eux à travers chaque nouvel enfant et auront des personnes qui les encourageront sur leur rôle de parents. A travers « la persuasion verbale », les parents pourront augmenter leur auto-efficacité (Erny, 2010). Que ce soit pour les nullipares ou les multipares, « l'expérience vicariante » décrite par Bandura est un bon moyen d'augmenter son auto-efficacité. En effet, il arrive fréquemment qu'une mère accouche durant une période similaire ou assez rapprochée de certaines femmes de son entourage comme ses amies, collègues, sœurs ou encore belles-sœurs. De plus, elles sont souvent entourées par leur propre mère ou belle-mère qui ont déjà vécue elles-mêmes cette expérience. Par ce biais, elles peuvent prendre confiance en leurs capacités à travers les expériences de la maternité de leur entourage, ce qui est un bon point pour augmenter leur auto-efficacité.

Allaitement. L'allaitement est un bon prédicteur de l'auto-efficacité parentale (Salonen & al., 2008). Pour Davey et al. (2011), les femmes qui n'allaitent pas sont plus à risque d'avoir une dépression postpartum majeure. La littérature a également démontré que l'allaitement est un prédicteur de l'auto-efficacité parentale diminuant l'incidence de la dépression postpartum (Henshaw, Fried, Siskind, Newhouse & Cooper, 2015 ; Ngo, Chou, Gau & Liu, 2019 ; Vieira, Caldeira, Eugênio, Lucca & Silva, 2018). L'allaitement pourrait permettre de créer une relation avec son enfant ce qui améliorerait la satisfaction de la mère et de l'enfant diminuant ainsi les symptômes dépressifs. Une mère qui ne réussit pas à allaiter aura un risque de dépression postpartum plus élevé (Vieira & al., 2018). Ceci est en accord avec la théorie de Bandura sur « l'expérience active de la maîtrise » (Erny, 2010). En effet, une mère qui réussit à allaiter et qui maîtrise cette activité aura un sentiment d'auto-efficacité plus élevé (Erny, 2010), ce qui sera un facteur de protection contre la dépression postpartum (Richard & Shea, 2011 ; Zhang & Jin, 2016).

Rôle médiateur de l'auto-efficacité selon Richard et Shea

Les prédicteurs présentés ci-dessus peuvent augmenter ou diminuer l'auto-efficacité parentale. Celle-ci a un rôle de médiateur sur l'auto-soin, l'autogestion, l'auto-surveillance et la gestion de symptômes (Richard & Shea, 2011). Une bonne auto-efficacité permet de modérer l'auto-soin, donc de prendre soin de soi, de maintenir une bonne santé et par conséquent de prévenir une dépression postpartum. L'auto-soin englobe l'auto-gestion, qui est la capacité à prendre le contrôle sur sa santé. Une meilleure auto-efficacité permet à une mère d'être actrice de sa santé ce qui peut minimiser l'incidence d'une dépression postpartum ou d'en avoir une meilleure gestion. Les mères pourront repérer les symptômes de la dépression postpartum et mieux les gérer. Grâce aux connaissances sur les prédicteurs de l'auto-

efficacité, les infirmières peuvent intervenir de manière adéquate chez les mères. Elles peuvent renforcer le sentiment d'auto-efficacité qui a un rôle de médiateur sur les auto-soins, prévenant et réduisant ainsi l'incidence de la dépression postpartum (Richard & Shea, 2011). Plusieurs interventions sont présentées dans le chapitre suivant.

Recommandations pour la pratique infirmière

Les sept articles sélectionnés ont pu faire ressortir plusieurs recommandations pour la pratique future afin d'améliorer l'auto-efficacité parentale et / ou prévenir la dépression postpartum.

Connaissances du personnel soignant. Pour commencer, les professionnels de la santé qui s'occupent des soins à la maternité devraient être mieux renseignés sur la dépression postpartum et sur les prédicteurs de l'auto-efficacité (Fathi & al., 2018). Ceci leur permettra d'être conscients de la prévalence de la dépression postpartum (Shorey & al., 2015^b).

Identification des personnes à risque. En se basant sur les prédicteurs de l'auto-efficacité, les infirmières peuvent identifier plus aisément les personnes à risque d'avoir une auto-efficacité basse (Bryanton & al., 2008 ; Fathi & al., 2018). Selon Davey et al. (2011), il faudrait surveiller étroitement les femmes à risque d'épisodes futurs de dépression.

Tests de dépistage. Les infirmières devraient faire des tests de dépistage au moyen d'entrevues face à face ou avec l'aide d'instruments validés par les hôpitaux ou les centres de soins (Azoude & al., 2015 ; Davey & al., 2011). Actuellement, les Hôpitaux Universitaires Genève proposent un entretien prénatal à la Maternité des HUG, au Planning familial et à l'Arcade sages-femmes pour un dépistage gratuit

(HUG, 2019). En effet, Razurel et al. (2016) les soutiennent en proposant de faire un dépistage de routine du stress perçu par les femmes pendant la période périnatale afin de prévenir les symptômes dépressifs et d'améliorer l'auto-efficacité parentale.

Soins relationnels. Selon Razurel et al. (2016), une attitude empathique et une écoute de qualité serait également une bonne ressource pour contenir la relation du stress et la santé psychique des femmes pendant la période postpartum. Ceci complète l'étude de Salonen et al. (2016), qui proposent que les professionnels de la santé discutent avec les parents de leurs symptômes dépressifs, de leur état d'esprit au moment de la sortie de l'hôpital, de leur perception du nourrisson et du bien-être de la famille. Les soignants devraient également échanger sur l'attitude des mères vis-à-vis de leur rôle de parent, leur expérience de l'accouchement et le changement de vie.

Éducation. L'importance de l'éducation par les professionnels de la santé ressort dans plusieurs études (Azmodé & al., 2015 ; Bryanton & al., 2008 ; Fathi & al., 2018 ; Razurel & al., 2016 ; Shorey & al., 2015^b). Shorey et al. (2015^b) et Bryanton et al. (2008) proposent une formation aux mères pour augmenter leur auto-efficacité. Les mères auraient l'opportunité de s'entraîner aux nouvelles tâches pendant leur hospitalisation (« l'expérience de la maîtrise ») et des opportunités pourraient être créées pour que les primipares apprennent entre elles (« l'expérience vicariante »). De plus, des feedbacks constructifs (« la persuasion verbale ») et de l'éducation sur le bien-être physique et émotionnel des mères pourraient commencer dès le début de la période prénatale (Shorey & al., 2015^b). Fathi et al. (2018) pensent que les professionnels doivent encourager les femmes à prendre soin d'elles et leur apprendre à faire les soins au nouveau-né. Razurel et al. (2015), quant à eux, proposent une formation basée sur le management du stress, ce qui permettrait aux mères de développer un meilleur sentiment d'auto-efficacité parentale. Fathi & al.

(2018) pensent que l'éducation serait bénéfique pour des personnes à risque d'avoir une auto-efficacité basse. Ils pensent qu'il faudrait travailler sur leurs faiblesses avec non seulement des cours à l'hôpital mais aussi avec un suivi à l'extérieur (Fathi & al., 2018). Une partie des recommandations sur l'éducation est déjà mise à disposition dans la ville de Fribourg. Selon l'Office familial Fribourg (2019), les infirmières en puériculture offrent un soutien et fournissent des informations sur les soins à prodiguer à l'enfant, sur l'allaitement et sur l'alimentation.

Soutien social et approche centrée sur la famille. Le soutien social étant un prédicteur important de l'auto-efficacité, il devrait être intégré dans les interventions infirmières. En effet, les professionnels de la santé devraient planifier des interventions pour rallier du soutien informel et formel du cercle social des mères afin d'augmenter l'auto-efficacité et diminuer les symptômes de la dépression postpartum (Shorey & al., 2015^b). Les infirmières et sages-femmes devraient également être plus attentives aux ressources émotionnelles et au cercle social de la mère. Compte tenu de l'importance du support social dans les vies des nouvelles mères, il serait important d'inclure une formation d'approche centrée sur la famille dans les études des sages-femmes et des infirmières. De plus, à l'hôpital, les proches pourraient être encouragés à être plus actifs dans le support des mères pour les soins aux nouveau-nés (Shorey & al., 2015^b). L'étude de Fathi et al. (2018) relève l'importance d'un support additionnel pour les femmes qui ont une relation pauvre avec leur partenaire et qui sont donc plus à risque d'avoir une auto-efficacité basse. Razurel et al. (2016) soutiennent la promotion du support social et Davey et al. (2011) estiment qu'il faut proposer du soutien aux femmes à risque d'une dépression postpartum.

Culture. Pour finir, compte tenu des résultats sur l'ethnie, Shorey et al. (2015^b) pensent qu'il faudrait créer des interventions propres à la culture. De leur côté, Davey et al. (2011) proposent que les besoins des femmes migrantes en matière de santé

mentale soient pris en compte. L'état de Fribourg a déjà plusieurs associations pour les migrants tels que Caritas Fribourg, Espace Femmes, Passerelles et La barque (Association La RED, 2019). De plus, en rapport avec la thématique de ce travail, l'état propose des entretiens, des ateliers avec la collaboration d'interprètes interculturels et du matériel d'information dans la langue d'origine pour les futurs parents (Etat de Fribourg, 2019).

Regard critique sur les études sélectionnées

Toutes les études sélectionnées ont été écrites en anglais. Cependant, l'étude d'Azmoude et al. (2015) présente une partie de ces tableaux avec des chiffres arabes orientaux et l'autre avec des chiffres perses. L'article disposant de tableaux avec des chiffres arabes occidentaux comporte des erreurs. Par conséquent, il nous a fallu traduire ces tableaux par nous-mêmes.

Toutes nos études sont comprises entre 2008 et 2018. Dans la mesure où ce sujet est d'actualité dans la recherche, nous avons trouvé plusieurs articles datant même de moins de cinq ans (Azmoude & al., 2015 ; Fathi & al., 2018 ; Razurel & al., 2016 ; Shorey & al., 2015^b).

Les études examinées présentent des forces mais aussi des faiblesses. Celles-ci seront décrites dans le même ordre que dans le chapitre « Résultats » sous la « Présentation des articles scientifiques sélectionnés ».

Dans l'étude de Salonen et al. (2009), les résultats ne peuvent être généralisés à des contextes culturels ou géographiques différents. De plus, les questionnaires devaient être rendu au plus tard une semaine après l'accouchement. De ce fait, ils ont tous été rempli à un moment différent entre le premier et le septième jour

postpartum. Cet article est présenté d'une bonne manière mais la discussion devrait être mieux structuré afin de rendre la lecture plus agréable.

Plusieurs limites méthodologiques ont influencé l'interprétation des résultats de l'étude de Davey et al. (2011). Des mesures d'auto-évaluation ont été utilisées pour recueillir des données sur la santé mentale maternelle et sur les variables psychosociales. Idéalement, des entretiens cliniques supplémentaires auraient dû être effectué afin de confirmer la présence de symptômes dépressifs chez les femmes. Ensuite, la conception longitudinale de cette étude a fait en sorte que certaines femmes ont abandonné l'étude au fil du temps. Ces femmes étaient plus susceptibles de déclarer des antécédents de dépression que celles ayant complété l'étude. Les auteurs reconnaissent également que les facteurs de risque de dépression postpartum chez les femmes qui n'ont pas eu de suivi peuvent différer des facteurs de risque mentionnés dans cette étude. Finalement, la traduction des questionnaires peut avoir été une limite de l'étude, car elle peut avoir réduit la validité et la fiabilité des outils normalisés. Cependant, l'utilisation de ces questionnaires traduits a permis d'inclure des femmes qui ne maîtrisaient pas l'anglais. Ceci a rendu les résultats plus généralisables à un milieu urbain canadien. L'article de Davey et al. (2011) est détaillé de manière suffisante pour pouvoir faire une analyse critique minutieuse mais ne comporte aucun cadre théorique.

Dans l'étude de Bryanton et al. (2008), les résultats ne sont généralisables qu'aux femmes caucasiennes, en bonne santé, à terme, avec un enfant pesant $\geq 2500g$ et qui ont bénéficié d'un suivi par une infirmière après l'accouchement. Cependant, les résultats concernant le respect de la parité, le statut matrimonial, l'éducation et le revenu sont généralisables.

L'étude d'Azmoude et al. (2015) présente également certaines limites. En effet, les résultats de cette étude ne sont pas généralisables puisque les sujets étaient des femmes à faible risque d'une grossesse et d'un accouchement compliqués. De plus, les chercheurs ont tendance à faire confiance à la perception maternelle au sujet du tempérament de l'enfant et du soutien social plutôt qu'à une mesure objective.

Un des outils utilisés par Fathi et al. (2018) sur le statut fonctionnel n'est pas adapté aux mères. En effet, pour que celles-ci aient un bon score au questionnaire, elles doivent pouvoir reprendre toutes les activités qu'elles avaient avant l'accouchement. Etant donné que l'enfant devient la priorité de la mère, il n'est quasiment pas possible pour elle de reprendre toutes ses activités. De plus, la méthode de la conception transversale ne permet pas d'intégrer la relation temporelle des variables. Ils ne trouvent donc pas de relation de cause à effet. Cet article est suffisamment détaillé pour en faire une bonne analyse mais il n'aborde pas la question sur la généralisation, il manque de structure et il présente une discussion qui s'oppose à certains de leurs résultats.

Shorey et al. (2015^b) présentent également certaines contradictions entre les résultats et la discussion. De plus, ils signalent que la généralisation des résultats est limitée car les participants étaient choisis selon certains critères de commodité. Un échantillon choisi au hasard pourrait apporter des primipares avec des attributs différents. Cependant, l'article est bien structuré et suffisamment détaillé pour une bonne analyse critique.

Des primipares avec un niveau socio-économique privilégié ont été utilisées pour l'étude de Razurel et al. (2016). Ceci peut influencer et limiter la généralisation. De plus, l'étude a été menée dans un seul hôpital ce qui restreint la généralisation. Cet article est bien structuré et bien détaillé pour une analyse. Cependant la discussion

n'est pas interprétée selon le cadre conceptuel et aucune recommandation n'est faite pour de futures recherches.

Limites

Le sujet de recherche étant d'actualité, énormément de recherches sont probablement en cours et ne sont donc pas encore publiées. Ceci a restreint le choix de nos articles à sélectionner. De plus, le nombre limité d'études pouvant être utilisé pour cette revue de littérature n'est pas représentatif. En effet, les résultats de sept articles ne peuvent pas être généralisés à une population mondiale. Par ailleurs, la diversité de culture présente dans nos différents articles possède des atouts et des défauts. D'une part, cette diversité permet de toucher un plus grand nombre de personnes, car l'immigration est une thématique importante dans notre société. Ces études nous permettent donc de prendre en compte différentes cultures et de mieux les comprendre. D'une autre part, ces différences de culture ne nous permettent pas ou peu de généraliser les résultats à l'Europe. Seuls deux articles analysés ont été menés en Europe, plus précisément en Suisse et en Finlande. L'étude menée en Finlande précise tout de même que ses résultats ne peuvent être généralisés à d'autres contextes culturels (Salonen & al., 2009).

Les devis de nos articles étaient tous quantitatifs. Il serait intéressant et pertinent d'avoir des articles qualitatifs afin de pouvoir intégrer la perception des mères durant cette période postpartum. Le devis quantitatif nous a tout de même permis d'obtenir des résultats objectifs.

Nos critères d'inclusion et d'exclusion ont dû être modifiés à cause de trois articles que nous trouvions pertinents pour notre travail. En effet, Davey et al. (2011) ne parlent que des prédicteurs de la dépression postpartum et non pas de l'auto-

efficacité. Dans la mesure où nous avons déjà assez de connaissances sur l'auto-efficacité et que les prédicteurs ressortis dans cette étude et ceux de l'auto-efficacité étaient similaires, nous avons décidé de le garder. Ensuite, Fathi et al. (2018) mettent le statut fonctionnel de la mère en avant. Cependant, comme l'auto-efficacité est un prédicteur important du statut fonctionnel et que les prédicteurs de ce dernier rejoignent ceux de l'auto-efficacité, nous avons également décidé de le garder. Finalement, l'étude de Bryanton et al. (2008) ne traite que des prédicteurs de l'auto-efficacité sans mentionner la dépression postpartum. Elle a tout de même été choisie car nous avons d'autres articles confirmant que l'auto-efficacité est un prédicteur important de la dépression postpartum. Par conséquent, nous avons déterminé que les prédicteurs de l'auto-efficacité sont exploitables pour notre sujet.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

En conclusion, la dépression postpartum est un sujet qui devrait être plus connu par les professionnels de la santé ainsi que par la population en général. Les parents ne devraient ressentir aucune honte à avoir des sentiments dépressifs. En effet, ceux-ci sont normaux, car la parentalité entraîne de gros changements dans leur vie et de nouvelles responsabilités. Du fait qu'une meilleure auto-efficacité est un facteur de protection contre la dépression postpartum, les infirmières ou autres professionnels de la santé devraient avoir plus de connaissances sur ce concept. Ceci leur permettrait de l'utiliser dans la pratique pour prévenir et intervenir de manière adéquate sur la dépression postpartum. Un revenu correct, le soutien social, une bonne santé mentale, la multiparité et l'allaitement sont des prédicteurs pour une auto-efficacité parentale élevée. Les infirmières peuvent donc identifier les femmes à risque d'une dépression postpartum grâce à ces prédicteurs. De plus, des tests de dépistage, des formations pour les mères, des soins relationnels, du soutien social et des interventions propres à la culture devraient faire partie des interventions infirmières. Ceci leur permettrait d'augmenter l'auto-efficacité parentale afin de prévenir et réduire l'incidence de la dépression postpartum. Les soignants pourront donner une prise en charge individualisée et adaptée en fonction des différents prédicteurs de chaque parent. Finalement, les connaissances acquises grâce à cette revue littéraire, peuvent non seulement être utilisées en maternité, mais également dans les soins en général. En effet, les prédicteurs d'une bonne auto-efficacité peuvent être utilisés dans tous les domaines de la santé. Tout compte fait, ces connaissances nous sont utiles en tant qu'infirmières mais aussi en tant que personne dans la vie quotidienne pour aider des proches ou des ami(e)s.

Références

Association La RED. (2019). Network. Repéré à <https://www.associationlared.ch/network>

Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 3*(2), 368-376.

Barkin, J. L., & Wisner, K. L. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery, 29*(9), 1050-1055.

Bastien, V., Braconnier, M., & de Tyche, C. (1999). Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Evolution Psychiatrique, 64*(2), 289-307.

Bernard-Bonnin, A. C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health, 9*(8), 575-583.

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.

Choi, S. Y., Kim, E. J., Ryu, E., Chang, K. O., & Park, M. N. (2012). Postpartum depression and parental self-efficacy: A comparison of native Korean and Vietnamese immigrant mothers in Korea. *Journal of Transcultural Nursing, 23*(2), 181-187.

Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal, 15*(7), 866-875.

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, 101*(2), 91-97. doi:10.3917/rsi.101.0091

Etat de Fribourg. (2019). Migrant(e)s. Repéré à <https://www.fr.ch/cfss/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/migrantes>

Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. *Women & Health, 58*(2), 188-203. doi:10.1080/03630242.2017.1292340

Faure, K., Legras, M., Chocard, A. S., & Duverger, P. (2011). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La Revue du Praticien, 61*, 1-8.

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

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

- Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 321-330.
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences?. *Developmental Psychology*, 43(1), 1-12. doi: 10.1037/0012-1649.43.1.1
- Henshaw, E. J., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L., & Cooper, M. (2015). Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 511-518.
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2019). Qu'est-ce qu'une dépression périnatale. Repéré à <https://www.hug-ge.ch/depression-perinatale/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>
- Jenkins, M. (2015). A concept analysis of self-efficacy and adolescent sexual risk-taking behavior. *Nursing Forum*, 50(1), 31-36.
- Khoshnood, B., Bouvier-Colle, M.-H., Leridon, H. & Blondel, B. (2008). Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37(8), 733-747. doi : 10.1016/j.jgyn.2008.08.007
- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 43-49.
- La Croix. (2018). Abandon de la politique de l'enfant unique. Repéré à <https://www.la-croix.com/JournalV2/Abandon-politique-lenfant-unique-2018-08-30-1100964912>
- Lavoie, M. & Chouinard, M. (2012). Auto-efficacité. Dans : M. Formarier (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 83-85). Toulouse, France : Association de recherche en soins infirmiers.
- 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.
- Le Larousse Médical*. (2009). Paris, France : Larousse.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, Canada : ERPI.
- Manier, B. (2015). *Les femmes en Inde : une position sociale fragile, dans une société en transition*. Repéré à <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/le-monde-indien-populations-et-espaces/articles-scientifiques/les-femmes-en-inde-une-position-sociale-fragile-dans-une-societe-en-transition>

- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 175, 385-395.
- Meier Magistretti, C. & Schraner, M. (2016). *Die Rolle der Väter bei postnatalen Depressionen*. Repéré à https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/HSLU_2016_Rolle-der-Vaeter.pdf
- Menezes, F. L., De Oliveira, A. N., Lemos, L. A. P., Da Silva, M. R. S., & Rodrigues, E. D. F. (2011). Depressão puerperal: o conhecimento das enfermeiras e suas intervenções [Dépression puerpérale : la connaissance des infirmières et leurs interventions.] *Enfermagem Brasil*, 10(5).
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Repéré à <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
- Ngo, L. T. H., Chou, H. F., Gau, M. L., & Liu, C. Y. (2019). Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery*, 70, 84-91.
- Office familial Fribourg. (2019). Puériculture et Conseil aux parents. Repéré à <https://www.officiefamilial.ch/fr/services/puericulture/notre-offre>
- Office fédéral de la statistique. (2019). Naissances et décès. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, 303(19), 1961-1969. doi:10.1001/jama.2010.605
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364.
- Postnatale Depression Schweiz. (2019). Willkommen beim Verein Postnatale Depression. Repéré à <https://www.postnatale-depression.ch/de/>
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2016). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*, 57(2), 154-172.
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.

- Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(2), 22-25.
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 33(3), 475-476.
- Rowe, H. J., & Fisher, J. R. (2015). Prevention of postnatal mental health problems in women: knowledge exchange in primary care in Victoria, Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 26(1), 64-69.
- Rush, P. (2012). The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 322-327.
- 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.
- Séguin, L., & Cossette, L. (1991). La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux. *Santé Mentale au Québec*, 16(1), 149-164.
- Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015^a). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1260-1273.
- Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015^b). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1604-1622.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Repéré à https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
- Tazouti, Y., & Jarlégan, A. (2010). Sentiment de compétence parentale, participation parentale au travail scolaire et performances scolaires de l'enfant. *La Revue Internationale de l'Education Familiale*, 28(2), 23-40. doi:10.3917/rief.028.0023
- Vieira, E. D. S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., Lucca, M. M. D., & Silva, I. A. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.
- World Health Organization. (2019). Public Health Services. Repéré à <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>

Zhang, Y., & Jin, S. (2016). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology, 21*(5), 720-726.

Zulkosky, K. (2009). Self-efficacy: a concept analysis. *Nursing Forum, 44*(2), 93-102.

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

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

Lieu, date et signature

Fribourg, le 10 juillet R. Itter

Lieu, date et signature

Fribourg, le 10 juillet N. Woltz

Rapport-Gratuit.com

Appendice B

Grilles d'analyse et lecture critique des articles

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

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Azmoode, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. <i>Journal of Midwifery and Reproductive Health</i> , 3(2), 368-376.
Introduction Problème de recherche	La culture a un impact important sur la notion de maternité. Par conséquent, la contribution de plusieurs variables à l'auto-efficacité varie selon les cultures. Compte tenu de la rareté des études réalisées sur ce sujet en Iran et de l'importance de cette question, cette étude vise à déterminer les prédicteurs de l'auto-efficacité maternelle au début de la maternité.
Recension des écrits	<p>Selon la théorie d'apprentissage social de Bandura sur l'auto-efficacité, la croyance des parents en leur capacité d'exercer un contrôle sur leur propre fonctionnement peut éventuellement aboutir à une auto-efficacité parentale souhaitable.</p> <p>Selon le modèle d'interactions mère-enfant de Barnard, l'auto-efficacité est également influencée par différents facteurs (les caractéristiques de la mère, les caractéristiques du nourrisson et les facteurs environnementaux). Plusieurs études ont été menées sur l'impact de ces facteurs sur l'auto-efficacité, mais la plupart d'entre elles ont donné des résultats contradictoires.</p> <p>Un certain nombre d'études ont proposé que les caractéristiques maternelles telles que l'âge, l'état matrimonial, l'éducation, la dépression, le stress, l'anxiété, la parité, l'expérience de l'accouchement de la mère et la compréhension de l'état du nourrisson étaient les facteurs les plus influents sur l'auto-efficacité des parents. Certaines de ces constatations ne concorde pas avec d'autres études.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre de cette étude est fondé sur le modèle d'interaction parents-enfants de Barnard et sur la théorie socio-cognitive de Bandura.
Hypothèses/question de recherche/buts	Il y a peu de données sur les facteurs qui influencent la perception des parents quant à leur efficacité. Par conséquent, cette étude vise à examiner les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale au début de la période postnatale chez les femmes iraniennes.

Méthodes Devis de recherche	Recherche quantitative. (Une partie qualitative a été utilisée seulement pour valider un questionnaire (le ICQ PES)).
Population, échantillon et contexte	Cette étude a été menée sur 150 femmes primipares volontaires, dans 5 centres de santé de Mashhad (Iran) de février à novembre 2013. Critères d'inclusion : capacité de lire et d'écrire, tranche d'âge entre 18 et 35 ans, première grossesse, avoir un conjoint ainsi qu'avoir un nourrisson en bonne santé, sans anomalies. Critères d'exclusion : consommation de drogues et d'alcool, tabagisme, réadmission de la mère et du nourrisson à l'hôpital pour une raison quelconque, antécédents d'infertilité, troubles mentaux et médicaux
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les mères ont dû remplir des questionnaires de données démographiques, obstétriques et gynécologiques ainsi que des questionnaires sur les nourrissons. L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) a été utilisée pour vérifier l'état dépressif de la mère. Une échelle multidimensionnelle du soutien social perçu, composée de 12 items a été utilisée pour évaluer la source du soutien social fourni par la famille, les amis de la mère ainsi que le soutien social en général. Pour les nourrissons, c'est le questionnaire de Bates composé de 24 items et de 7 degrés (81=meilleur, 7=pire) qui a été utilisé pour évaluer le tempérament de l'enfant. L'enquête sur les attentes des parents, composée de 25 questions, a été utilisée pour mesurer l'auto-efficacité maternelle. La mère a également rempli un questionnaire comportant 11 questions et 2 degrés afin d'évaluer sa satisfaction à l'égard de la grossesse et de l'accouchement.
Déroulement de l'étude	Les différents questionnaires ont été remplis par les mères dans les 30 minutes après les soins postnataux.
Considérations éthiques	Participation volontaire et consentement éclairés de la part des participantes.
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse des données a été effectuée à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman et d'une régression par étapes à l'aide du logiciel SPSS. De plus, des statistiques descriptives, des fréquences et des mesures de tendance centrale ont été calculées. Lors de la régression par étape, à chaque étape, la variable ayant la plus grande p-value du modèle a été supprimée et le modèle final a été obtenu après plusieurs étapes d'analyse. Pour entrer les variables qualitatives dans le modèle de régression, le codage artificiel était la méthode de choix. Dans tous les tests, le niveau de signification de la p-valeur a été considéré inférieur à 0.05

Présentation des résultats	<p>Dans cette étude, l'âge moyen des sujets était de $24,49 \pm 3,44$ans et leurs conjoints de $28,45 \pm 3,14$ans. La plupart d'entre elles étaient des diplômées du secondaire (47,4%) et des femmes au foyer (94,7%). De plus, plus de la moitié des nourrissons étaient des filles (52,6%). Toutes les mères ont accouché à terme et seulement 2,2% des nourrissons pesaient moins de 2500 grammes. Environ 88,4% des sujets et 90,5% de leurs partenaires étaient disposés à avoir un enfant.</p> <p>D'autre part, 50,5% des nourrissons sont nés par voie basse, tandis que 27,4% et 22,1% sont nés par césarienne planifiée et par césarienne d'urgence. Environ 17,9% des mères avaient déjà pris soin d'un nourrisson avant leur propre enfant.</p> <p>Les résultats du test T indépendant n'ont révélé aucune différence significative entre l'auto-efficacité et le statut d'emploi de la mère ($P=0,460$), la volonté de la mère et du conjoint pour la grossesse ($P= 0,938$; $P=0,933$), l'expérience antérieure en soins du nourrisson ($P=0,121$), la satisfaction de la mère quant au sexe de l'enfant ($P=0,0117$) et celle du conjoint quant à son sexe ($P=0,924$). → Résultats pas significatifs</p> <p>Par contre, il y avait une différence significative entre l'auto-efficacité et le revenu de la famille. Par conséquent, on a observé que l'auto-efficacité était plus élevée chez les sujets dont le revenu moyen était plus élevé que chez les familles à faibles revenus ($P=0,031$). Les scores d'auto-efficacité étaient plus élevés chez les femmes ayant un nourrisson de sexe féminin ($186,15 \pm 28,51$) que chez celles ayant un nourrisson de sexe masculin ($170,49 \pm 37,45$) ($P= 0,025$).</p> <p>Selon les résultats d'un test t indépendant, une auto-efficacité inadéquate a été observée chez les mères souffrant de dépression postpartum ($166,6,21 \pm 32,92$) comparativement à celles qui n'en souffrent pas ($187,73 \pm 31,29$) ($P=0,002$).</p> <p>On peut en conclure, en comparaison avec des femmes qui n'ont pas de signes de dépression (selon échelle), que les femmes avec signes de dépression (toujours selon échelle utilisée) montrent une moins bonne auto-efficacité.</p> <p>Selon les résultats de l'analyse de variance, il y avait une différence significative entre l'auto-efficacité et le niveau d'instruction. Les scores moyens d'auto-efficacité étaient plus élevés chez les mères sans diplômes d'études secondaires que chez celles qui avaient fait des études collégiales ou universitaires ($P=0,049$) ; toutefois, selon les résultats de ce test, aucune différence significative n'a été observée entre les scores moyens d'auto-efficacité, le mode de prestation ($P=0,130$) et la participation des conjoints aux services de garde ($P=0,603$).</p> <p>De plus, les résultats du coefficient de corrélation de Pearson et de Spearman n'ont révélé aucune corrélation significative entre l'auto-efficacité et l'âge de la mère ($P=0,522$), l'âge du nourrisson ($P=0,418$), la satisfaction</p>
----------------------------	--

	<p>à l'égard de la grossesse (P=0,095) et le soutien social perçu (P=0.436) et les sous échelles de soutien perçu du support de la famille et du mari (p>0.05).</p> <p>Or, les mêmes résultats ont montré des corrélations significatives entre l'auto-efficacité et le tempérament de l'enfant (p=0.001), la satisfaction avec l'accouchement (p=0.007) et les sous échelles du support social des amis (p=0.037).</p> <p>En ce qui concerne le modèle de Barnard, seules quatre variables ont été considérées comme des prédicteurs adéquats de l'auto-efficacité, notamment le tempérament perçu du nourrisson, le sexe du nourrisson, le niveau d'instruction des parents (sous le niveau secondaire) et la dépression maternelle.</p> <p>La variance maximale de l'auto-efficacité a été estimée à 28,1%. A cet égard, les résultats de l'analyse régression par étapes ont indiqué que les caractéristiques du nourrisson, en tant que prédicteur le plus puissant, ne permettaient de prédire que 11,6% de la variance de l'auto-efficacité.</p> <p>Au cours de la troisième étape des tests, le sexe du nourrisson (19,3%) et le niveau d'instruction de la mère (sous le niveau secondaire) pouvaient prédire 24,4% de l'écart d'auto-efficacité des parents. Enfin, avec le risque supplémentaire de dépression maternelle à la quatrième étape, 28,1% de la variance a également été prévue.</p> <p>En augmentant chaque point du score total des caractéristiques perçues du nourrisson à la quatrième étape des tests, le scores d'auto-efficacité diminueraient à -0,314 (P=0,000). Le score moyen d'auto-efficacité chez les mères ayant un nourrisson de sexe féminin était significativement plus élevé (P=0,224) que chez celles ayant un nourrisson de sexe masculin (P=0,024).</p> <p>De plus, les scores d'auto-efficacité étaient plus élevés chez les mères sans diplômes d'études secondaires (P=0,228), comparativement à celles ayant fait des études collégiales ou universitaires (P=0,047)</p> <p>Enfin, les mères non-dépressives ont obtenu des scores d'auto-efficacité plus élevés (P=0,198) que les mères dépressives (P=0,047)</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude sont présentés selon le modèle de Barnard :</p> <p>Caractéristiques maternelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le niveau d'instruction de la mère, la satisfaction de la mère à l'accouchement et la dépression maternelle sont des prédicteurs importants de l'auto-efficacité dans cette étude. - L'âge maternel, le statut d'emploi de la mère, la volonté des parents d'avoir un enfant, la satisfaction de la mère à l'égard de la grossesse ainsi l'expérience antérieur des soins aux enfants ne sont pas des prédicteurs de l'auto-efficacité <p>→ L'âge de la mère, la volonté des parents d'avoir un enfant, l'expérience antérieur des soins aux enfants, l'état dépressif de la mère et la satisfaction de la mère à l'égard de la grossesse n'ont pas les mêmes résultats</p>

	<p>dans d'autres études faites à ce sujet. Il se peut que ces incohérences viennent de la taille de l'échantillon de l'étude ou alors à la différence de la définition postnatale des différentes études.</p> <p>Caractéristiques du nourrisson :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le sexe du nourrisson est le seul prédicteur de l'auto-efficacité par rapport aux caractéristiques du nourrisson. - La perception maternelle du tempérament de l'enfant, la satisfaction quant au sexe du nourrisson ainsi que l'âge du nouveau-né n'ont aucune corrélation avec l'auto-efficacité maternelle/parentale. <p>→ Le sexe du nourrisson, le tempérament de l'enfant ainsi que l'âge de l'enfant n'obtiennent pas les mêmes résultats dans des études similaires.</p> <p>Facteurs environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le soutien social perçu, ce qui indique le rôle clé des amis et de la famille pour les femmes primipares, la situation financière, - Le soutien social perçu de la famille et l'aide du conjoint dans les soins aux nourrissons ainsi que le mode d'accouchement ne montrent pas de corrélation significative avec l'auto-efficacité parentale/maternelle <p>→ Le soutien social perçu de la famille ainsi que l'aide du conjoint dans les soins aux nourrissons et la situation financière obtiennent des résultats différents dans d'autres études. Cette incohérence est probablement due aux différents outils de mesure utilisés dans les différentes études.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <p>Cette étude présente certaines limites ; les variables comme l'attachement maternel, l'auto-efficacité générale et l'estime de soi n'ont pas été évaluées chez les sujets. Il faudrait que d'autres questionnaires soient remplis afin d'évaluer ces facteurs.</p> <p>Ensuite, les résultats de cette étude ne sont pas généralisés, puisque les sujets étaient des femmes à faible risque dont la grossesse et l'accouchement n'étaient pas compliqués</p> <p>De plus, les chercheurs ont tendance à faire confiance à la perception maternelle du tempérament et du soutien social de l'enfant plutôt qu'à la mesure objective. C'est pour cela que d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer les résultats de cette étude, ainsi que pour découvrir d'autres facteurs influençant l'auto-efficacité maternelle en Iran.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Puisque que les principaux prédicteurs de l'auto-efficacité maternelle sont la dépression maternelle, le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère et le tempérament de l'enfant, une analyse plus approfondie de ces facteurs est cruciale.</p>

	De plus, les parents qui courent le risque d'une faible auto-efficacité doivent faire l'objet d'un dépistage au moyen d'entrevues face à face ou avec l'aide d'instruments validés dans les hôpitaux et les centres de soins, afin de créer des occasions d'identifier et d'offrir des programmes prioritaires d'intervention et d'éducation de santé.
Remarques	

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	Azmoode, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. <i>Journal of Midwifery and Reproductive Health</i> , 3(2), 368-376.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui le titre indique que l'étude parlera des prédicteurs de l'auto-efficacité maternelle dans la période postpartum immédiate en Iran.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il est facile de comprendre le but, la méthode et les résultats de cette étude juste en lisant le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Différentes échelles, la théorie de Bandura ainsi que le modèle mère-enfant de Barnard sont présentés afin d'introduire la thématique.
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			Plusieurs études faites sur le même sujet sont présentées brièvement. Celles-ci permettent de comprendre les motivations des chercheurs et à argumenter leurs variables.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les théories de Bandura et de Barnard sont présentées et utilisées dans cette étude.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette étude est clairement formulé.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est clair dès le début que cette étude est quantitative. Il y a une partie qualitative qui a été utilisée pour valider le contenu de l'échelle ICQ.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Le sexe, le nombre, ainsi que l'âge de la population choisie sont formulés de manières précises
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Une étude pilote a été menée avant celle-ci mais aucune statistique n'est présentée.
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			Tous les questionnaires utilisés pour la récolte de données sont présentés
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les variables que l'étude veut analyser sont mesurables grâce à ces questionnaires.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Le moment choisi pour évaluer les femmes primipares à l'aide de questionnaires n'est pas explicité concrètement. 30minutes après les premiers soins postnataux → que cela signifie-t-il ?

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X		Toutes les mesures éthiques ont été prises et présentées.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		Tous les chiffres sont présentés sous forme de pourcentage ou avec une valeur p
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Trois tableaux présentent les différentes variables de cette étude. Par contre, les chiffres sont présentés en perse ; pour les déchiffrer il nous a fallu faire traduire le tableau grâce à un site de traduction.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Les résultats sont présentés sur le modèle de Barnard. Ils sont également interprétés /comparés à Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Pour chaque grand facteur, les résultats sont comparés à d'autres études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites de cette étude sont définies.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les plus grands facteurs influençant sont généralisés dans la conclusion
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X	Les chercheurs recommandent seulement de faire des recherches plus approfondies et plus subjectives sur le sujet.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Par rapport aux limites de cette étude ainsi que pour continuer la recherche dans cette direction, les chercheurs font des recommandations
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est agréable à la lecture ainsi qu'à l'analyse.
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	Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M. & Johnston, C. (2008). Predictors of Early Parenting Self-efficacy. <i>Nursing Research</i> , 57(4), 252-259.
Introduction Problème de recherche	L'auto-efficacité parentale a été identifiée comme un déterminant positif pour un meilleur comportement parental. Or, il y a peu d'études qui investiguent ce concept dans la période postpartum. Avec plus de connaissances sur les facteurs qui prédisent l'auto-efficacité parentale, les infirmières pourront évaluer le risque pour une auto-efficacité parentale basse et intervenir de manière efficace.
Recension des écrits	<p>L'auto-efficacité parentale peut être définie comme la croyance d'un parent en sa capacité d'organiser et d'exécuter les tâches reliées à la parentalité. Selon les études la définition n'est pas claire, les termes comme les compétences parentales perçues et la confiance sont souvent utilisées lors de la définition de l'auto-efficacité. Elles sont reliées mais ne sont pas identiques. L'auto-efficacité est vraiment la propre capacité à se juger. Beaucoup de parents sont capable de gérer le challenge de la parentalité mais certains sont surchargés et perdent la joie dans la parentalité. Ces parents peuvent devenir psychologiquement indisponibles et cela peut avoir un effet sur l'aspect physique, socio émotionnel et sur le développement cognitif de l'enfant. Les parents avec une meilleure auto-efficacité sont capables d'utiliser leurs ressources pour gérer la situation. Une mère qui se sent efficace dans son rôle de mère aura plus de succès pour créer une relation avec son enfant et de comprendre son enfant. L'auto-efficacité maternelle, les compétences perçues et la confiance ont été identifiées comme la corrélation centrale pour l'adaptation à la parentalité, l'attachement mère-enfant et la satisfaction du rôle de parents et de l'enfant.</p> <p>Une personne avec une auto-efficacité basse aura tendance à se soucier des résultats négatifs, ce qui diminuera ses efforts et l'efficacité. Une auto-efficacité basse a été associée avec une efficacité parentale diminuée, un attachement incertain, et un sentiment d'impuissance.</p> <p>Les prédicteurs de l'auto-efficacité sont différents dans chaque étude, certains trouvent que l'âge de la mère a un effet alors que d'autres non. Une éducation plus élevée a été associée avec une auto-efficacité plus basse.</p>

	<p>Un statut socio-économique haut a été associé avec une auto-efficacité basse. Alors que d'autres études ne trouvent aucune relation. Être marié et avoir une bonne relation avec son partenaire sont associés avec une haute auto-efficacité. Selon des études la multiparité est associée avec une auto-efficacité basse alors que d'autres trouvent aucune relation. Le tempérament de l'enfant peut aussi avoir une influence sur l'auto-efficacité. Peu d'auteurs ont recherché l'auto-efficacité à 1 mois postpartum. Selon une étude, une bonne auto-efficacité prénatale est associée avec une bonne auto-efficacité parentale à 1 mois. Aucune étude n'a trouvé de liens entre l'auto-efficacité et l'expérience vécue de la naissance avec la mère. Une meilleure auto-efficacité parentale a été associée avec un meilleur comportement parental mais peu d'études ont été conduites sur le début de la parentalité.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>3 théories de l'auto-efficacité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'auto-efficacité de Bandura 2) L'auto-efficacité de Sherer & al. 3) L'auto-efficacité de Woodruff and Cashman
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité maternelle parentale à 12h, 48h et à 1 mois postpartum. Les questions de recherche sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Quels sont les prédictifs de l'auto-efficacité parentale à 12h, 48h après la naissance ? b) Dans un sous-groupe de femmes avec des perceptions négatives ou positives de la naissance, quels sont les prédictifs de l'auto-efficacité parentale à 1 mois postpartum ?
Méthodes Devis de recherche	<p>Une étude de cohorte prospective. Quantitatif</p>
Population, échantillon et contexte	<p>Un échantillon de 652 mères a été recruté d'hôpitaux, et un sous échantillon de 175 mères ont été assigné à la cohorte basée sur la perception positive ou négative de la naissance. Les données étaient collectées entre 12h à 48h et à 1 mois postpartum.</p> <p>Les données étaient collectées dans deux départements postpartum de deux hôpitaux généraux de Prince Edward Island au Canada. Dans un hôpital, après la naissance les mères sont transférées dans une unité postpartum avec leur nouveau-né et des infirmières s'occupent d'eux. Dans le deuxième hôpital, les mères ont</p>

	<p>les soins postpartum au même endroit qu'ou elles ont accouché et c'est la même infirmière qui s'occupe de tout le suivi. La collecte de données à 1 mois postpartum a été faite chez les mères.</p> <p>Toutes les mères qui ont accouché entre octobre 2004 à décembre 2005 ont été évaluées pour l'inclusion. Les mères étaient incluses si elles avaient eu une naissance vaginale, césarienne par urgence ou planifiée. Elles avaient plus de 15 ans et pouvaient lire et parler l'anglais et donner leur consentement. Elles étaient exclues si elles avaient des maladies : avaient reçu une anesthésie générale : quittaient la province d'ici 1 mois : ont accouché d'un enfant mort-né : ont eu des enfants prématurés <37 semaines de gestion : avaient des enfants qui étaient de <2500g : ont eu des jumeaux : des enfants avec des anomalies, maladies ou des lésions, ou des enfants adoptés.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données démographiques et obstétriques ont été enregistrées par les mères après la charte de consentement. L'auto-efficacité parentale, la perception de l'expérience de la naissance, la relation avec le partenaire, le support du partenaire, le contentement de l'enfant et l'auto-efficacité ont été mesurés par auto-rapport. Les assistants de recherche évaluaient souvent le cardex d'informations des patientes, et les femmes qui étaient éligible étaient approchées entre 12 à 14 heures après la naissance. Celles qui étaient d'accord de participer ont complété un questionnaire et devaient ensuite le rendre aux infirmières dans une enveloppe fermée. Les femmes du sous-échantillon ont été contactées à 3,5 semaines postpartum pour organiser une visite à 1 mois postpartum chez eux. Si les mères ne répondaient pas aux appels ou refusaient la visite, elles n'avaient plus de suivi.</p> <p>PES : auto-efficacité : 25 items, échelle type Likert de 0 (ne peut pas) à 10 (peut facilement). La fiabilité du test-retest n'était pas calculée à cause des fondements théoriques que l'auto-efficacité peut changer avec le temps. L'alpha de Cronbach est de .90 à 2 à 3 semaines postpartum et .91 à 1 mois.</p> <p>Questionnaire mesurant les attitudes de l'accouchement et la naissance : la perception de l'expérience de la naissance : 29 items mesurent l'attitude avec 5 points de type d'échelle Likert. Plus le score est haut, plus l'expérience de l'accouchement est positive, avec un score total allant de 29 à 145. L'alpha de Cronbach allait de .76 à .87. Les femmes ayant donné naissance par césarienne ont répondu à un questionnaire modifié. Dans cette étude, les scores en cours et l'affectation sont basés sur un cut-off de < et > 1 déviation standard de la moyenne de l'étude pilote (négatif <87 ; positif>112).</p>

	<p>L'Echelle d'auto-efficacité : l'auto-efficacité en générale : 17 items sur l'auto-efficacité en générale et des mesures sur des caractéristiques personnelles qui sont reliés à l'auto-efficacité mais pas synonyme. L'alpha est de .86 et les scores possibles vont de 17 à 85.</p> <p>Les calculs étaient basés sur l'alpha de .05 et un pouvoir de .80. Pour établir une cohorte des perceptions de l'accouchement positive ou négative des femmes, un sous-échantillon de 160 participants était demandé. Un échantillon total de 652 a été recruté pour obtenir le sous-échantillon vu que la plupart des femmes ont eu des perceptions neutres de l'accouchement. 10 participantes par prédicteur étaient nécessaires pour le modèle de régression.</p>
Déroulement de l'étude	<p>1442 femmes qui ont accouché dans l'hôpital durant l'étude étaient évaluées pour éligibilité, à part 31 qui sont sorties plus tôt. Des 1411 qui restaient, 195 était non éligible, et 46% des femmes éligibles ont refusé de participer. Les autres raisons pour les refus incluaient des femmes non intéressées, trop occupées, n'aimaient pas les enquêtes ou ne voulaient pas de visite à la maison. Les 652 qui restaient ont participé à la récolte de données à l'hôpital. 91 des 652 étaient évaluées à la cohorte négative ; 11 étaient perdues pour le suivi (n=80). 102 femmes étaient mises dans la cohorte positive, dont 7 étaient perdues pour le suivi (n=95). Les raisons pour la perte du suivi étaient des mères qui n'étaient pas bien, trop occupées, trop fatiguées ou qui déménageaient.</p>
Considérations éthiques	<p>Les considérations éthiques ont été approuvées par quatre hôpitaux et universités de recherches et d'éthiques. L'écrit et le consentement éclairé obtenu à l'hôpital ont été reconfirmés avant la récolte de données à la maison des mères.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Après avoir entré et trié les données, elles étaient analysées avec le SAS version 9.1. Des statistiques descriptives étaient calculées pour déterminer la distribution des variables, l'évaluation des valeurs aberrantes et décrire l'échantillon. La distribution des scores moyens des deux variables de l'auto-efficacité parentale (naissance et 1 mois postpartum) étaient évaluées et biaisées négativement : les deux variables étaient donc dichotomisées.</p> <p>Question de recherche 1 : a été rajouté en utilisant le logistique de régression multiple avec l'échantillon au complet. Les variables indépendantes se sont montrées des cadres théoriques et sont listées dans le tableau 1. Une statistique bivariée statistique était calculé pour les variables indépendantes et résultats des variables pour déterminer la relation avant la modélisation. Un modèle maximum a été développé avec toutes les</p>

	<p>variables indépendantes. Les variables avec un $p < .05$ ont été gardées dans le modèle et tous les autres ont été enlevées. Chaque fois qu'une variable était enlevée, les changements dans toutes les betas coefficients restants étaient évalués. Quand le coefficient d'une variable changeait à plus de 10%, il était remis dans le modèle. Pour évaluer le modèle, des variables continues étaient évaluées pour linéaire dans le logit. Si une variable n'était pas linéaire, elle était catégorisée basé sur les quartiles et le jugement clinique et le modèle était réanalysé.</p> <p>Question de recherche 2 : Pour cette question, ils ont utilisé le logistique de régression multiple avec le sous échantillon des femmes. La perception de la naissance était une variable catégorique dans le modèle 2 car à 1 mois, l'échantillon consistait de femmes qui avaient seulement eu des naissances positives ou négatives. Le reste des analyses était semblable que pour le modèle 1.</p>
Présentation des résultats	<p>Description de l'échantillon : dans les 652 mères l'âge allait de 16 à 43 ans, avec une moyenne d'âge à 28.4. 56.4% étaient multipares. 73.2% étaient mariées ou dans une relation, 76.5% avaient un bon salaire, 76.6% avaient eu des études au collège ou à l'université. 73.3% ont données naissance par voie vaginale. 31.9% avaient fait des cours prénataux avec cette grossesse et 36% avaient fait pour la dernière grossesse. 32.1% n'ont pas fait de cours. Le sous échantillon de 175 femmes n'était pas significativement différent, quand c'était comparé avec l'échantillon total et les caractéristiques démographiques et obstétriques.</p> <p>L'auto-efficacité parentale après l'accouchement : l'âge, le revenu, être en couple ou marié sont des prédictors de l'auto-efficacité parentale, la perception de l'expérience de l'accouchement, l'auto-efficacité générale et la relation avec son partenaire sont significativement corrélés avec l'auto-efficacité parentale. Multipares étaient 2 à 5 fois plus aptes à avoir un score d'auto-efficacité plus élevée que les primipares (OR=3.35, Intervalle de confiance CI=2.18, 5.13). Les femmes avec une auto-efficacité générale élevée avaient 1 à 2.6 fois plus de chance d'avoir une auto-efficacité parentale élevée (OR= 1.72, CI= 1.13, 2.62). Celles qui trouvaient avoir une relation excellente avec leur partenaire avaient 1 à 2.4 fois plus de chance d'avoir une auto-efficacité parentale élevée (OR=1.60, CI=1.06, 2.41) Finalement, la perception de la naissance, les femmes avaient 1 à 1.1 fois plus de chance d'avoir un score d'auto-efficacité parentale haute. (OR=1.04, CI=1.02, 1.05).</p> <p>L'auto-efficacité parentale à 1 mois postpartum : l'âge et le couple sont des prédictors de l'auto-efficacité parentale et la perception de la relation avec le partenaire et le contentement avec l'enfant étaient</p>

	<p>significativement corrélés avec l'auto-efficacité. Les femmes de >30 ans avaient 24%-89% moins de chance d'avoir un score d'auto-efficacité parentale haut contrairement aux femmes de < 30 ans (OR = 0.29, CI = 0.11, 0.76). Les multipares avaient 1 à 7 fois plus de chance d'avoir une auto-efficacité parentale élevée plutôt que les primipares (OR=2.67, CI = 1.01, 7.08). Les mères qui trouvaient que leur enfant avait l'air content avaient plus de chance de 1.7 à 9 fois pour avoir une auto-efficacité parentale élevée (OR=3.83, CI= 1.65, 8.87). Finalement, les femmes ayant une relation excellente avec leur partenaire avaient 1 à 11 fois plus de chance à avoir une auto-efficacité parentale élevée (OR=3.50, CI=1.10, 11.12).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>En comparant les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale directement après la naissance et à 1 mois postpartum, il y avait 2 similarités et plusieurs différences. Les deux endroits disaient que la multiparité était un prédicteur de l'auto-efficacité parentale. Ce résultat est en accord avec la théorie, qui suggère que l'auto-efficacité est améliorée par les performances accomplies ou les succès antécédents (Bandura). L'association entre la perception de la relation avec le partenaire et l'auto-efficacité parentale après la naissance et à 1 mois postpartum ont aussi été reportés. D'après Bandura, l'auto-efficacité est améliorée par la persuasion verbale (sociale). Si une femme pense que sa relation avec son partenaire est bien, et si le ou la partenaire dit qu'elle est une bonne mère, par exemple, elle aura tendance à avoir une meilleure auto-efficacité parentale.</p> <p>Le statut martial célibataire, n'a pas été reporté dans la littérature comme un prédicteur de l'auto-efficacité, une étude a trouvé que la compétence parentale est plus basse chez les mères célibataires.</p> <p>Une auto-efficacité générale influence l'auto-efficacité parentale de la mère.</p> <p>La perception de la naissance n'a pas été corrélé avant avec d'autres études par rapport à l'auto-efficacité. Or, des recherches ont trouvé que l'estime de soi et la confiance peuvent améliorer une expérience positive de l'accouchement. L'étude montre qu'un accouchement positif augmente l'auto-efficacité parentale.</p> <p>A 1 mois postpartum, un âge plus jeune est un prédicteur de l'auto-efficacité parentale. La littérature n'est pas toujours d'accord avec ça mais 2 études ont trouvé le même résultat.</p> <p>La perception du contentement de l'enfant était significativement corrélée avec l'auto-efficacité parentale. Si un enfant a un tempérament difficile et il est difficile de s'en occuper, une mère se sentira moins efficace dans son rôle de parent et vice versa. Par contre une mère qui a une auto-efficacité parentale élevée pourra mieux s'occuper de son enfant et percevra peut-être l'enfant comme étant plus content.</p>

	<p>Ce n'est pas clair pourquoi la perception de la naissance n'est pas un prédicteur de l'auto-efficacité parentale à 1 mois. L'impact de la naissance peut diminuer avec le temps étant donné que la femme acquiert de l'expérience dans son rôle de parent. Il est aussi peu clair pourquoi l'auto-efficacité en générale n'est pas un prédicteur de l'auto-efficacité parentale à 1 mois. Vu que la mère a plus d'expérience dans le rôle de mère, son auto-efficacité parentale peut être moins influencée que par son auto-efficacité en général.</p>
Forces et limites	<p>Pour conclure, les résultats suggèrent que le cadre théorique montre une crédibilité et une adéquation empirique. L'auto-efficacité parentale après la naissance était prédite par des tâches spécifiques, générales et le domaine de l'auto-efficacité : or la relation à 1 mois était moins claire et demande plus d'investigation. Le concept du domaine de l'auto-efficacité est intrigant et demande plus de développement. 46% des femmes éligibles ont refusé la participation. En comparant avec des non participants, l'échantillon final représentait 7% de naissance par césarienne et 10.7% avec des complications. Bien que cela ait du sens qu'elles n'ont pas participé, due au temps de récupération, il est possible qu'elles aient été plus négatives par rapport à leur expérience, ce qui aurait pu avoir un effet sur les résultats.</p> <p>Aussi, les résultats sont généralisables seulement aux femmes caucasiennes qui sont en bonne santé, à terme, et ont un enfant qui pèse >2500 g et qui ont accouché dans un environnement où il y a un suivi un à un avec l'infirmière pour l'accouchement comme soin standard.</p> <p>Ils sont par contre généralisables à travers le spectre de la femme avec le respect de la parité, le statut matrimonial, l'éducation et le revenu.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les preuves amenées par cette étude ont des conséquences directes sur les soins infirmiers et les familles avec des enfants. Dans la période postpartum, les infirmières peuvent évaluer les mères qui sont à risque d'avoir une auto-efficacité basse en se basant sur les prédicteurs de l'auto-efficacité. Des cours et du support en plus peuvent être bénéfiques pour les personnes à risque d'avoir une auto-efficacité basse. Par exemple, les primipares ont plus de chance d'avoir une auto-efficacité basse que les multipares. Du coup, les infirmières peuvent travailler sur les domaines inquiétants pour eux. Ceci signifie non seulement des cours à l'hôpital mais aussi un suivi dans la communauté. Les femmes qui ont une relation pauvre avec leur partenaire sont plus à risque d'avoir une auto-efficacité basse, un support additionnel et une intervention pour booster l'auto-efficacité parentale peut aider.</p>

	L'étude trouve des prédicteurs importants pour l'auto-efficacité parentale. La perception de l'accouchement est modifiable, c'est pourquoi les infirmières ont le potentiel de créer une expérience positive d'accouchement pour toutes les femmes pour augmenter l'auto-efficacité parentale. Elles peuvent aussi évaluer les femmes à risque et intervenir en amenant des cours, du support et des interventions pour booster l'auto-efficacité parentale. Le cadre théorique demande plus de recherche pour l'adéquation empirique. Des recherches en plus concernant l'influence de la perception de la naissance sur l'auto-efficacité parentale est nécessaire pour répliquer les recherches trouvées dans cette étude et de clarifier la relation diminuée à 1 mois.
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. <i>Nursing Research</i> , 57(4), 252-259.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Il précise le concept, mais pas la population et le problème spécifiquement.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui il synthétise clairement les différentes parties.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, le problème de recherche est clairement formulé.
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 synthèse se base sur des études antérieures.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Oui, le concept de l'auto-efficacité est défini. Il ne suit pas directement une théorie infirmière.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les questions de recherche et le but sont clairement formulés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Oui, c'est une étude de cohorte transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui la population est définie de façon précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui il est décrit de façon détaillée avec les critères d'inclusions et d'exclusions.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, elle est justifiée par une base statistique.
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, ils sont décrits clairement.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, ils sont en liens avec les variables à mesurer.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Seulement l'échantillon est décrit pas à pas.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Oui, les considérations éthiques ont été approuvés par 4 hôpitaux et universités de recherches et d'éthiques.
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 sont entreprises pour répondre à chaque question de recherche.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de résumé narratif.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui ils sont présentés selon le cadre conceptuel de l'auto-efficacité de Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, ils sont interprétés au regard des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Oui, ils abordent brièvement une limite de l'étude, peut-être qu'il pourrait y avoir d'autres limites encore.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, ils abordent la question de la généralisation des conclusions.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, ils traitent des conséquences de l'étude sur la pratique infirmière.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, ils font des recommandations pour les recherches futures.
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 est bien détaillée.
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	Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 15(7), 866-875.
Introduction Problème de recherche	<p>La dépression post-partum, une complication courante après l'accouchement dans les pays développés, qui touche 10 à 15% de toutes les nouvelles mères. La dépression post-partum est associée à l'anxiété, aux attitudes maternelles négatives, à une mauvaise efficacité parentale et à un risque accru d'épisodes dépressifs futurs. La dépression postpartum peut nuire à la relation mère-enfant, ce qui peut augmenter le risque de retard du développement cognitif et de problèmes de comportement chez l'enfant. Elle peut aussi nuire au rôle parental et à la satisfaction des deux partenaires dans leur relation conjugale.</p> <p>Cette étude émet l'hypothèse que la combinaison des facteurs de risques les plus prédictifs de dépression postpartum subclinique peut être différente de ceux qui prédisent les femmes à risque de dépression postpartum majeure. Si les femmes à risque de dépression subclinique sont identifiées par des facteurs de risque différents de ceux qui identifient celles à risque de dépression majeure, alors, des approches efficaces de prévention, de soutien et de traitement peuvent aussi exiger des stratégies différentes.</p>
Recension des écrits	<p>La 4ème édition du Manuel diagnostique et statistique (DSM-IV) précise qu'un diagnostic clinique actuel de dépression post-partum majeure nécessite la présence de cinq symptômes dépressifs soutenus pendant au moins deux semaines et que l'un de ces symptômes doit être soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.</p> <p>Une étude prospective récente menée auprès de femmes présentant divers degrés de symptomatologie dépressive a suggéré que les femmes souffrant de dépression postpartum subclinique éprouvent des effets négatifs, de l'anxiété, une mauvaise estime de soi et moins de confiance dans leur rôle maternel, comme les femmes souffrant de dépression majeure. Des études dans la population générale rapportent que les</p>

	<p>personnes souffrant de dépression subclinique présentent un fonctionnement psychosocial compromis qui peut être comparable à celui des personnes souffrant de dépression majeure.</p> <p>Les facteurs de risque spécifiques de dépression postpartum majeure ont été examinés en profondeur, bien qu'aucune étude n'ait identifié de facteurs de risque spécifique à la dépression postpartum subclinique. Bien qu'il soit généralement admis par les cliniciens et les chercheurs que la dépression postpartum subclinique et majeure représente le mieux les points sur un continuum de symptômes dépressifs, rien n'indique que les facteurs de risque de dépression postpartum subclinique et majeure suivent également un continuum.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prénatals et périnatals qui prédisent les femmes à risque de dépression subclinique et postpartum majeurs parmi une cohorte de femmes enceintes à faible risque médical au Canada.
Méthodes Devis de recherche	Une étude prospective contrôlée et randomisée (cohorte).
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude a été menée entre avril 2001 et juillet 2004. Elle a porté sur 2015 femmes enceintes à faible risque sur le plan médical. Celles-ci ont été recrutées dans cliniques prénatales au début de la grossesse. Les femmes qui ont accepté de participer ont été réparties au hasard dans l'une des trois interventions prénatales et ont dû remplir trois questionnaires téléphoniques.</p> <p>Critères d'exclusion : âgée de moins de 18ans, si avaient eu leur premier rendez-vous avec la clinique prénatale avant de remplir le questionnaire de base de l'étude, si elles ne prévoyaient pas se présenter à la clinique au moment du premier appel de recrutement, si elles vivaient à l'extérieur de la Calgary Health Region, si elles n'étaient pas ou plus enceinte au moment du contact pour le recrutement ou ne pouvait pas communiquer avec les intervieweurs ou les traducteurs de l'étude en anglais, français, cantonais, mandarin, punjabi/ourdou/hindi ou arabe.</p> <p>Les femmes qui répondaient aux critères d'inclusion et qui ont donné leur consentement éclairé par téléphone ont été réparties au hasard dans l'un des trois groupes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 : normes de soins dans les cliniques prénatales (groupe témoins) - Groupe 2 : normes de soins plus consultation avec une infirmière formée pour offrir un soutien prénatal - Groupe 3 : normes de soins plus consultation avec une infirmière formée pour offrir un soutien prénatal et consultation avec un visiteur à domicile formé pour offrir un soutien non médical

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les participantes ont mené des entrevues téléphoniques à l'admission à l'étude (avant le premier rendez-vous clinique), au cours du troisième trimestre et huit semaines après l'accouchement, pour fournir des renseignements sur les caractéristiques démographiques, le mode de vie, la santé physique et émotionnelle, le soutien social, l'isolement social, les attentes des parents et les pensées et sentiments sur leur expérience de grossesse. Les entrevues ont été menées dans les langues mentionnées dans les critères d'exclusion ci-dessus.</p> <p>Des questionnaires standard ont été utilisés pour la collecte des données lorsqu'ils étaient disponibles, mais certaines questions ont dû être créées spécifiquement pour l'étude.</p> <p>Voici les instruments de mesures utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edinburg Postnatal Depression Scale pour mesurer la dépression postpartum - Kellner Symptom Questionnaire pour mesurer la dépression et l'anxiété pendant la grossesse - Social Support Index pour mesurer le soutien social - Network Orientation pour mesurer l'isolement social - The Parenting Expectations Scale pour mesurer l'auto-efficacité personnelle des parents.
Déroulement de l'étude	<p>Au total, 2834 femmes étaient admissibles et 2015 femmes ont rempli le questionnaire d'admission et ont accepté d'être réparties au hasard dans l'un des trois groupes de soutien prénatal, ce qui donne un taux de réponse de 71%. Au total, 1402 femmes ont rempli l'échelle de dépression postnatal d'Edimbourg (EPDS) au cours de la troisième entrevue, ce qui a donné un taux d'achèvement de l'étude de 70% et les données provenant de ces participantes ont été analysées.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique de l'étude sur les soins périnataux communautaires a été donnée par le Conjoint Health Research Ethics Board de la faculté de médecine de l'Université de Calgary. On ne sait pas si le consentement éclairé a également été donné sur papier par les participantes.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>L'intervention d'un soutien prénatal supplémentaire fourni par une infirmière (groupe 2) ou une infirmière et une visiteuse à domicile (groupe 3) n'a pas eu d'impact significatif sur la dépression postpartum ($P=0,667$). Une analyse générale de toutes les femmes ayant complété l'EPDS approprié a été faite.</p> <p>Les variables socio-démographiques, obstétricales, comportementales, de santé mentale et psychosociales ont été considérées comme des facteurs de risque de dépression postpartum selon la littérature et les hypothèses des chercheurs.</p> <p>Les variables recueillies à l'admission à l'étude comprenaient l'âge de la mère, le fait d'avoir un partenaire stable, le niveau de scolarité de la mère, le revenu du ménage, si la mère est née au Canada, la parité, s'il</p>

	<p>s'agissait d'une grossesse prévue, les antécédents de violence conjugale pendant la grossesse, le soutien social, l'isolement social, la dépression et l'anxiété pendant la grossesse.</p> <p>Les variables mesurées huit semaines après l'accouchement comprenaient le déclenchement du travail, le mode d'accouchement, la durée du séjour à l'hôpital, le sexe du bébé, le nombre de bébés, la violence familiale postpartum, l'auto-efficacité parentale, le statut d'allaitement et la dépression postpartum.</p> <p>Les questions portant sur les variables de risque comportementale, y compris la consommation d'alcool pendant la grossesse, le tabagisme pendant la grossesse et la consommation de drogues illicites pendant la grossesse, ont été posées aux trois points temporels. Une auto-déclaration positive de l'une ou l'autre de ces variables à n'importe quel moment a placé le participant dans la catégorie de risque pour cette variable.</p> <p>Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata. Les caractéristiques des participantes ont été décrites en calculant les moyennes et les écarts-types pour les variables catégorielles. Pour les analyses statistiques subséquentes, bon nombre des variables catégorielles ont été regroupées en moins de catégories pour augmenter la taille des cellules ou pour permettre des comparaisons significatives entre les strates.</p> <p>Les relations entre tous les facteurs de risque potentiels et la dépression subclinique et la dépression postpartum majeure ont été examinées dans deux analyses distinctes à l'aide des tests du chi carré de Pearson ou du test Exact de Fisher lorsque le nombre de cellules prévu était de cinq ou moins. Tous les tests étaient bilatéraux, avec des valeurs P inférieures à 0.05 considérées comme statistiquement significatives. L'approche analytique multivariée était fondée sur un modèle de régression logistique pour l'identification des variables qui prédisaient séparément la dépression subclinique et la dépression postpartum majeure, avec ajustement pour les facteurs de confusion potentiels. Des variables ont été choisies pour les modèles multivariés en fonction des associations significatives avec la dépression postpartum dans l'analyse bivariée correspondante. Les antécédents de dépression ont d'abord été saisis dans chaque modèle, puis les variables démographiques, obstétricales, comportementales, de santé mentale et psychosociales importantes ont été saisies à l'aide de la méthode « ENTER ».</p>
Présentation des résultats	<p><u>Caractéristiques des participants :</u></p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales reflètent une population maternelle à faible risque. La participante type était âgée de 25 ans ou plus (81,7%) avec un partenaire stable (92,9%), avait terminé au moins quelques études postsecondaires (74,5%), avait un revenu familial total de 40'000\$ par année ou plus (77,9%) et environ la moitié des femmes avaient leur premier enfant (54,3%). La majorité des femmes de l'étude ont déclaré avoir planifié leur grossesse (70,2%). La plupart des femmes sont entrées en travail spontanément (62,4%) et ont accouché par voie basse (78,7%). Presque toutes les femmes ont donné</p>

naissance à un nouveau-né ; sept ont eu des jumeaux (0,5%). La moitié des bébés étaient des filles (49,8%) et, trois mois après l'accouchement, 75,6% des femmes allaitaient encore leur bébé.

Environ le quart des femmes étaient nées à l'extérieur du Canada (24,2%) et étaient d'origine ethnique autre que caucasienne (23,8%). Peu de femmes ont déclaré parler une langue autre que l'anglais comme langue principale à la maison (83,9%) et moins de 10% des femmes ont exigé que le questionnaire soit traduit dans une langue autre que l'anglais (n=120, 8,6%). Les questionnaires traduits en ourdou (n=45, 37,6%), en arabe (n=35, 29,2%) et en punjabi (n=26, 21,7%) étaient les langues les plus demandées par les femmes participantes.

Prévalence de la dépression postpartum :

D'après les scores EPDS des femmes, 6,5% présentaient des symptômes de dépression postpartum subclinique tandis que 4,5% présentaient des symptômes de dépression postpartum majeure.

Facteurs de risque prénatals et périnatals d'une dépression subclinique :

Parmi les 27 facteurs de risque potentiels examinés au cours de l'analyse bivariée, 12 étaient associés à une dépression postpartum subclinique. Les variables examinées qui n'ont pas influencé le risque de dépression postpartum subclinique étaient les suivantes : âge maternel, éducation maternelle, revenu du ménage, parité, antécédents familiaux de dépression, soutien social pendant la grossesse, isolement social pendant la grossesse, mode d'accouchement, sexe du bébé, nombre de bébés, allaitement à huit semaines postpartum, alcool ou consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse, usage de tabac durant la grossesse et usage de drogues illicites pendant la grossesse.

Le fait d'être née à l'extérieur du Canada (OR=1,87), l'anxiété pendant la grossesse (OR=2.12), un passé avec de la dépression (Or=2,27) et la faible auto-efficacité parentale postnatale (OR=1,65) sont les antécédents qui prédisent le mieux, les femmes à risque de dépression postpartum subclinique.

Facteurs de risque prénatals et périnatals d'une dépression majeure :

Parmi les 27 facteurs de risque potentiels examinés au cours de l'analyse bivariée, 16 étaient associés à une dépression postpartum majeure. Les variables examinées qui n'ont pas influé sur le risque de dépression postpartum majeure comprenaient : l'âge de la mère, le fait d'avoir un partenaire stable, les antécédents familiaux de dépression, le déclenchement du travail, le mode d'accouchement, la durée du séjour à l'hôpital, le sexe du bébé, la consommation d'alcool ou les excès occasionnels pendant la grossesse et la consommation de drogues illicites pendant la grossesse.

Le fait d'être née à l'extérieur du Canada (OR=2,97), des symptômes dépressifs pendant la grossesse (OR=2.83) ou dans le passé (OR=2,78) et de ne pas avoir allaité au sein huit semaine après l'accouchement (OR= 2.12) permettaient de mieux prévoir le risque de dépression postpartum majeure chez les femmes.

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Huit semaines après l'accouchement, 11,0% des femmes présentaient des symptômes de dépression postnatale, ce qui était semblable à la prévalence de 13% de dépression postnatale signalée dans une méta-analyse portant sur 59 études. Les femmes à risque de dépression postpartum ont été identifiées par des antécédents de dépression et le fait d'être nées à l'extérieur du pays. Les autres facteurs les plus prédictifs de la dépression postpartum suggèrent qu'il existe des différences subtiles dans le profil des femmes qui risquaient de présenter des symptômes de dépression postpartum moins graves et plus graves.</p> <p>Prédire les femmes à risque de dépression subclinique :</p> <p>Les résultats indiquent que les antécédents de dépression et le fait d'être née à l'extérieur du pays étaient de bons prédicteurs de dépression postpartum majeure et subclinique.</p> <p>La théorie de l'antistress suggère que de mauvaises stratégies d'adaptation en réponse à un stress de la vie ou à un événement critique, entraînent des résultats négatifs pour la santé et pourraient expliquer le risque accru de dépression chez les nouveaux immigrants. L'immigration peut entraîner des changements dans le logement, la profession, le statut socio-économique, les réseaux sociaux et les attitudes politiques. La gestion de ces transitions peut contribuer aux symptômes dépressifs. Lorsque la transition d'une femme vers la maternité chevauche l'adaptation à de nouvelles normes culturelles, le degré de stress peut être encore plus élevé. Cette étude appuie ce point de vue selon lequel un stress accru dans les événements de la vie liés à l'immigration peut être associé à une augmentation des symptômes dépressifs postpartum.</p> <p>Des antécédents de dépression sont un facteur de risque bien établi de dépression postpartum. Cette étude a été en mesure de fournir d'autres preuves que, même après ajustement pour tenir compte de nombreux facteurs de risque (démographiques, obstétricaux, comportementaux, de santé mentale et psychosociaux), des antécédents de dépression constituent un indicateur clinique important du risque accru de dépression postpartum.</p> <p>Les femmes qui ont éprouvé de l'anxiété pendant la grossesse risquaient de présenter des symptômes dépressifs postpartum, qui peuvent résulter de l'expérience et de l'incapacité à gérer ces symptômes d'anxiété prénatale. L'anxiété prénatale est souvent liée au rôle parental et est un prédicteur indépendant de la dépression postpartum, qui peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant et, par conséquent, des efforts pour l'identifier et intervenir peuvent se justifier.</p> <p>Les données de cette étude peuvent suggérer que l'anxiété pendant la grossesse et des antécédents de dépression sont des indicateurs cliniques importants d'une faible auto-efficacité parentale et du sentiment d'être moins compétent dans sa capacité à être parent. Cette étude a été en mesure de déterminer que ces indicateurs de santé mentale précèdent les sentiments d'auto-efficacité en tant que parent et sont des facteurs de risques de dépression postpartum.</p>
---	---

	<p>Prédire les femmes à risque de dépression postpartum majeure : En plus des symptômes dépressifs avant ou pendant la grossesse et le fait d'être né à l'extérieur du pays, l'incapacité ou la non-volonté d'allaiter durant les huit semaines après l'accouchement était également associée à une dépression postpartum majeure. Cette association entre l'allaitement maternel et la dépression postpartum a également été signalée récemment dans des études menées auprès de canadiennes et islandaises. L'orientation de cette association devrait être examinée dans les études futures, car l'allaitement maternel peut être un moyen non invasif d'identifier les femmes qui présentent un risque élevé de dépression postpartum. Il faut déterminer l'allaitement maternel a un effet protecteur physiologique ou s'il est un marqueur pour les femmes à risque de symptômes dépressifs. Il est possible que les femmes qui choisissent de ne pas allaiter ou qui veulent allaiter mais qui n'en sont pas capables, constituent deux groupes de femmes vulnérables à la dépression postpartum et que le soutien dont elles ont besoin diffère.</p>
Forces et limites	<p>Plusieurs limites méthodologiques influencent l'interprétation de ces résultats. Tout d'abord, des mesures d'auto déclaration ont été utilisées pour recueillir des données sur la santé mentale maternelle et des variables psychosociales. Idéalement, des entrevues cliniques standardisées auraient dues être utilisées pour confirmer les cas des femmes présentant des symptômes élevés identifiés par les mesures d'auto déclaration.</p> <p>Ensuite, la conception longitudinale de cette étude a fait en sorte que certaines femmes ont abandonné l'étude au fil du temps. Les femmes qui ont perdu leur suivi étaient plus susceptibles de déclarer des antécédents de dépression que les femmes qui ont complété l'étude (33% vs 23%, P=0,001). Comme des antécédents de dépression se sont révélés être un facteur de risque de dépression subclinique et de dépression postpartum majeure, le risque réel de dépression postpartum dans la population pourrait être sous-estimé dans cette étude. Nous reconnaissons également que les facteurs de risque de dépression postpartum chez les femmes qui n'ont pas eu de suivi peuvent différer des facteurs de risque mentionnés dans cette étude.</p> <p>Finalement, la traduction des questionnaires peut également avoir été une limite de l'étude, car elle peut avoir réduit la validité et la fiabilité des outils normalisés. Cependant, l'utilisation de ces questionnaires traduits a permis d'inclure des femmes qui ne maîtrisaient pas l'anglais mais qui pouvaient communiquer en français, en urdu, en punjabi, en cantonais, en mandarin et en arabe, ce qui a rendu leurs résultats plus généralisables à un milieu urbain canadien.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Malgré des preuves constantes d'une relation entre des antécédents de dépression et de dépression postpartum, une étude canadienne récente sur les habitudes de pratique des médecins de famille et des obstétriciens-gynécologues a révélé que seulement 38,3% de tous les prestataires parlent de santé mentale aux femmes en âge de procréer, ce qui donne à penser que l'on a manqué des occasions de surveiller plus</p>

	<p>étroitement des femmes exposés à des épisodes de dépression futures et de les référer à du soutien ou à une intervention lorsque approprié.</p> <p>Pour ce qui est des femmes immigrantes, il a été remarqué qu'elles couraient un risque accru de dépression postpartum et, par conséquent, malgré l'accès aux soins de santé financés par l'État, il y a des occasions d'examiner leurs services de santé pour s'assurer que les besoins de ces femmes en matière de santé mentale soient pris en compte.</p> <p>La possibilité d'un dépistage et d'une intervention précoce existe pour assurer une santé mentale maternelle optimale et soutenir le développement optimal de l'enfant.</p>
Remarques	

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	Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 15(7), 866-875.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui le titre indique que l'étude parlera des facteurs de risques des dépressions subcliniques et majeure.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il est facile de comprendre le but, la méthode et les résultats de cette étude juste en lisant le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est bien situé dans un contexte. Pour amener le sujet, des chiffres sont mis en avant afin d'appuyer la problématique. Celle-ci est également appuyé par le DSM-IV
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			Toutes les données présentes dans l'introduction proviennent d'études ou d'autres sources sûres.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie ou aucun concept n'est explicité dans cette étude.

		X			
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette étude est clairement formulé.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Cette étude de cohorte quantitative. C'est une étude contrôlée et randomisées.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les critères d'inclusion et exclusion des femmes visées pour cette étude sont définis de façon précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé.
	La taille de l'échantillon est-elle Justifiée sur une base statistique ?			X	Ces informations ne se retrouvent pas dans cet article mais pourraient être trouvées dans l'article qui présente la cohorte.
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			Les questionnaires sont présentés et comprennent toutes les variables.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les variables que l'étude veut analyser sont mesurables grâce à ces questionnaires. Certaines questions ont été créées spécifiquement pour cette étude.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Il est décrit que les participantes ont menées des entrevues téléphoniques à 3 moments différents entre la grossesse et la période postpartum.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Plusieurs mesures éthiques ont été prises. L'équipe éthique de la faculté médecine de l'Université de Calgary a donné son accord. On ne sait pas ce qu'il advient du consentement éclairé 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			Tous les chiffres sont présentés sous forme de pourcentage ou sous forme de OR (odds ratio).
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a plusieurs tableaux qui présentent les résultats. Ceux-ci sont également séparés en quatre catégories.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique mais les résultats sont divisés en « Caractéristiques des participants », « Prévalence de la dépression postpartum » et « Facteurs de risque et périnataux » de la dépression subclinique et majeure.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont présentés et appuyé ou contre dit par des études antérieures ainsi que différente théories telles que la théorie de l'anti-stress.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de cette étude sont définies.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non, les conclusions ne sont pas généralisées dans cette étude.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs mentionnent le travail qui est fait par les médecins de famille et les obstétriciens-gynécologues. La situation actuelle des immigrantes est également mise en avant. Pour ces deux points, il est mis en avant que l'on peut faire quelque chose pour les améliorer.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Par rapport aux limites de cette étude ainsi que pour continuer la recherche dans cette direction, les chercheurs font des recommandations
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien écrit et bien structuré mais il n'y a aucun cadre théorique. De plus, il ne répond pas directement à notre question de recherche, mais les facteurs de risque de la dépression peuvent être mis en commun avec ceux de l'auto-efficacité.
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	Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. <i>Women & Health, 58</i> (2), 188-203. doi:10.1080/03630242.2017.1292340
Introduction Problème de recherche	La période de postpartum est une période de transition importante pour la mère et demande un ajustement pour s'habituer à ces changements. Le statut fonctionnel de la période postpartum est un concept multidimensionnel qui englobe l'auto-soin, les soins néonataux, l'interaction mère-enfant, les soins de la famille, le support social, les activités occupationnelles et les responsabilités du quotidien. Durant la période postpartum la mère doit apprendre à réorganiser sa vie. Elle doit s'occuper de son enfant tout en gérant ses responsabilités du quotidien. Toutes ses responsabilités font partie de l'adaptation vers la transition du rôle maternel. Des facteurs tels que des symptômes dépressifs et l'auto-efficacité peuvent avoir un effet sur le statut fonctionnel de la mère.
Recension des écrits	La dépression postpartum est un désordre psychique qui survient souvent après une naissance. Elle peut avoir un impact sur la mère, l'enfant et la famille. Une femme souffrant de dépression postpartum peut avoir des difficultés à maintenir ses responsabilités ou les activités du quotidien (ex : payer les factures, prendre une douche). L'auto-efficacité signifie la perception qu'un individu a de ses capacités à réaliser une tâche (Bandura). Elle a une influence importante sur les activités du quotidien et est reliée au sentiment d'une mère par rapport à sa confiance en soi et la perception de ses compétences. L'auto-efficacité est importante pour la transition vers la maternité et a une influence importante sur le comportement maternel positif. Le statut fonctionnel et l'auto-efficacité maternelle se chevauchent. L'auto-efficacité est la croyance et le jugement d'un individu face à ses capacités de performer des responsabilités alors que le statut fonctionnel est la préparation pour assumer certaines responsabilités. L'auto-efficacité parentale joue un rôle important sur la confiance en soi des parents. Or, une étude montre que les symptômes de dépression postpartum sont associés avec l'échec de l'évolution de l'enfant et d'une lactation diminuée. D'autres études montrent que certaines femmes peuvent bien s'occuper de leur enfant malgré leur dépression postpartum. Une étude montre que le statut fonctionnel est négativement corrélé avec le tempérament, allant jusqu'à 3 jours postpartum et inversement.

	<p>Une autre étude montre que la dépression postpartum n'est pas reliée aux soins de l'enfant. La raison pour cette étude c'est parce que le statut fonctionnel durant la période postpartum est importante, les résultats des anciennes études sont incohérents, la recherche sur le statut fonctionnel durant la période postpartum manque chez les femmes Iraniennes, ce concept a une haute importance dans les soins infirmiers qui demande une enquête allant plus loin, et le statut fonctionnel est relié avec l'auto-efficacité et la dépression postpartum.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Auto-efficacité, Statut fonctionnel
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est de déterminer la relation entre l'auto-efficacité et les symptômes dépressifs postpartum avec le statut fonctionnel.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude transversale (quantitatif).
Population, échantillon et contexte	437 nouvelles mères qui étaient dans de multiples centres de santé à Bonab, province de East Azerbaijan, en Iran, entre février 2015 à juin 2015 ont participé. Il s'agit de femmes de nationalités iraniennes, à huit semaines postpartum, qui ont eu une grossesse sans anomalies, sans bébé mort-né, ayant l'envie de participer à l'étude. Les participantes étaient exclues si elles avaient des antécédents psychiatriques, des symptômes dépressifs avant et pendant la grossesse et si elles avaient vécu des événements stressants pendant la grossesse et l'accouchement (divorce, perte de l'enfant...). Le total de l'échantillon nécessaire était estimé à 437, basé sur l'étude de Khorramirad, Mousavi Lotfi et Shoori Bidgoli (2010).
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Questionnaire socio-démographique : questionnaire développé pour cette étude avec des questions sur l'âge de la femme, son niveau d'éducation, le métier de ses parents, son statut économique, le nombre de grossesse, lieu de vie, si la grossesse était prévue ou non, le sexe de préférence de l'enfant, si la mère a eu accès à une aide, si la naissance était pour un ou plusieurs enfants, si les femmes ont reçu de soins postpartum, et si oui, où elles ont eu accès à ces soins.</p> <p>Maternal Self-Efficacy Questionnaire (MSQ) : mesure le score de l'auto-efficacité maternelle en se concentrant sur les responsabilités des soins néonataux. Il a 10 questions qui incluent 9 questions sur les activités maternelles et une question générale qui sont mesurées avec une échelle de Likert à 4 points, allant de 1 (bien pire) à 4 (mieux que d'autres). Un score élevé signifie un niveau d'auto-efficacité maternelle élevée. La validité était de $\alpha=0.79$ dans l'examen préliminaire et $\alpha=0.86$ dans l'étude principale. Les propriétés psychométriques de cette échelle ont été déterminées en Iran avec un Cronbach alpha (α) de 0.89 et un</p>

	<p>coefficient de corrélation interclasse (ICC) de 0.98, l'index de validité du contenu (CVI) de 0.92, et le rapport de validité de contenu (CVR) à 0.94.</p> <p>Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) : 10 items avec une échelle allant de 0 à 30, -> 12 signifie une présence de symptômes dépressifs postpartum. Dans une étude en Iran, la fiabilité a été confirmée grâce à Cronbach a (0.77) et ICC (0.8). Dans cette étude les mères ayant eu un score de ->12 ont été référés à un psychiatre.</p> <p>Inventory of Functional Status after Childbirth (IFSAC) : un instrument pour évaluer le statut fonctionnel postpartum des mères. 36 items sur l'aptitude d'une mère à avoir des nouvelles responsabilités, tout en gardant ses anciennes dans 5 domaines différents : les soins de l'enfant, les activités d'auto-soin, les activités ménagères, social et les activités professionnelles et de la communauté. Les échelles pour les activités occupationnelles et les auto-soins allaient de 1= jamais à 4= toujours. Une mère était considérée comme récupérant son statut fonctionnel si elle avait un score de 3.5 ou plus. Vu que les mères ont le droit à 6 mois de congé maternel en Iran, les activités professionnelles des participantes n'ont pas été considérées. L'évaluation psychométrique du questionnaire a été effectuée en Iran avec un Cronbach alpha à 0.73 et ICC de 0.96.</p>
Déroutement de l'étude	<p>L'échantillon a été choisi au hasard. La province a trois centres de soin et trois postes de soin. Les postes de soins sont sous supervision des centres de soin. Un centre de soin couvre généralement deux postes de soins et un centre de soin est accessible pour 60'000 personnes. L'échantillon est basé sur la proportion de la population servie par chaque centre de soin et poste de soin. Des mères ont été identifiées dans les centres ou postes de soin dans les 8 à 10 semaines postpartum dans les dossiers. Celles sans dossier ont été identifiées grâce au carnet de vaccination de leur enfant. L'échantillon était choisi au hasard à chaque emplacement en fonction du quota total pour chaque centre, grâce à un nombre aléatoire généré par l'ordinateur. Les mères choisies ont été appelées et invitées à participer à l'étude après une courte explication sur le but de l'étude. Chaque femme intéressée à participer a été invitée à venir à son centre de soin à une heure et date précise. Celles qui étaient intéressées mais ne voulait pas venir au centre de soin ont été rencontrés chez elles. Les participantes ont été incluses dans l'étude après avoir signé et donné leur consentement. Le total de l'échantillon de femmes choisies était de 560 et celles qui ont participé 501. 52 femmes ont été exclues à cause du manque de critères d'inclusion et d'exclusion, 12 n'ont pas participé à cause du manque de temps et de transports. Un total de 489 mères était admissible pour la sélection. 52 ont été exclues : 38 due à une hospitalisation de leur bébé, 6 due à un passé de dépression, 4 due à une naissance</p>

	<p>prématurée, 2 due à une mort d'un proche, une due à un divorce et une due à une déformation de son nouveau-né.</p> <p>Les informations socio-démographiques et d'autres données ont été collectées. L'Edinburgh Postpartum Depression Scale, Maternal Self-Efficacy Questionnaire, et le Inventory of Functional Status after Childbirth ont été utilisés.</p>
Considérations éthiques	L'étude et le code d'éthique (/4/9929) ont été approuvés par le Comité d'Éthique de l'Université de Science Médicales de Tabriz. Les participantes donnaient un consentement écrit et signé.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Pour estimer la relation entre les variables indépendantes (auto-efficacité, symptômes dépressifs postpartum, et les caractéristiques socio-démographiques) à la variable dépendante (statut fonctionnel) et pour expliquer les divergences dans les résultats, les variables indépendantes avec une valeur de p inférieur à .2 dans le test bivarié ont été introduites dans des régressions linéaires multi variées et ont été retenues en utilisant une approche d'étape en arrière. La variable qui était la moins significative (la plus grande valeur p) a été enlevée et le modèle a été réadapté. Toutes les étapes enlevaient la variable la moins significative dans le modèle jusqu'à ce que toutes les variables aient une valeur p inférieur à .2.</p> <p>Les hypothèses pour la régression linéaire multiple ont été évaluées en examinant les histogrammes et diagrammes de probabilité normale des résidus étudiés, les diagrammes de dispersion des valeurs prédites normalisées par rapport aux valeurs résiduelles normalisées, et les diagrammes de dispersion de la variable dépendante par rapport aux résidus normalisés. La multi colinéarité a été évaluée en examinant le facteur d'inflation de la variance (VIF) et l'indice de tolérance. Le modèle a été évalué par rapport aux valeurs de la corrélation du coefficient multiple (R), le coefficient de détermination (R^2), ajusté en R^2, et l'erreur type de l'estimation. Le F (ANOVA) test a été utilisé pour tester les hypothèses. Dans cette étude le $p < .05$ a été défini comme le niveau de signification.</p>
Présentation des résultats	<p>Socio-démographique : L'âge moyen des mères et de leurs époux était de 28.9 (SD =5.8) et de 33.4 (SD=5.7) ans. Un tiers des mères et des époux avait un diplôme du lycée, et 56.1 % des mères étaient multipares. (51%) ont eu des césariennes. 83.3 % étaient femmes au foyer, et 53.8% travailleuses indépendantes. 53.3 % ont des revenus dans leur ménage qui permettent juste de payer les dépenses du foyer. 89.7 % des femmes et 92% des époux étaient content avec le sexe de leur enfant et 21.5% des grossesses étaient non prévues. 50.8% vivaient dans leur propre maison, et 51.3% des mères avaient de l'aide à la maison. 97.3% des enfants étaient enfant unique, 79.3% des femmes ont reçu des soins postpartum. 46.7% de ces femmes ont été référées à des centres publics pour recevoir des soins postpartum.</p>

	<p>La moyenne du score du statut fonctionnel des mères était à 2.3 (SD=0.2) Les scores maximum et minimum des soins des mères à leur enfant étaient de 3.6 et 0.3 et pour leur engagement social et communautaire 1.4 et 0.4. La moyenne des symptômes dépressifs postpartum est de 8.3 (5.3). Les symptômes dépressifs de postpartum étaient négativement corrélés ($p < .05$) avec le score du statut fonctionnel, les activités sociales et communautaires et les auto-soins. Aucune corrélation entre les responsabilités ménagères et les soins de l'enfant ont pu être observés. La moyenne du score de l'auto-efficacité était positivement corrélé ($p < .05$) avec le statut fonctionnel.</p> <p>Les résultats obtenus avec ANOVA et le t-test indépendant suggèrent une relation positive entre le statut fonctionnel et le statut économique élevé, le métier de l'époux, avoir un époux entre 26 et 35 ans, multipares, avoir de l'aide à la maison et avoir un diplôme du lycée ou une éducation plus basse de l'époux. ($p < 0.5$) Certaines variables, dont avoir une aide, l'âge de la mère, et la préférence de sexe de l'époux ont été exclues du modèle. Les symptômes dépressifs, la nullipare et un salaire bas ont été associés ($p < 0.5$) avec un statut fonctionnel ainsi qu'une auto-efficacité maternelle pauvre. Avoir un époux entre 26 et 35 ans, avoir un diplôme du lycée et un niveau d'étude plus pauvre, et le travail des époux ont été relié à un meilleur statut fonctionnel, ce qui explique 47.6% de la variance dans le score du statut fonctionnel.</p> <p>Les valeurs du R, R² et le R² ajusté étaient de 0.476, 0.226 et 0.201. Les variables indépendantes expliquent 20.1% des variations des variables dépendantes. L'erreur standard de l'estimation était de 0.24. La valeur p pour les statistiques F étaient de $<.001$. Toutes les hypothèses de la régression linéaire multiple ont été confirmées. Aucune preuve de multi colinéarité a été vue dans les données, basé sur une valeur de tolérance entre 0.6 à 1 et un VIF entre 1 et 2.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>La moyenne du score du statut fonctionnel dans cette étude était modérée. Parmi tous les sous-domaines du statut fonctionnel, les mères avaient un score plus élevé dans les soins de l'enfant et un score plus bas pour leur engagement social et communautaire. Des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs postpartum, la nulliparité, et un revenu bas étaient associés avec un statut fonctionnel diminué. Une haute auto-efficacité maternelle, avoir un époux entre 26 à 35 ans, un diplôme du lycée et un niveau d'éducation plus bas, et le travail des époux sont associés avec un meilleur statut fonctionnel. Un statut fonctionnel modéré est cohérent avec une étude mais est incohérent avec d'autres, dans lesquelles un niveau plus élevé de statut fonctionnel a été reporté. Ces différences pourraient être des différences avec la population, l'échantillon choisi pendant la période postpartum et l'environnement de l'étude. Une étude a choisi son échantillon à 12 semaines</p>

postpartum alors qu'une autre à 6 et 26 semaines postpartum. Une étude indique que le statut fonctionnel maternel s'améliore avec le temps.

Dans cette étude, parmi tous les sous-domaines du statut fonctionnel, les mères ont eu un score plus élevé dans les soins de l'enfant et plus bas dans leur engagement social. Probablement, les mères ont moins d'activités sociales pendant la période postpartum pour s'occuper plutôt de leur enfant.

Dans cette étude, l'auto-efficacité maternelle est significativement et positivement reliée avec le score total du statut fonctionnel maternel. Les mères avec une auto-efficacité élevée ont tendance à mieux s'ajuster aux changements pendant la période du postpartum et ont un meilleur statut fonctionnel.

Les symptômes dépressifs postpartum sont significativement reliés à un score de statut fonctionnel pauvre, un engagement social et communautaire pauvre et des pauvres auto-soins. Un état dépressif peut mener à une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, une perte d'énergie pour pouvoir faire les activités et gérer les tâches, et un inconfort général. De plus, des individus avec une dépression ont du mal à garder une bonne relation avec les membres de la famille, les amis et leurs enfants. C'est pourquoi, les symptômes dépressifs peuvent mener à une diminution du statut fonctionnel maternel.

Aucune relation significative n'a été trouvée entre les symptômes dépressifs postpartum et la qualité des soins de l'enfant or plusieurs activités avaient l'air d'être compromises par les symptômes dépressifs postpartum. Aucune étude ne peut expliquer pourquoi les mères dépressives peuvent bien s'occuper des soins de leur enfant malgré une baisse dans les autres activités du statut fonctionnel.

Aucune relation significative n'a été trouvée entre les tâches ménagères et les symptômes dépressifs. Les résultats sont incohérents avec d'autres études potentiellement due aux différences dans l'environnement de recherche, la culture iranienne, et la religion. Dans la culture iranienne, la famille est la fondation de la société. C'est pourquoi, les mères s'efforcent à continuer leurs tâches ménagères et de renforcer la famille malgré des symptômes dépressifs postpartum.

Dans cette étude, les mères multipares avaient un meilleur statut fonctionnel plutôt que les mères nullipares. C'est sûrement dû à l'expérience augmentée des mères multipares. Le statut fonctionnel est meilleur avec un âge plus élevé du partenaire. Selon l'étude de Coventry et al (2004), le support social des époux augmentent s'ils sont plus âgés.

	<p>Un revenu dans le foyer élevé et le métier de l'époux avait une corrélation positive avec le statut fonctionnel. Les différences de résultats peuvent être à cause de l'importance accordée au statut économique. Généralement un revenu plus élevé signifie une meilleure qualité de vie. C'est pourquoi un bon revenu permettrait de diminuer un facteur de stress et donc améliorerait le statut fonctionnel de la famille, plus particulièrement celle de la mère.</p> <p>Une éducation plus élevée était associée avec un meilleur statut fonctionnel. Une éducation plus élevée était significativement reliée à une meilleure communication sociale et familiale, une capacité d'auto-soin plus élevée et un statut fonctionnel postpartum amélioré.</p>
Forces et limites	<p>La relation entre le statut fonctionnel, l'auto-efficacité et les symptômes dépressifs postpartum n'implique pas nécessairement une relation de cause à effet, parce que les relations temporelles de ces variables ne peuvent pas être déterminées dans cette conception transversale.</p> <p>Une autre limite de cette étude est due aux limitations de l'IFSAC. Pour avoir un statut fonctionnel plein, une mère doit pouvoir résumer tous ses rôles qu'elle avait avant la naissance. A cause de la nouvelle priorisation qui survient dans la nouvelle vie de la mère, il est parfois difficile pour une mère de reprendre son statut fonctionnel d'avant. De plus, l'IFSAC ne prend pas en considération les ressentis et le niveau de satisfaction des changements dans leur vie depuis la naissance.</p> <p>Le moment des collectes de données, les mères employées étaient en congé maternité. De plus l'étude n'a pas pu évaluer le sous domaine professionnel du questionnaire sur le statut fonctionnel.</p>
Conséquences et recommandations	<p>A cause de l'importance du statut fonctionnel et de la relation de l'auto-efficacité maternelle, les symptômes dépressifs postpartum et les conditions de vie avec le statut fonctionnel, les professionnels qui s'occupent des soins dans la maternité, devraient être bien renseignés sur ces sujets afin d'améliorer le statut fonctionnel en encourageant les mères à s'occuper de soi-même et d'apprendre aux mères comment faire les soins de leurs enfants. Ils devraient améliorer les ajustements du postpartum en prévenant et en traitant les symptômes dépressifs du postpartum et aussi en promouvant l'auto-efficacité maternelle en utilisant des stratégies d'éducation de santé car l'effet de l'éducation a été efficace selon de nombreuses études.</p> <p>Bien que plusieurs études aient été faites en associant les fonctions maternelles postpartum avec les symptômes dépressifs postpartum, vu l'importance de la période postpartum, il faudrait continuer à faire des études qualitatives et quantitatives sur les inhibiteurs et les facilitateurs pour le statut fonctionnel chez toutes</p>

	les femmes, incluant les femmes ayant des symptômes dépressifs postpartum. Il faudrait pouvoir fournir les mères avec des solutions appropriées. De plus, faire plus d'études permettra de dévoiler pourquoi les mères peuvent bien s'occuper de leur enfant malgré qu'ils aient des symptômes dépressifs postpartum et un statut fonctionnel, en termes d'auto-soins et d'activités sociales diminuées.
Commentaires	Cet article se contredit entre les résultats et la discussion. Les résultats disent qu'avoir un diplôme du lycée et un niveau d'étude plus pauvre est relié à un meilleur statut fonctionnel. Or dans la discussion, ils disent qu'avoir une éducation plus élevée était significativement relié à une meilleure communication sociale et familiale, une capacité d'auto-soin plus élevé et un statut fonctionnel postpartum amélioré.

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	Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. <i>Women & Health</i> , 58(2), 188-203. doi:10.1080/03630242.2017.1292340				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population (les mères iraniennes) et les concepts (l'auto-efficacité et le statut fonctionnel) sont mentionnés. Le problème (la dépression postpartum).
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il contient les parties introduction, résultats et discussion. La méthode est par contre brièvement mentionnée.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est clairement formulé et situé dans un contexte tout au long de l'introduction.
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			L'état des connaissances se trouve dans l'introduction. Il est présenté avec l'explication des concepts et du problème en se basant sur des études antérieures.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Les concepts (le statut fonctionnel postpartum et l'auto-efficacité) sont définis. Il n'y a pas de théorie infirmière.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but est formulé mais pas les hypothèses et la question de recherche.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Il s'agit d'une étude transversale, mais il est seulement mentionné dans le résumé de l'étude.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, la population est définie sous le chapitre « Participants ».
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, l'échantillon est d'abord détaillé dans le chapitre « Participants » et ensuite développé dans le chapitre « Sampling ».
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			L'échantillon est basé sur la proportion de la population servie par chaque centre de soin et poste de soins (un centre de soin est disponible pour 60'000 personnes). L'échantillon devait être 437, basé selon Khorramirad, Mousavi Lotfi et Shoori Bidgoli (2010).
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			Les instruments de collecte des données sont cités et explique ce qu'ils mesurent (un Questionnaire réalisé pour cette étude, EPDS, MSQ et l'IFSAC).
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, l'EPDS mesure la dépression postpartum, le MSQ mesure l'auto-efficacité maternelle, l'IFSAC mesure le statut fonctionnel après une naissance et le questionnaire mesure les aspects socio-démographiques.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Le chapitre matériels et méthodes décrit le déroulement de l'étude de manière claire. Surtout sous le chapitre « Sampling ».
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude et le code d'éthique (5/4/9929) ont été approuvés par le Comité d'Ethique de l'Université de Science Médicales de Tabriz.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données sont analysées avec le SPSS, version 21. Le test bivarié, les corrélations de Pearson, t-test indépendant et ANOVA ont été utilisés pour vérifier la relation entre les différentes hypothèses.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui ils sont présentés sous forme de tableaux et résumé narratif.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Ils sont interprétés selon les concepts.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, ils sont interprétés au regard d'études antérieures de pays différents (Canada, Etats-Unis, Turquie, Corée du Sud...).
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, les limites sont décrites dans l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non ils n'abordent pas la question de la généralisation des conclusions.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, ils recommandent d'améliorer l'ajustement du postpartum en prévenant et traitant les symptômes dépressifs postpartum et de promouvoir l'auto-efficacité maternelle en utilisant des stratégies d'éducation.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, ils recommandent de faire plus d'études quantitatives et qualitatives.
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 suffisamment détaillé pour faire une analyse critique minutieuse. Or, parfois le texte manque de structure car les chapitres se chevauchent et cela rend difficile de ressortir certaines informations.
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	Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J-P., Epiney, M. & Sellenet, C. (2016). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. <i>Women & Health</i> , 57(2). 154-172.
Introduction Problème de recherche	Dans la société, la naissance d'un enfant est souvent associée au bonheur, mais devenir parents peut amener à des problèmes psychologiques. En effet, certaines mères peuvent vivre des états de stress, d'anxiété ou de symptômes dépressifs. Le support social et l'auto-efficacité sont des facteurs qui peuvent avoir une influence sur la santé mentale.
Recension des écrits	<p>L'anxiété est estimée entre 33% à 59% selon une étude pendant la grossesse. L'anxiété est bien corrélée avec la dépression périnatale mais à quand même une manifestation différente. Cette variable a quand même été comptée dans cette étude avec les symptômes dépressifs.</p> <p>La dépression vient souvent pendant la période périnatale. Il se manifeste chez 7% à 12% des mères et peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant. C'est caractérisé par une sensation de tristesse et un manque de plaisir et d'intérêt pour les activités du quotidien.</p> <p>Les symptômes dépressifs maternels sont associés avec des difficultés à prendre le rôle de parents (par exemple l'enfant qui essaye d'interagir avec la mère, mais la mère évite le regard). Cela peut mener à de la perturbation de l'interaction mère-enfant. C'est pourquoi, dans cette étude, ils parlent de symptômes dépressifs et non pas des cas de dépression directement. Ces deux derniers sont des problèmes de santé publique. Le but est de les prévenir en améliorant le support émotionnel, social et l'éducation.</p> <p>Les problèmes psychologiques associés avec la naissance peuvent être influencés par le stress.</p> <p>Le support social pendant la période périnatale est une protection contre les symptômes dépressifs postpartum et augmente le sentiment d'auto-efficacité parentale.</p> <p>Le support social englobe le support émotionnel (réassurer, conforter...), le support informationnel (suggestions, conseil, connaissances), le soutien de l'estime (réassurer une personne par rapport à ses</p>

	compétences, valeur, renforcer l'estime de soi) et le support instrumental (de l'aide efficace, prêter de l'argent, l'équipement).
Cadre théorique ou conceptuel	Concept de l'auto-efficacité de Bandura : la perception d'un individu en ses capacités à réaliser une tâche spécifique. D'ailleurs, une auto-efficacité parentale basse peut être associée avec des symptômes dépressifs augmentés. De plus, une étude a montré qu'une auto-efficacité parentale est un facteur de protection contre le développement des symptômes dépressifs et de l'anxiété.
Hypothèses/question de recherche/buts	Hypothèses : Le stress périnatal serait lié avec la santé psychologique des mères, et le support social pourrait intercéder avec cette relation. But : évaluer la relation entre le stress périnatal et les symptômes dépressifs, l'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale chez les mères primipares à 3 stades de la grossesse (prénatal, post accouchement, et postnatal) et déterminer le rôle du support social.
Méthodes Devis de recherche	Une étude quantitative longitudinale.
Population, échantillon et contexte	235 mères à la maternité de l'Hôpital Universitaire de Genève entre septembre 2010 à avril 2012. Les critères de sélection incluaient des femmes parlant le français, nullipare, plus de 18 ans, n'ont pas été hospitalisé pendant la grossesse, et qui étaient à 36 semaines de gestation (pour exclure les naissances prématurées).
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les questionnaires pour le stress perçu, le support social, les symptômes dépressifs, l'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale étaient proposés pour toutes les femmes en critères d'inclusion pour le T1 (visite prénatale), T2 (après l'accouchement), T3 (6 semaines postpartum). Ces questionnaires étaient donnés à l'investigateur principal, qui les a rendus anonyme et a entré les données dans les bases de données.</p> <p>Le STAI : mesure pour l'anxiété. Questionnaire ayant 20 questions, la forme de trait était mesurée à T1 (STAI-T), la forme de l'état était mesurée à trois moments différents (STAI-S) pour évaluer les niveaux d'anxiété. L'alpha de Cronbach de cet instrument était de 0.95. Le score total allait de 20 à 80 pour le STAI-T et STAI-S.</p> <p>L'EPDS : mesure pour les symptômes dépressifs : 10 questions et peut être auto-administré. L'alpha de Cronbach dans cette étude était de 0.72. Le score total était entre 0 à 30.</p> <p>PES : mesure pour le sentiment d'auto-efficacité parentale : Est auto-administré pour évaluer la perception de l'auto-efficacité et les croyances des mères pendant la période postnatale. 25 items qui reflètent différents comportements associés avec la parentalité. L'échelle a été traduite en français et validé à un alpha de Cronbach à 0.91. Le score total était de 25 à 250.</p>

	<p>Mesure pour le stress perçu : 3 échelles différentes pour le T1, T2 et T3.</p> <p>APSI : 13 items pour le stress périnatal. Cronbach a : 0.75. Score total : 12 à 60</p> <p>PDPSI : 16 items pour le stress post naissance. Cronbach a : 0.84. Score total de 16 à 80.</p> <p>PNPSI : 19 items pour le stress à 6 semaines postpartum. Cronbach a : 0.82. Score total de 19 à 95.</p> <p>Mesure de satisfaction avec le support social : échelle conçue spécifiquement pour les soins périnataux. 5 facteurs (mari, ami, famille, profession, mère des partenaires.) 20 items. Cronbach a prénatale : 0.86, 0.84, 0.79, 0.79, 0.74. Cronbach a postnatal : 0.91, 0.92, 0.85, 0.79. Score total 20 à 100.</p>
Déroulement de l'étude	300 mères ont été approchées, 275 ont été gardées (le reste exclue à cause de la langue insuffisante). Sur les 275 femmes, 235 ont répondu (85.4%) aux questionnaires pendant la visite (T1). 220 ont répondu pendant le T2 (juste après la naissance), et 176 ont répondu à T3 (6 semaines postpartum). Les questionnaires pour le stress, les symptômes dépressifs, l'anxiété et le support social ont été donnés pendant les trois périodes. Le questionnaire sur l'auto-efficacité au T3. Pour une erreur de type I de 0.05 et un pouvoir de 0.80, la taille de l'échantillon recommandée était de $n = 50 + (8x \text{ le nombre des variables})$ ou un échantillon de 122 pour 9 variables incluant le modèle, pour une corrélation de 0.3. L'échantillon de 175 à T3 était donc suffisant.
Considérations éthiques	Le Comité d'Ethique de l'Hôpital Universitaire de Genève a approuvé sous le numéro de registre CER 10-090. Après avoir reçu les informations sur l'étude, les mères ont pu choisir de participer ou non et signer leur consentement.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Analyses statistiques en utilisant SPSS (version 20.0, Chicago IL, USA). Pearson corrélation pour investiguer les liens entre le stress et la santé psychologique des mères. Les variables dépendantes étaient l'EPDS, le STAI et le PES. Les variables indépendantes analysées étaient le stress perçu, les caractéristiques socio-démographiques, et les circonstances de la naissance. Ces variables étaient incluses dans le modèle multivariable pour évaluer si ces variables avaient une influence sur la relation du stress avec les conséquences psychologiques.</p> <p>Ces différentes variables étaient incluses dans le modèle hiérarchique basé sur les données de littérature scientifique. Elles sont introduites dans le modèle step by step /Stepwise.</p>

	<p>Multiple régression pour évaluer la répartition du stress avec les symptômes dépressifs, d'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale et le rôle médiateur entre le support social et le stress et les conséquences sur la santé mentale.</p> <p>Selon la littérature, la relation entre le stress et la santé mentale peut être influencée par la satisfaction avec le support social. Pour investiguer cette relation, le stress perçu aux T1, T2, T3 est inclus et donc pris en compte dans le modèle, comme les 5 types de supports. Pour déterminer s'il y a un effet médiateur, une nouvelle variable devait être utilisée. Voilà le produit : stress perçu x la satisfaction des 5 supports sociaux. Cette interaction a été introduite dans le modèle de régression multiple (step 3), après le stress perçu (step 1), et le support social (step 2), ils ont déterminé s'il augmentait de manière significative le R2. Le but était d'analyser spécifiquement le rôle du support social. Pour une meilleure compréhension, seuls les résultats statistiquement significatifs sont montrés dans les tableaux. De plus, la variable « niveau d'éducation » a été incluse et contrôlée. Le seuil pour considérer les résultats significatifs étaient de $p < .05$.</p>
Présentation des résultats	<p>Socio-démographiques : 235 femmes entre 21 à 43 ans, 95.7% étaient dans une relation. 57% des femmes avaient un travail comme employée ou manager, 16% des exécutifs seniors ou indépendantes et 15% comme une aide ou employée non qualifiée. 53% étaient Suisse, 36.2% d'autres pays Européen, 6.5% Américaine, 3.9% Africaine, et 0.4% Asiatique. 83.8 des femmes ont eu des cours prénataux. Seulement 8.5% ont eu un passé de fausse couche et 4.5% ont eu des traitements pour infertilité. 55% des femmes ont eu un accouchement vaginal. 25.9% accouchement vaginal assisté, 2.7% césarienne élective, 16.4 % ont eu des césariennes d'urgences. Un total de 95% des mères allaitent. Vu que 25% des mères n'ont pas continué jusqu'au T3, une comparaison a été faite entre le T1 et T3. Les caractéristiques étaient comparables sans des différences significatives.</p> <p>Symptômes dépressifs et anxiété : 19.3% avaient des symptômes dépressifs pendant la période prénatale. 19.6% après l'accouchement, et 18.6% à 6 semaines postpartum, en utilisant un cut-off à 9-10 pour l'EPDS prénatal et un cut-off à 11-12 pour l'EPDS postnatal, recommandé par plusieurs auteurs. Le STAI, 33.3% des femmes avaient une anxiété prénatale élevée et 26.6% après l'accouchement et à 6 semaines postpartum.</p> <p>Stress perçu et les conséquences sur la santé : Les résultats du modèle montre que le stress perçu est significativement relié à la santé psychique des mères pendant les 3 périodes : plus elles sont stressées, plus les symptômes dépressifs et d'anxiétés sont importants. Plus le stress est élevé, moins les mères ont un bon sentiment d'auto-efficacité parentale. De plus, la combinaison des caractéristiques socio-démographiques, le</p>

	<p>moyen d'accouchement et le stress perçu montre que c'est le stress perçu qui prédomine en association avec les symptômes dépressifs, d'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale. Le stress perçu explique : 34% des variances pour des symptômes dépressifs postnatals avec une prédominance du rôle du stress perçu postnatal (beta= 0.53, p<.05) ; 31% des variance de l'anxiété postnatale et montrant une prédominance du rôle du stress perçu postnatale (beta= 0.36 ; p<.05) et 32% de la variance pour un sentiment d'auto-efficacité parentale bas, encore une fois une prédominance du stress perçu en postnatal (beta= 0.38 ; p<.05).</p> <p>Le rôle du support social : Une variable modératrice doit d'abord montrer une relation significative avec la variable indépendante (stress perçu) et la variable dépendante (symptômes dépressifs, anxiété, auto-efficacité). Seules les variables du support social avec les relations significatives de ces variables sont montrées dans le tableau 4 pendant les 3 stades. Les résultats montrent qu'après une aide et de l'éducation, la relation entre le stress et les conséquences mentales sont réduites par une satisfaction du support social. Du support social matériel ou de confiance en soi par les partenaires, un support émotionnel et matériel par les mères des parturientes, et le support matériel des professionnels de la santé modéraient la relation du stress aux symptômes dépressifs prénatale. Le support informationnel et de confiance en soi des mères des parturientes et le support informationnel des amis, modéraient l'anxiété prénatale. Pendant la période postpartum, la satisfaction du matériel et du support informationnel du partenaire ainsi que la satisfaction du support émotionnel des professionnels modéraient la relation du stress perçu à l'anxiété postpartum.</p> <p>La satisfaction du support informationnel du partenaire pendant la période postnatale et le support matériel des amis modéraient la relation du stress perçu postnatal aux symptômes dépressifs postpartum. La satisfaction émotionnelle et le support de l'estime des mères des parturientes modéraient la relation du stress perçu postnatal aux sentiments d'auto-efficacité.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de l'étude montrent que la prévalence des symptômes dépressifs et le niveau d'anxiété pendant la période périnatale est particulièrement élevée. Cette étude a montré que 19.3% des mères ont eu des symptômes dépressifs pendant le troisième trimestre alors qu'une autre étude montrait 12.8%. Une méta analyse a montré que les symptômes dépressifs 6.5%-12% pendant la période postpartum avaient un pic à 2,5 mois contrairement à 18.6% à 6 semaines postpartum selon cette étude. Une étude montre 29.5% de symptômes dépressifs postpartum et 23% à 4 semaines postpartum dans une population canadienne avec les mêmes caractéristiques que cette étude. Ces résultats font penser que les conséquences sérieuses sont beaucoup plus fréquentes que suspectées. Particulièrement, dans la période postnatale après avoir accouché,</p>

	<p>même dans une population privilégiée. Ceci montre qu'il faut détecter les conditions dans toutes les périodes de grossesse. Sauf la valeur de l'anxiété, les résultats trouvés dans cette étude sont proches de la littérature.</p> <p>Stress et la santé psychologique : Les résultats montrent que le stress associé à la naissance est relié à la santé psychique. Plus le stress périnatal est élevé, plus les symptômes dépressifs et d'anxiété le sont aussi. Ce stress est associé à un sentiment d'auto-efficacité parentale bas, ce qui peut accentuer des pathologies psychologiques et des difficultés à s'adapter au rôle de parents. Les analyses de corrélation n'ont pas pu montrer directement qu'il y avait un lien entre le stress et la santé mentale, mais avoir fourni assez de preuve qu'il y a un lien entre eux montre qu'il faut considérer des approches préventives. En effet, le stress n'est pas une pathologie qui demande une thérapie mais il faut fournir du support pour permettre aux mères de potentialiser leurs propres ressources. Ce screening et le support peut être systématiquement fait par les professionnels en prénatal. De plus, les résultats montrent une cumulation de stress car la combinaison du stress prénatal, postpartum et postnatal explique une proportion élevée de symptômes dépressifs et d'anxiété. Le stress périnatal et le stress postnatal sont liés avec la santé mentale des mères en soulignant l'importance de parler du stress pendant toutes les étapes de la grossesse.</p> <p>Le rôle modérateur du support social : La relation entre le stress et les conséquences de santé mentale peuvent être modifiées par le support social. Apparemment il a un rôle protecteur. Le rôle médiateur du support social a aussi été décrit par d'autres auteurs. La satisfaction avec le support du mari ou partenaire joue un rôle important, surtout en termes de support matériel et informationnel. D'autres études ont trouvé pareil. Le rôle des mères des parturientes est important, car la satisfaction du support émotionnel et d'estime modèrent la relation du stress perçu avec l'auto-efficacité parentale. Surtout pendant la période postnatale, lorsque la mère de la parturiente avait une place privilégiée dans le comportement parental. Cette étude montre l'importance des rôles des professionnels, surtout après la naissance, en ce qui concerne l'expérience psychologique des mères, car la satisfaction du support émotionnel des professionnels modérerait la relation du stress aux symptômes dépressifs.</p>
Forces et limites	Des primipares avec un niveau socioéconomique privilégié, peut influencer les résultats et limiter la généralisation. C'est une étude multiculturelle car ce ne sont pas seulement des Suisses. L'étude a seulement été faite dans un hôpital donc cela peut diminuer la généralisation des résultats. En plus, il se pourrait que d'autres variables non identifiées puissent affecter la relation entre le stress et les conséquences psychologiques des mères. D'autres investigations ont pris la considération d'autres variables comme le travail

	de la mère, ses responsabilités et ses aspirations. Ces considérations peuvent améliorer la compréhension et améliorer l'appréhension et l'optimisation de la santé mentale des mères.
Conséquences et recommandations	<p>Une attitude empathique et une écoute de qualité peut être une ressource énorme pour contenir la relation entre le stress et la santé psychique des mères pendant la période postpartum.</p> <p>Les résultats montrent qu'il faut faire un dépistage de routine pour le stress perçu chez les femmes pendant le prénatal, après l'accouchement et le postnatal pour prévenir des symptômes dépressifs et une anxiété élevée, et pour améliorer l'auto-efficacité parentale.</p> <p>Le stress est associé avec les symptômes dépressifs et le niveau d'anxiété des mères. Plus il y a de stress, moins les mères se sentent bien dans leur rôle de mère. Donc détection et des actions doivent être prises pour le stress périnatal. La satisfaction du support a un rôle de médiateur sur le stress. Il faut faire des interventions pour fournir le support et l'éducation basé sur le management du stress, ce qui permet aux mères de développer un meilleur sentiment d'auto-efficacité parentale, ainsi que promouvoir la perception du support social. Ces interventions peuvent prévenir les symptômes dépressifs et d'anxiété chez les mères autant pendant la période prénatale que pendant la période postnatale.</p>
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	Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J-P., Epiney, M. & Sellenet, C. (2016). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. <i>Women & Health</i> , 57(2). 154-172.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui il précise clairement les concepts et la population de l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, il synthétise clairement les parties principales.
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.
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, des études antérieures sont utilisées pour la synthèse de l'état des connaissances.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			L'auto-efficacité de Bandura. Mais ce n'est pas basé sur une théorie infirmière.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but et l'hypothèse est bien défini.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Oui c'est une étude quantitative longitudinale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, ils expliquent les critères d'inclusion et d'exclusion.
	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			Oui, elle est justifiée sur une base statistique.
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, ils sont décrits clairement.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils sont en liens avec les variables.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			La procédure de recherche est décrite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Oui, le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Genève a donné son consentement.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, ils ont utilisé le SPSS et la corrélation de Pearson. Ils ont utilisé le modèle multi variable pour les variables indépendantes. Ils ont utilisé un modèle de Step by Step et de multiple régression.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, ils sont présentés sous forme de tableaux et de résumé narratif.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Non, ils ne sont pas interprétés en fonction du cadre conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, ils prennent en considération des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, ils ont un chapitre juste pour les limites.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, ils abordent la génération des conclusions sous les limites.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui ils ont un chapitre qui traitent les conséquences de l'étude sur la pratique clinique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Non, ils ne font pas de recommandations pour les travaux de recherche futurs.
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 bien structuré et bien détaillé pour une analyse critique.
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.
Introduction Problème de recherche	Beaucoup de parents n'ont pas confiance en leur capacité d'être de bons parents. L'auto-efficacité parentale (AEP) est importante pour le sentiment de bien-être des parents, est un indicateur possible des pratiques parentales et pourrait être un indicateur de risque. Pour devenir parent, il faut établir une relation avec le nourrisson et acquérir des compétences en matière de soins. Dans cette étude, l'interaction parent-enfant est examinée du point de vue des parents sur leur auto-efficacité parentale.
Recension des écrits	Selon le modèle de Barnard, l'interaction parent-enfant est un processus d'adaptation mutuelle. Bandura a conclu que pour que les parents emploient avec succès leur comportement parental, ils doivent à la fois croire que celui-ci produira le résultat souhaité et avoir confiance en l'exécution du comportement spécifiques. L'auto-efficacité parentale est également un prédicteur possible des pratiques parentales adéquates et pourrait être un indicateur de risque. Les pratiques parentales constituent un fondement essentiel de la croissance et du développement du nourrisson. Plusieurs études ont été menées sur les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale mais les auteurs de celles-ci recommandent que plus de recherche soient faites.
Cadre théorique ou conceptuel	Cette étude se base sur les cadres théoriques et conceptuels de Barnard (interaction mère-enfant) et Bandura (théorie de l'auto-efficacité).
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude vise à étudier les corrélations entre les parents, les nourrissons et l'environnement en ce qui concerne la perception des mères et des pères à l'égard de leur auto-efficacité.
Méthodes Devis de recherche	Étude quantitative, corrélationnelle et transversale

Population, échantillon et contexte	Les données ont été recueillies dans un échantillon de convenance, auprès de parents qui ont donné naissance dans deux hôpitaux universitaires publics (Hôpitaux A et B) du sud de la Finlande. L'échantillon était composé de mères et de pères ou de partenaires de la mère. Les primipares et les multipares ont été incluses. Les parents devaient être capable de comprendre et d'écrire le finnois, au moins un parent de la famille devait être disposé à participer et le nourrisson devait être traité à l'unité de maternité ou de néonatalogie. Les mères donnant naissance à plusieurs bébés en même temps, les parents ayant reçu un congé précoce et ceux recevant des visites à domicile ou appels téléphoniques d'une infirmière ou d'une sage-femme de la maternité après leur congé ont été exclus.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les parents admissibles ont été informés de l'étude la veille de quitter l'hôpital. Des feuillets d'information, des formulaires de consentement et de questionnaires ont été distribués aux mères et aux pères de 1300 familles ; 961 mères et 580 pères ont accepté de participer. Il a été conseillé aux parents de remplir le questionnaire d'auto-évaluation à l'hôpital ou au plus tard une semaine après leur sortie. Les questionnaires ont été retournés par 469 mères (67%) et 307 pères (44%) de l'hôpital A, et 394 mères (66%) et 218 pères (36%) de l'hôpital B. Les données ont été recueillies entre octobre 2006 et avril 2007. Le questionnaire était fondé sur de multiples variables, qui ont été mesurées à l'aide de plusieurs instruments élaborés par différents chercheurs. Tous les instruments ont été mis à l'essai auprès de professionnels des soins de maternité avec un niveau doctoral (N=7) et de parents de nourrissons (N=70 familles). D'après l'étude pilote, il a fallu en moyenne 32 minutes pour remplir le questionnaire, qui comportait un total de 167 questions.
Déroulement de l'étude	L'auto-efficacité parentale a été traitée comme une variable dépendante et mesurée au moyen d'un nouvel instrument. L'instrument a été développé sur la base de la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1997), de recherches antérieures, recommandations nationales en matière de puériculture et connaissances tacites. Bandura identifie trois dimensions dans l'AEP : le niveau, la généralité et la force. Dans cette étude, le niveau fait référence à la difficulté des tâches, la généralité à des modalités d'expression des différentes tâches (cognitives, affectives, comportementales), et la force au degré de confiance de la personne (échelle de 1 à 6). Tous les articles sont formulés positivement selon les recommandations de Bandura. Les items reflètent non seulement les tâches quotidiennes des soins aux nourrissons, mais aussi les comportements interactifs (Barnard 1989). L'analyse factorielle a été effectuée en utilisant le maximum de vraisemblance comme méthode d'extraction pour tester la structure des facteurs de l'AEP. Les facteurs ont été tournés à l'aide de Varimax avec normalisation Kaiser. Cette analyse a appuyé l'utilisation de trois modalités : les habiletés affectives, cognitives et comportementales liées aux AEP.

	<p>Les variables indépendantes étaient constituées de plusieurs attributs parentaux, infantiles et environnementaux. Les attributs des parents étaient l'âge, la parité, l'éducation, l'état matrimonial, le concept de soi, les symptômes dépressifs (Edinburgh Postnatal Depression Scale), le changement de vie et le rôle central, la naissance d'un enfant, l'état d'esprit des parents au congé et leur attitude envers leur condition familiale pendant leur grossesse. Les attributs du nourrisson étaient le sexe, les semaines de gestation, le poids à la naissance, l'âge actuel et la perception qu'avaient les parents du nourrisson. Les réponses à une question ouverte concernant les problèmes de santé du nourrisson ont été divisées en deux catégories : aucun problème ou problème de santé quelconque. Les attributs environnementaux étaient le type d'accouchement, le logement, les pratiques alimentaires, les conseils et la présence du père à la maternité, le fonctionnement de la famille, la santé familiale et le soutien social du personnel. Les instruments mesurant les variables indépendantes avaient des valeurs alpha de Cronbach entre 0.66 et 0.96.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le protocole de recherche a été approuvé par les comités d'éthique et de gestion de la recherche appropriés. Les principes éthiques énoncés dans la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale (1964) ont été suivies. La permission d'utiliser les instruments a été obtenue des détenteurs des droits d'auteur. Il n'est pas indiqué si les participants à l'étude ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 16.0. La note totale pour l'instrument d'AEP a été calculée en additionnant les notes de tous les items de l'instrument et en divisant la somme par le nombre d'items. Les scores individuels pour le concept de soi et les symptômes dépressifs (EPDS) ont été calculés en additionnant les scores pour tous les items de l'instrument. Les scores totaux pour les autres variables indépendantes ont été calculés en additionnant les scores de tous les items de la sous-échelle ou de l'instrument et en divisant la somme par le nombre d'items.</p> <p>Dans l'échelle de l'AEP, les scores les plus faibles indiquaient une meilleure santé, tandis que les scores les plus élevés dans tous les autres instruments indiquaient de meilleurs résultats.</p> <p>Des comparaisons ont été faites entre les scores des mères et des pères dans les deux hôpitaux. La signification statistique dans la comparaison des mères et des pères a été déterminée par les modèles GEE, et les niveaux de signification statistique pour les moyennes de l'AEP par ANOVA unidirectionnelle. Les corrélations ont été déterminées par les coefficients de Pearson et Spearman. Enfin, une analyse de régression multiple a été utilisée pour déterminer l'effet du plus grand nombre et des attributs du nourrisson, des parents et de l'environnement les moins significatifs sur le plan statistique ainsi que leur effet combiné. Dans les</p>

	analyses de régression, les variables catégorielles ont été traitées comme des facteurs fixes. Dans les modèles de régression, la multicolinéarité était faible.
Présentation des résultats	<p><u>Perceptions de l'auto-efficacité parentale et facteurs contributifs :</u></p> <p>En moyenne, les score AEP des mères et des pères étaient élevés. Dans l'hôpital A, le score moyen des mères pour l'AEP était de 5 et de 4,7 pour les pères. Les scores moyens des mères pour les habiletés cognitives liées aux AEP étaient de 5,1, les habiletés affectives de 4,6 et les habiletés comportementales de 5,2. Les scores moyens des pères étaient respectivement de 4,7 / 4,3 et 4,8. Les différences entre les mères et les pères étaient statistiquement significatives (P=0.001) dans toutes les catégories. Les chiffres correspondants de l'AEP chez les mères de l'hôpital B étaient de 4,9 et les pères 4,6. Le score moyen des mères pour les habiletés cognitives liées à l'AEP était de 5, les habiletés affectives de 4,6 et les habiletés comportementales de 5,1 ; et les pères de 4,6 / 4,3 et 4,7. Là encore, ces différences étaient statistiquement significatives dans toutes les catégories (P=0.001).</p> <p>Les parents qui ont fait des études postsecondaires ont obtenu les résultats les plus faibles. Cependant, des différences statistiquement significatives n'ont été observées que chez les mères et les pères de l'hôpital A. L'état matrimonial n'a pas eu d'effet statistiquement significatif sur l'AEP. Une atmosphère détendue ou une attitude confiante des parents pendant la grossesse prédisait des AEP statistiques significativement plus élevées dans tous les groupes de parents, à l'exception des pères de l'hôpital B. Les nouveaux parents ont obtenu des résultats statistiques significativement plus faibles aux AEP que les parents qui avaient deux enfants ou plus. Le sexe du nourrisson n'a pas eu d'influence significative. Le type d'accouchement, les différentes pratiques de cohabitation et la présence du père à la maternité n'ont pas eu d'influence significative, à l'exception de la cohabitation des pères de l'hôpital B et de la présence du père à l'hôpital A. les mères qui allaitaient exclusivement au sein ont obtenu les meilleurs résultats significatifs en matière d'AEP.</p> <p><u>Effet combiné de groupes d'attributs distincts :</u></p> <p>L'âge des parents n'avait pas de corrélation significative avec l'AEP dans aucun groupe de parents, mais l'éducation montrait une corrélation significative dans certains groupes. Les changements dans la vie et l'expérience de l'accouchement n'étaient corrélés à l'AEP que chez les mères. Ensemble, l'âge des parents, le niveau d'instruction, la centralité du nourrisson, le changement de vie et l'expérience de l'accouchement expliquent 11 à 7% de la variation de l'AEP chez les mères de l'hôpital A et 10 à 2% chez celles de l'hôpital B. Les attributs les plus significatifs sur le plan statistique dans tous les groupes de parents étaient la parité, le concept de soi, les symptômes dépressifs et l'état d'esprit des parents au congé. Leur effet combiné explique 42 à 5% de la variation de l'AEP des mères à l'hôpital A et 33 à 6% des mères de l'hôpital B.</p>

	<p>L'effet combiné de l'âge des parents, du niveau d'instruction, de la centralité du nourrisson, du changement de vie et de l'expérience de l'accouchement explique 29 à 1% de la variation de l'AEP des pères à l'hôpital A et 23 à 8% des pères de l'hôpital B.</p> <p>Parmi les attributs du nourrisson, les semaines de gestation, le poids à la naissance, la santé et l'âge actuel n'ont pas montré une forte corrélation avec les AEP. L'effet combiné de ces quatre attributs n'explique que 2,5% et 2,5% de la variation de l'AEP chez les mères et pères A et 3% et 4,9% chez les mères et pères B. Par contre, les perceptions des parents à l'égard du nourrisson étaient statistiquement corrélées de façon significative avec l'AEP, ce qui explique 16,1% des variations de l'AEP chez les mères A et 19,5% chez les mères B. Chez les pères, les perceptions des parents à l'égard du nourrisson expliquent 17,5 chez les pères A et 15,7% chez les pères B.</p> <p>L'internat, les pratiques alimentaires, la présence du père et le soutien social du personnel de la maternité n'ont pas montré de corrélation significative avec l'AEP. Le fonctionnement de la famille, la santé de la famille et les conseils du personnel de salle étaient perçues comme es attributs environnementaux les plus significatifs sur le plan statistique. Leur effet combiné explique 17,4% des AEP de mères A, 25,2% des mères B, 26% des pères A et 21% des pères B.</p> <p><u>Effet cumulatif des attributs des parents, du nourrisson et de l'environnement :</u></p> <p>L'effet cumulatif des attributs des parents les plus significatifs sur le plan statistique (parité, concept de soi, symptômes dépressifs, état d'esprit au congé), attributs du nourrisson (perception du nourrisson) et attributs environnementaux (fonctionnement familial, santé familiale, conseils) explique 46 à 3% de la variation de l'AEP des mères A et 48 à 0% des mères B. l'effet cumulatif des attributs les plus significatifs sur le plan statistique pour les parents, les nourrissons et l'environnement était de 44 à 8% dans l'hôpital A et de 37 à 5% dans l'hôpital B.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude ont montré que les scores AEP des mères étaient significativement plus élevés que ceux des pères, ce qui est conforme aux résultats de plusieurs études antérieures. De plus, plusieurs chercheurs ont constaté que les nouveaux parents ont obtenu des résultats significativement plus faibles aux AEP que les parents expérimentés au début de la période postpartum. S'appuyant sur sa méta-synthèse, Nelson (2003) conclut que les professionnels doivent rester sensibles à l'insécurité des primipares. Bandura (1997) a également souligné que les expériences et l'état d'esprit au moment du congé de l'hôpital sont statistiquement corrélés de façon significative avec l'AEP des mères et des pères. Ces corrélations étaient plus fortes chez les mères que chez les mères. L'attitude parentale positive pendant la grossesse était corrélée à un niveau d'éducation postsecondaire élevé chez les mères des hôpitaux A et B et les pères A. de plus, des</p>

changements mineurs dans la vie et une expérience positive de l'accouchement indiquent un niveau d'éducation postsecondaire plus élevé chez les mères mais pas chez les pères. La plupart des pères finlandais sont présents pendant le travail et leur expérience de l'accouchement est plus optimiste que celle des mères. Dans cette étude, il a été constaté que l'âge, le niveau de scolarité et l'état matrimonial des parents ne correspondaient pas étroitement à l'AEP de la mère ou du père. Cela est en contradiction avec d'autres études. Cependant, une autre étude a découvert que différents pays ont des valeurs, des lois et des politiques familiales contrastées qui peuvent avoir une incidence sur l'éducation des enfants. En Finlande, les parents sont très instruits et toutes les familles ont accès à des prestations de sécurité sociales complètes, y compris des prestations universelles incluant les soins de santé, le congé parental et les prestations pour enfants. Selon Bandura (1997), les difficultés liées aux différents attributs du nourrisson peuvent refléter la difficulté perçue des tâches. Dans cette étude, la perception générale des parents à l'égard du nourrisson a montré la corrélation la plus significative sur le plan statistique avec l'AEP de la mère et du père. Les parents dont les nourrissons avaient des problèmes de santé avaient des scores AEP inférieurs à ceux des parents dont les nourrissons étaient en bonne santé, mais la signification statistique de ces différences variait selon les groupes de parents.

Le sexe des nourrissons n'a pas été corrélé avec l'AEP dans aucun des groupes de parents, ce qui est conforme à d'autres études. Des recherches antérieures ont également indiqué que l'âge du nourrisson peut avoir une incidence sur les AEP. Cependant, dans cette étude, aucun parent n'a été touché par l'âge du nourrisson. Cela s'explique peut-être par le court laps de temps : les participants ont rempli le questionnaire principalement pendant la première semaine postpartum et seulement à un moment précis.

Il est attendu à ce que les parents offrent un environnement optimal pour le développement de leur enfant. Ces constatations ont montré qu'un meilleur fonctionnement et une meilleure santé de la famille sont en corrélation avec un niveau d'études postsecondaires plus élevé. En fait, dans le cas des pères, le fonctionnement de la famille était l'un des trois principaux facteurs prédictifs de l'AEP, et ces corrélations étaient encore plus fortes que chez les mères.

Il est également attendu à ce que les professionnels offrent un environnement favorable à l'éducation des enfants. Les résultats de cette étude indiquent que plus les parents étaient satisfaits des conseils qu'ils recevaient du personnel hospitalier, plus ils en percevaient l'efficacité. Des études antérieures ont révélé que le soutien social du personnel et les différents types de pratiques hospitalières ont un impact positif sur le rôle parental. Ce point reste à définir plus précisément dans des futures recherches.

Forces et limites	<p>L'instrument utilisé pour mesurer la variable dépendante de l'AEP a été utilisé pour la première fois dans ce projet de recherche. Afin d'améliorer la validité du contenu de l'instrument, il a été élaboré avec l'aide d'experts en milieu hospitalier universitaire et mis à l'essai. De plus, l'analyse factorielle réalisée dans le cadre de cette étude a soutenu la théorie (Bandura 1997), sur la base de laquelle l'instrument a été développé. La fiabilité de la cohérence interne entre les différentes catégories semblait bonne.</p> <p>Les méthodes statistiques utilisées dans cette étude se limitent aux corrélations linéaires et n'apportent aucune lumière sur la causalité.</p> <p>Les données ont été recueillies auprès de parents parlant finnois dans deux hôpitaux distincts en milieu urbain. Les résultats de ces deux ensembles de données sont complémentaires, mais ils ne peuvent être généralisés à des contextes culturels ou environnementaux différents.</p> <p>L'échantillon de cette étude comprenait des parents expérimentés et inexpérimentés.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> – Il est recommandé d'évaluer l'auto-efficacité parentale pour identifier les groupes à risque et les parents à risque – Les professionnels de la santé devraient discuter avec les parents de leurs symptômes dépressifs, de leur état d'esprit au moment de la sortie, de la perception du nourrisson et du bien-être de la famille, ainsi que de l'attitude des mères à l'égard de leur rôle de parent, de leur expérience de l'accouchement et du changement de vie. – D'autres recherches sont recommandées pour examiner l'effet de la cohabitation, des pratiques alimentaires, de la présence des pères et du soutien social du personnel et de l'auto-efficacité parentale et pour évaluer les scores de risque pour les parents à risque.
Remarques	

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.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui le titre indique que l'étude parlera de l'auto-efficacité parentale après l'accouchement.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il est facile de comprendre le but, la méthode et les résultats de cette étude juste en lisant le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Différentes échelles, la théorie de Bandura ainsi que le modèle mère-enfant de Barnard sont présentés afin d'introduire la thématique.
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			Plusieurs études faites sur le même sujet sont présentées brièvement. Celles-ci permettent de comprendre les motivations des chercheurs et à argumenter leurs variables.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les théories de Bandura et de Barnard sont présentées et utilisées dans cette étude.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette étude est clairement formulé.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Cette étude est quantitative. C'est une étude corrélacionnelle et transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il est précisé qu'autant les pères que les mères ont répondu à cette étude. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairs.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Il y a le nombre de participants, nombre de père et nombre de mères mais il n'y a pas énormément d'informations sur les participants. Cela doit être sûrement due au grand nombre de participants.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Un projet pilote a été mis en place quelque temps auparavant. Il n'y a pas plus d'informations
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			Les questionnaires sont présentés et comprennent toutes les variables.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les variables que l'étude veut analyser sont mesurables grâce à ces questionnaires.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Il est décrit que les questionnaires devaient être rempli au plus tard une semaine après l'accouchement. Chaque parent a donc rempli ce questionnaire a un autre moment. → Manque de précisions

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Toutes les mesures éthiques ont été prises selon l'étude, mais elles ne sont pas présentées.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Tous les chiffres sont présentés sous forme de pourcentage, de score moyen ou de valeur p
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Deux tableaux présentent les différentes variables et attributs de cette études.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats sont présentés sur le modèle de Barnard. Ils sont également interprétés /comparés à Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les variables les plus significatives sont comparées à d'autres études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de cette étude sont définies.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les résultats ne peuvent être généralisés à des contextes culturels ou environnementaux différents.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs recommandent de faire des recherches plus approfondies. Ils mettent également en avant quelques aspects pratique pour les soignants tout en gardant en tête qu'il manque de recherches à ce sujet.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Par rapport aux limites de cette étude ainsi que pour continuer la recherche dans cette direction, les chercheurs font des recommandations
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		Cet article n'est pas bien structuré au niveau de la discussion. Il aurait été plus simple de l'analyser si les variables étaient séparées selon le modèle de Barnard par exemple.
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.
Introduction Problème de recherche	L'auto-efficacité parentale/maternelle (MPSE) est une des composantes la plus importante pour la transition vers la maternité. L'auto-efficacité de la mère par rapport à la parentalité a non seulement un effet sur son bien-être psychique, mais il peut aussi avoir un effet sur le développement psychosocial de l'enfant. La période postnatale est une période de transition stressante surtout pour les primipares, vu que la réalité des soins d'un enfant frappe seulement après avoir accouché. Si les primipares n'ont pas un bon soutien pendant cette période, non seulement vont-elles avoir une auto-efficacité maternelle basse, mais le bien-être de la femme et de l'enfant sera également affecté.
Recension des écrits	Huit études quantitatives sur la MPSE ont reporté que la MPSE est positivement relié avec la multiparité, le support social, la satisfaction parental et marital, et négativement relié avec le stress maternel et la dépression postnatal (PND). Une étude a trouvé que le support social est un des facteurs qui améliorent la MPSE, et la PND est un des facteurs qui diminuent la MPSE à 6 semaines postpartum. D'autres études ont trouvé des résultats similaires. Une étude a examiné l'auto-efficacité des couples avant l'accouchement et à 4 mois postpartum. Ils ont reporté que le support social est associé avec l'auto-efficacité maternelle. Une autre a reporté que la multiparité, le type et la qualité du support social et des symptômes dépressifs ont une influence sur l'auto-efficacité. Une étude a reporté que la dépression et la satisfaction maternelle des soins du nouveau-né à 6 semaines postnatal sont les prédicteurs principaux de l'auto-efficacité. Par contre chaque étude a utilisé des outils différents pour évaluer l'auto-efficacité, ce qui rend la comparaison difficile. Une étude locale a utilisé l'instrument d'approche par domaine spécifique le Perceived Maternal Parental Self-Efficacy (PMP-S-E) pour examiner les prédicteurs de la PMSE et sa corrélation avec le support social parmi les primipares et multipares. Une corrélation positive a été trouvée entre la MPSE et le support social. L'âge maternel, la parité et le support social sont des prédicteurs de la MPSE. Une étude a trouvé que la variance

	<p>de l'auto-efficacité des primipares était expliquée par la perception du support social et de la dépression de la mère à 1 mois postpartum. Une autre a reporté que la dépression (38%) et le support social (66%) sont les prédicteurs les plus forts pour l'auto-efficacité.</p> <p>Malgré les liens évidents entre l'auto-efficacité, le support social et la dépression postnatale, seulement peu d'études ont examiné les trois facteurs inter relié pour les mères dans la période postnatale. Parmi les études limitées, les études sont restées concentrées sur les mères occidentales ou des groupes d'ethnies spécifiques comme la chine.</p> <p>Bien que la dernière étude locale ait examiné les prédicteurs de la MPSE chez les primipares et multipares, la preuve sur l'origine ethnique étant un facteur prédicteurs est incertain. En connaissant les besoins spécifiques des primipares, et les liens entre la MPSE, le support social et la PND, cette étude permettra de faire une extension des recherches antérieures en examinant des prédicteurs de la MPSE chez les primipares de plusieurs groupes ethniques.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La MPSE est la croyance d'une mère en ses capacités à effectuer des tâches dans les soins du nouveau-né (Bandura, 1997). Les mères qui ont un niveau de MPSE élevé sont plus persistantes à gérer des difficultés ou des challenges dans les soins du nouveau-né et ont plus tendance à avoir des meilleures stratégies d'adaptation. De plus, le niveau de MPSE détermine les efforts maternels et le maintien de la performance dans les tâches impliquant les soins de leur nouveau-né au début du postpartum.</p> <p>De nombreux facteurs tels que les ressources personnelles, sociales et environnementales ont une influence sur la MPSE. Les facteurs qui jouent un rôle important sont a) les attributs maternels tels que son âge, statut socio-économique, ses expériences antérieurs avec des soins d'un enfant, et son état émotionnel b) les attributs de l'enfant tels que sa santé, irritabilité, et tempérament c) les attributs environnementaux tels que la famille, la satisfaction maritale, et le contexte social et culturel.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de cette étude est d'examiner les prédicteurs de l'auto-efficacité maternelle/parentale et les relations avec le support social, la PND, et les variables socio-démographiques pendant la période postnatale de la population multiculturelle de Singapour. Les questions de recherches sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Quels étaient les niveaux de la MPSE, le support social reçu par les mères et la PND ? b) Qu'est-ce qui était la prévalence de la PND ? c) Quelles étaient les relations entre la MPSE, le support social et la PND ? d) Quels étaient les prédicteurs de la MPSE ?
Méthodes	Etude descriptive et corrélationnelle a été utilisé (quantitatif).

Devis de recherche	<p>L'étude a été faite dans un hôpital public tertiaire où environ 3'000 bébés sont nés annuellement. Les mères sortent généralement de l'hôpital 1 à 3 jours postpartum. Un échantillon de convenance a été utilisé pour recruter des primipares le jour de sortie de l'hôpital. Les critères d'inclusions étaient des primipares qui a) avaient entre 21 et 45 ans, b) ont délivré un enfant indépendamment du mode d'accouchement, c) pouvaient lire et écrire en Anglais. Les critères d'exclusion étaient des mères qui a) avaient des déficiences cognitives dans leur dossier médical, b) ont eu des complications antepartum, intrapartum ou postpartum, c) ont accouché d'un bébé avec des anomalies ou un mort-né, d) ont eu un bébé qui a dû être hospitalisé. L'estimation de l'échantillon a été basée sur l'analyse corrélacionnelle d'une étude antérieure qui a reporté que la MPSE était corrélé au support social et la PND. L'échantillon minimum devait être de 97 pour atteindre une taille à effet de 0.25, un pouvoir de 80% à un niveau significatif de .05. Ils ont recruté 122 participants pour cette étude.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>PMP S-E : une échelle développée en se basant sur la théorie d'auto-efficacité de Bandura.), l'échelle à 20 items a été diminuée à 17 items à cause des répétitions. Chaque item est évalué avec une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Le score total pour la PMP S-E va de 17 à 68. Un score élevé signifie une auto-efficacité élevée dans les soins du nouveau-né. Cet instrument a eu un alpha de Cronbach de .91 dans une étude antérieure et de .89 dans cette étude, ce qui a été considéré comme satisfaisant.</p> <p>Perinatal Infant Care Social Support Scale (PICSS) : mesure le support social fonctionnel et structurel. L'échelle de support fonctionnel comprend 4 sous-échelles (22 items) : Le support informationnel (7 items), le support instrumental (7 items), le support émotionnel (4 items) et la capacité à s'évaluer (4 items). Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Le score total du support social fonctionnel va de 22 à 88. Les scores de l'informationnel et l'instrumental vont de 7 à 28, et l'émotionnel et l'évaluation vont de 4 à 16. Pour pouvoir faire des comparaisons de toutes les sous-échelles de cette étude, les scores des 4 sous-échelles ont été transformés en un dénominateur commun de 100. L'échelle de support social structurel a identifié des individus qui fournissaient 4 types de support fonctionnel aux mères et compris 9 items. Les sous-échelles de l'échelle de support structurel étaient du support de sources formelles (infirmières/sages-femmes, médecins et autres par exemple des gouvernantes) et des sources informelles (mari/partenaire, parents maternels, les beaux-parents, les proches, les amis et les voisins) sur tous les 4 sous-échelles du support social fonctionnel. Si les participants répondaient « oui » à une des 4 sous-échelles de support venant d'au moins une source, ils étaient considérés comme ayant reçu cette</p>

	<p>forme particulière de support structurel. Le score total allait de 0 à 36. Pour comparer, les scores des 2 sous-échelles étaient transformés dans le dénominateur commun de 100. L'alpha de Cronbach du total de PICSS était de .80 dans la dernière étude et .78 dans cette étude.</p> <p>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : un instrument de 10 items pour dépister les symptômes dépressifs pendant la période périnatale. Il a un score allant de 0 à 30. Les scores allant au-dessus de 13 ont 60 à 100% de probabilité de rencontrer les critères de diagnostic de la dépression, un score de coupure à 13 a été utilisé pour dépister la PND dans cette étude. La sensibilisation de l'EPDS allait de 68 à 80% et sa spécificité était de 77%. Le coefficient de l'alpha de Cronbach de l'EPDS dans cette étude était .78.</p> <p>Questionnaire socio-démographique : a été utilisé pour les données sur l'âge, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, et la participation au programme d'éducation prénatale.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données étaient collectées entre Juillet et Septembre 2012 Les femmes ayant montré des symptômes de la PND mesuré avec l'EPDS ou en montrant des signes de détresse pendant les collectes de données ont été renvoyées voir leur obstétricien pour une consultation. Après avoir eu l'approbation Ethique, les données étaient collectées le jour de sortie de l'hôpital des participants. Un total de 140 mères a été approché. Un consentement éclairé a été écrit par 122 mères. Les participantes ont été demandées de remplir les questionnaires et de les rendre aux chercheurs avant de rentrer chez eux.</p>
Considérations éthiques	<p>Les considérations éthiques ont été approuvées pour l'étude par le comité d'examen institutionnel de l'hôpital participant. Les principes d'éthiques comme la participation volontaire, la confidentialité des données, et obtenir le consentement éclairé étaient suivi. La permission d'utiliser les instruments a été obtenue.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les données ont été analysées en utilisant l'IBM SPSS Version 20.0 pour Windows. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour reporter les caractéristiques démographiques et les variables de l'étude. Après avoir confirmé la normalité, la corrélation du coefficient du Pearson Product-Moment a été utilisée pour examiner la relation entre la MPSE, le soutien social et la PND. De multiple régression linéaire ont été utilisée pour examiner les prédicteurs de la MPSE. Due à l'importance clinique des variables démographiques avec le support social et la PND, toutes les variables démographiques, du soutien social et de la PND ont été intégrées dans l'analyse de régression. Pour la variable continue tel que l'âge, des associations linéaires ont été trouvées entre l'âge et la MPSE, et donc ils ont été intégrés tel quel dans le modèle de régression.</p>

	<p>Similairement, les deux variables binaires (participation des cours anténatal) et les variables continues (PND) ont été intégrées tel quel dans le modèle de régression. Pour l'ethnicité, des variables fictives ont été créées.</p>
Présentation des résultats	<p>Démographiques : le taux de réponse ? était de 87% (122 sur 140). L'âge moyen des mères étaient de 28.5 ans. La majorité des mères étaient chinoises (n=39, 32%), mariées (n=115, 94.3%), avaient au moins un diplôme universitaire (n=101, 82.8%), employées (n=85, 69.7%) et avaient un revenu annuel de plus de 2,500 US (n=84, 69%). 21.3% (n=26) avaient eu des cours anténataux et plus de la moitié avaient eu un accouchement vaginal normal (n=67, 54.9%).</p> <p>Maternal Parental Self-Efficacy : la MPSE dans cette étude va de 20 à 50. (M= 31.6, SD= 7.0). Une auto-efficacité maternelle basse a été identifiée sur la plupart des soins des nouveaux né (donner le sein, habiller le bébé, donner le bain au bébé, rendre le bébé heureux, réconforter le bébé qui pleure, avoir l'attention de l'enfant, savoir quand l'enfant est fatigué et a besoin de dormir, avoir le contrôle sur le bébé, savoir quand il est malade, lire les indices du bébé, comprendre les besoins du bébé, garder l'enfant occupé et savoir quelles activités le bébé n'aime pas).</p> <p>Support social : le total du score du support social, qui est combiné avec le support fonctionnel et structurel, allait de 39 à 74 (M= 56.8, SD= 6.7). Le score du support social fonctionnel des nouvelles mères allait de 33 à 66. (M=50.3, SD= 6.2). La transformation de la moyenne informationnelle (M=46.1, SD=10) et le support instrumental (M=54.6, SD=7.1) était plus bas que l'émotionnel (M=74.4, SD=11.9) et le support du jugement (M=63.1, SD= 10.6). Pour les items individuels, l'information sur comment réconforter le bébé (M=1.5, SD= 0.7), prendre soin du corps de la mère après l'accouchement (M=1.2, SD= 0.4), et apprendre des expériences antérieures des autres mamans (M=1.4, SD= 0.7) manquaient. Les mères avaient aussi un support instrumental plus bas dans le réconfort du bébé qui pleure (M=1.3, SD= 0.5), et donner le bain au bébé (M=1.2, SD= 0.5). En termes de support structurel, le score allait de 4 à 13 (M=6.6, SD= 2.2). Globalement, les sources principales du support structurel sur les 2 sous-échelles du support structurel étaient informelles (transformé en M=25, SD= 7.9) tels que les mères et maris, plutôt que formelles (transformé M=4.6, SD=6.7), tels que les professionnels de la santé.</p> <p>PND : les scores du PND allaient de 0 à 22 (M=8.2, SD= 4.1) et la majorité des mères avait un score de moins de 13, 13 étant le score pour le diagnostic des symptômes de la PND. Une prévalence de la PND à 13.9% a été trouvée, avec un intervalle de confiance de 95% (CI).</p>

	<p>Relation entre le MPSE, support social et la PND : MPSE avait une relation significativement positive avec le total du support social ($r=.302$, $p< .001$) et une relation significativement négative avec la PND ($r= -.24$, $p=.025$).</p> <p>Prédicteurs de la MPSE : Dans le tableau 2, le total du support social, l'âge, l'ethnie, et le revenu du foyer étaient des prédicteurs pour la MPSE. C'est-à-dire avoir un plus grand support social, un revenu mensuel plus élevé, être plus jeune, et d'appartenir à d'autres groupes ethniques que les chinois étaient les prédicteurs principaux pour une MPSE plus élevée, ce qui explique la variance de 56% (ajusté $R^2=.56$).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Bien que la différence entre les chinois et les autres ethnies soit relativement grande dans la population générale, cette étude avait une bonne représentation de toutes les ethnies.</p> <p>La majorité des participants était bien éduqué et avait des revenus moyens de mères qui travaillent. Des caractéristiques similaires ont été reportées dans d'autres études locales incluant des nouvelles mères, ce qui peut avoir un lien avec la demande de la langue pour participer à cette étude.</p> <p>Comme les études locales, la MPSE était basse pour des soins du nouveau-né tels que donner le sein, réconforter le bébé qui pleure, et donner le bain. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura, qui soulignait l'importance de 4 facteurs pour augmenter l'auto-efficacité. Ces 4 facteurs sont l'expérience de la maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et l'état émotionnel et physique de quelqu'un ayant un effet sur les croyances de leur auto-efficacité. Il peut être pensé dans cette étude que les primipares manquaient d'expériences antérieures et d'expérience vicariante pour effectuer leurs tâches reliées aux soins du nouveau-né ce qui expliquerait une MPSE basse. Plusieurs résultats d'une auto-efficacité basse dans les différents soins du nouveau-né dans la période postpartum ont été reportés dans des études internationales. Selon une étude irlandaise, le support donné à l'hôpital a pu augmenter la confiance chez les mères, ce qui explique des résultats d'auto-efficacité plus élevée. Or contrairement à notre étude, les primipares irlandaises ont surestimé la MPSE pendant qu'elles étaient à l'hôpital. Ceci pourrait être expliqué par la différence culturelle entre les participants des deux études. En plus, des résultats ont montré que la culture jouait un rôle dans l'influence des expériences des mères dans la période postnatale. C'est pourquoi, des soins inclinés culturellement pourraient être aidant pour les nouvelles mères dans la période postnatale.</p> <p>Globalement les mères dans cette étude avaient un niveau de support social modéré. Or, en termes de support fonctionnel, les mères ont signalé avoir un niveau de support informationnel et instrumental inférieur à un support émotionnel et de jugement. Ces résultats sont cohérents avec des études locales et internationales antérieures. Les études locales ont montré que les mères manquaient de support informationnel et instrumental</p>

des professionnels de la santé. D'autres auteurs ont signalé que le support informationnel et émotionnel des professionnels de la santé était important pour les primipares. L'explication pour les niveaux de soutien informationnel et instrumental bas pourrait être à cause du fait de laisser sortir les femmes assez en avance de l'hôpital après un accouchement à Singapour. En moyenne, les femmes sortent de l'hôpital entre les 48 et 72 heures après l'accouchement. A cause de ça, il pourrait manquer de temps et d'opportunité pour les professionnels de santé pour fournir l'éducation et le support adéquat pour les mères. Le seul genre de support accessible pour les mères sont des rendez-vous de suivi chez le médecin. C'est pourquoi, évaluer la MPSE lorsque les mères sont en contact avec les professionnels de la santé dans l'hôpital, pourrait être vital pour identifier les besoins d'une mère pour un suivi approprié.

En cohérence avec d'autres études, les sources de support informel tels que le mari et des mères maternelles étaient les ressources principales pour le soutien social structurel. L'enjeu culturel a peut-être aussi une influence pour le soutien accessible pour les mères asiatiques dans le début du postpartum. En effet, certaines mères surtout en Chine, Inde et Malaisie sont attendues à se reposer le premier mois postpartum. Il est aussi possible dans cette étude que les mères ayant un bon revenu, avaient donc peut-être la possibilité d'augmenter leur cercle social en engageant une aide

Bien que le jour de sortie pour identifier une dépression postpartum soit trop tôt et que certaines mères pouvaient expérimenter le baby blues jusqu'à 5 jours postpartum, cette étude pouvait identifier les mères à risque, permettant de leur fournir un soutien individuel adéquat.

En cohérence avec la théorie de l'auto-efficacité de Bandura et d'autres études, cette étude a trouvé que l'auto-efficacité avait une relation significative et positive avec le soutien social. La théorie de l'auto-efficacité de Bandura explique que la résilience face à l'adversité, au stress et à la dépression vécus pour faire face à diverses demandes et les niveaux d'accomplissement ressentis et la recherche d'un comportement, sont des conséquences des croyances de l'auto-efficacité personnelle. Une mère avec une MPSE élevée sera plus persistante quand il faudra faire face à des challenges dans les soins du nouveau-né et aura plus tendance à prendre des mesures en mains et demander de l'aide des autres. Des recherches ont montré que l'expérience vicariante et la persuasion verbale sont des composantes de la théorie de l'auto-efficacité de Bandura et sont liées avec le support social, qui a une grande influence sur l'auto-efficacité.

Le support social, et des données démographiques comme l'ethnie, l'âge de la mère et un revenu plus élevé sont des prédictors de la MPSE. Le support social comme prédictors de la MPSE est en accord avec des études antécédentes. C'est aussi en cohérence avec les connaissances de Bandura qui dit que le soutien informationnel et instrumental en termes d'expérience vicariante et de jugement des autres améliorent la MPSE. Seulement dans cette étude ont-ils trouvé que l'ethnicité est un prédictor de l'auto-efficacité

	<p>maternelle. Cette étude a découvert que les chinoises avaient une MPSE basse comparé aux Malayens, Indiens et d'autres groupes ethniques. Ce résultat est en cohérence avec des études qui ont trouvé que les mères à Hong Kong ont moins de MPSE dans le début de la période postpartum.</p> <p>L'âge étant un prédicteur de la MPSE dans cette étude, est cohérent avec les études antécédentes. Ceci est compréhensible étant donné que les mères plus âgées ont peut-être un cercle social plus grand et donc plus de support social qui leur permettrait d'avoir un MPSE plus élevé. Les mères avec un revenu plus élevé étaient aussi un prédicteur de la MPSE dans cette étude et les autres. En effet, avoir un revenu élevé permet à la mère de se payer une aide ce qui peut avoir un effet positif sur la MPSE de la mère.</p> <p>Contrairement aux dernières études, la PND n'était pas un prédicteur de l'auto-efficacité. Certaines études ont recueilli les données à 6 semaines postpartum alors que cette étude le jour de sorti. La possibilité de développer la PND est plus haute les 2 premières semaines postpartum plutôt qu'un an après. Peut-être que c'est pourquoi que cette étude n'a pas trouvé de lien entre la PND et la MPSE.</p> <p>Cette étude souligne la MPSE et le besoin de support social des primipares dans le début de la période postpartum. La MPSE, le support social, et la PND sont inters reliés et la MPSE est prédite par le support social, l'âge et le revenu. Bien que la PND ne soit pas un prédicteur de la MPSE, connaître les symptômes de la prévalence de la PND chez les primipares à Singapore est important.</p>
Forces et limites	<p>La généralisation des résultats était limitée car les participants étaient trouvés en faisant un échantillon de commodité dans les hôpitaux publics. Un échantillon choisi au hasard pourrait apporter des primipares avec des attributs différents. De plus, modifier l'échelle PMP S-E, en enlevant les items répétitifs demanderaient plus d'investigations pour éliminer des différences entre les items enlevés. De plus, vu que la MPSE et la PND peuvent changer avec le temps, il est recommandé dans des futurs études d'examiner la relation longitudinale de la relation entre la MPSE et la PND (jusqu'à 3 ou 6 mois postpartum) vu que les prédicteurs de la MPSE peuvent changer.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Des interventions futures peuvent être planifier pour les mères ayant des besoins plus élevés pour faciliter leur transition dans la maternité et d'améliorer leur auto-efficacité dans les auto-soins et les soins au nouveau-né.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre la prévalence de la PND chez les femmes Singapouriennes dès le jour de sortie de l'hôpital, permettrait aux professionnels de la santé de comprendre la base et de fournir des programmes éducationnels et les services de soutien pour ces mères.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de la santé pourront évaluer la MPSE et PND dans le début de la période postnatal et planifier des interventions pour rallier du soutien informel et formel du cercles sociales des mères et d'augmenter la MPSE et diminuer les symptômes de la PND. - Les sagefemmes, peuvent évaluer la MPSE, le support social et la PND durant l'hospitalisation des mères. Cela permettra d'intervenir pour les mères en proposant des programmes d'éducatons. Les mères ayant donc une MPSE basse pourraient avoir les opportunités pour s'entraîner aux nouvelles tâches pendant leur hospitalisation (expérience de la maîtrise) et des opportunités pourraient être créée pour que les primipares apprennent entres elles (expériences vicariante). En plus de ça, des feedback constructif (persuasion verbal) et de l'éducation sur le bien-être physique et émotionnel des mères pourraient commencer dès le début de la période anténatale. Ceci pourrait créer une conscience chez les nouvelles mères à propos de leur besoin au début de la période postpartum et par conséquent demander l'aide nécessaire. - Il faudrait adopter une approche centrée sur la famille en soins de maternité. Etant donné l'importance du support social dans les vies des nouvelles mères, il serait important d'inclure une éducation d'approche centré sur la famille dans les études des sagefemmes et des infirmières. A l'hôpital, les proches pourraient être encouragés à être plus actif dans le support des mères pour les soins des nouveau-nés. De plus, les infirmières et sagefemmes devraient payer plus attention aux ressources et le cercle social et émotionnel de la mère pour planifier et exécuter les soins infirmiers. Etant donné que la culture est un prédicteur de la MPSE, il faudrait créer des interventions propres à la culture pour fournir le support nécessaire à l'hôpital et à la sortie de l'hôpital.
Commentaires	C'est une bonne étude mais c'est dommage car dans les résultats, les auteurs disent qu'être jeune parent est un prédicteur de l'auto-efficacité parentale. Par contre, dans la discussion, ils disent qu'être plus âgée est un prédicteur de l'auto-efficacité parentale.

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.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, il précise clairement le problème, la population et le concept principal.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement le problème, la méthode, résultats et discussion.
Introduction de Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est clairement formulé.
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			L'état des connaissances est basé sur des recherches antérieures.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Le concept principal de l'auto-efficacité de Bandura est défini. Ce n'est par contre pas une théorie infirmière.

		X				
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X				Oui, question de recherche, but et hypothèses sont clairement formulés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X				Un plan d'étude descriptif et corrélationnel a été utilisé.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X				Oui, les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairs.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X				Oui l'échantillon est clair.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X				Oui, elle est basée sur une analyse corrélationnelle d'une étude antérieure.
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 est expliqué.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X				Oui, les instruments sont en lien avec les variables à mesurer.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X		Oui, elle est brièvement décrite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X		Oui, les considérations éthiques ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel de l'hôpital participant.
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 sont entreprises pour répondre à chaque question.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résumés sont présentés sous forme de résumé narratif et tableaux et sont clairs à comprendre.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Oui les résultats sont interprétés avec l'auto-efficacité faisant partie de la théorie de Bandura.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Oui, ils sont interprétés en prenant compte d'études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites sont expliquées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Oui la généralisation des conclusions est abordée.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, ils expliquent ce qui devrait être entrepris dans la pratique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, ils font des recommandations pour les travaux de recherche futurs.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, bien détaillé et très bien structuré 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 C

Tableau récapitulatif des résultats

Auteur (s) / Titre / Année	Objectifs ou QDR	Devis / Participants	Contexte	Méthode / Outils
<p>Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. <i>Journal of Midwifery and Reproductive Health</i>, 3(2), 368-376.</p>	<p>Examiner les prédicteurs de l'auto-efficacité parentale au début de la période postnatale chez les femmes iraniennes.</p>	<p>Etude descriptive analytique - quantitative 150 femmes primipares volontaires de 5 centres de santé de Mashhad (Iran).</p>	<p>Février à novembre 2013 Critères d'inclusion : capacité de lire et écrire, tranche d'âge entre 18 et 35ans, première grossesse, avoir un conjoint, avoir un nourrisson en bonne santé (sans anomalies). Critères d'exclusions : consommation de drogues et d'alcool, tabagisme, réadmission de la mère et du nourrisson à l'hôpital pour une raison quelconque, antécédents d'infertilité, troubles mentaux et médicaux</p>	<p>Questionnaires à remplir : EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) : Utilisée pour contrôler l'état dépressif de la mère. Le seuil de détection de la dépression était au-dessus de 10. ICQ (Infant Characteristics Questionnaire) : Utilisé pour évaluer le tempérament de l'enfant. Questionnaire composé de 24 items et de 7 degrés (1= meilleur, 7=pire). PES (Parent Expectations Survey) : Utilisée pour mesurer l'auto-efficacité maternelle. Se compose de 25 questions avec une</p>

				<p>échelle de notation de 25 à 250.</p> <p>Scale of Perceived Social Support: Utilisée pour évaluer la satisfaction de la mère à l'égard de la grossesse et de l'accouchement. Se compose de 11 questions et 2 degrés ont été élaborés (Satisfait ou Insatisfait)</p>
<p>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.</p>	<p>Le but de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs de l'auto-efficacité maternelle parentale à 12h, 48h et à 1 mois postpartum.</p>	<p>Une étude de cohorte prospective. Un échantillon de 652 mères a été recruté d'hôpitaux, et un sous échantillon de 175 mères ont été assignée.</p>	<p>Les données étaient collectées en milieu hospitalier entre 12h à 48h et à 1 mois postpartum. La collecte de données à 1 mois postpartum a été faite chez les mères.</p>	<p>PES : auto-efficacité : 25 items, échelle type Likert de 0 (ne peut pas) à 10 (peut facilement).</p> <p>Questionnaire mesurant les attitudes de l'accouchement et la naissance : la perception de l'expérience de la naissance : 29 items mesurent l'attitude avec 5 points de type d'échelle Likert. Plus le score est haut, plus l'expérience de l'accouchement est positive, avec un score total allant de 29 à 145.</p>

				<p>L'Echelle d'auto-efficacité : l'auto-efficacité en générale : 17 items sur l'auto-efficacité en générale et des mesures sur des caractéristiques personnelles qui sont reliés à l'auto-efficacité mais pas synonyme.</p>
<p>Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. <i>Maternal and Child Health Journal, 15</i>(7), 866-875.</p>	<p>Identifier les facteurs périnataux qui prédisent les femmes à risque de dépression postpartum subclinique et postpartum majeure parmi une cohorte de femmes enceintes, à faible risque médical, au Canada.</p>	<p>Étude prospective contrôlée et randomisée (cohorte). 2015 femmes enceintes, à faible risque sur le plan médical.</p>	<p>Entre avril 2001 et juillet 2004. Les femmes qui ont accepté de participer ont été réparties au hasard dans l'une des trois interventions prénatales et ont dû remplir trois questionnaires téléphoniques. <u>Critères d'exclusion :</u> âgée < 18 ans, si avaient eu leur premier rendez-vous avec la clinique prénatale avant de remplir le questionnaire de base de l'étude, si elles ne prévoyaient pas se présenter à la clinique au moment du premier appel de recrutement, si</p>	<p>Instruments de mesure utilisés :</p> <p>EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) : Utilisée pour contrôler l'état dépressif de la mère. Le seuil de détection de la dépression était au-dessus de 10.</p> <p>Kellner Symptom Questionnaire : Utilisé pour mesurer la dépression et l'anxiété pendant la grossesse.</p> <p>SSI (Social Support Index) : Utilisé pour mesurer le soutien social de la femme.</p>

			elles vivaient à l'extérieur de la Calgary Health Region, si elles n'étaient pas ou plus enceinte au moment du contact pour le recrutement, si elle ne pouvait pas communiquer dans une des différentes langues des intervieweurs (anglais, français, cantonais, mandarin, punjabi/indi, arabe)	Se compose de 17 questions conçues pour évaluer la façon dont la famille perçoit la communauté comme source de soutien. NOS (Network Orientation Scale) : Utilisé pour mesurer l'isolement social ou le manque de ressources pour chercher de l'aide. Se compose de 20 items. PES (Parent Expectations Survey) : Utilisée pour mesurer l'auto-efficacité maternelle. Se compose de 25 questions avec une échelle de notation de 25 à 250.
Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in	Le but de cette étude est de déterminer la relation entre l'auto-efficacité et les symptômes dépressifs postpartum avec le statut fonctionnel.	Il s'agit d'une étude transversale. Il s'agit de 437 femmes de nationalités iraniennes, à huit semaines postpartum, qui ont eu une grossesse sans anomalies, sans bébé mort-né, ayant	Dans de multiples centres de santé à Bonab, province de East Azerbaïdjan, en Iran, entre février 2015 à juin 2015	Questionnaire socio-démographique : questionnaire développé pour cette étude Maternal Self-Efficacy Questionnaire (MSQ) : mesure le score de l'auto-efficacité maternelle. 10 questions sont mesurées

<p>Iranian mothers. <i>Women & Health</i>, 58(2), 188-203. doi:10.1080/03630242 .2017.1292340</p>		<p>l'envie de participer à l'étude.</p>		<p>avec une échelle de Likert à 4 points, allant de 1 (bien pire) à 4 (mieux que d'autres).</p> <p>Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) : 10 items avec une échelle allant de 0 à 30, -> 12 signifie une présence de symptômes dépressifs postpartum.</p> <p>Inventory of Functional Status after Childbirth (IFSAC) : 36 items sur l'aptitude d'une mère à garder son statut fonctionnel sur 5 points : les soins de l'enfant, les activités d'auto-soin, les activités ménagères, social et les activités professionnelles et de la communauté.</p> <p>Les échelles allaient de 1= jamais à 4= toujours. Une mère était considérée comme récupérant son statut fonctionnel si elle avait un score de 3.5 ou plus.</p>
---	--	---	--	--

<p>Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2016). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. <i>Women & Health, 57</i>(2), 154-172.</p>	<p>Evaluer la relation entre le stress périnatal et les symptômes dépressifs, l'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parentale chez les mères primipares à 3 stades de la grossesse et déterminer le rôle du support social.</p>	<p>Une étude quantitative longitudinale. 235 mères parlant le français, nullipare, plus de 18 ans, n'ont pas été hospitalisé pendant la grossesse, et qui étaient à 36 semaines de gestation.</p>	<p>La maternité de l'Hôpital Universitaire de Genève entre septembre 2010 à avril 2012.</p>	<p>Le STAI : mesure pour l'anxiété. Questionnaire 20 questions. Le score total allait de 20 à 80. L'EPDS : mesure pour les symptômes dépressifs : 10 questions. PES : mesure pour le sentiment d'auto-efficacité parentale : 25 items qui reflètent différents comportements associés avec la parentalité. Mesure pour le stress perçu : 3 échelles différentes pour le T1, T2 et T3. APSI : 13 items pour le stress périnatal PDPSI : 16 items pour le stress post naissance. PNPSI : 19 items pour le stress à 6 semaines postpartum. Mesure de satisfaction avec le support social : échelle conçue spécifiquement pour les soins périnataux. 5</p>
--	---	---	---	---

				facteurs (mari, ami, famille, profession, mère des partenaires.) 20 items.
Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015 ^b). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 37(12), 1604-1622.	Examiner les prédictors de l'auto-efficacité maternelle/parentale et les relations avec le support social, la PND, et les variables socio-démographiques pendant la période postnatale de la population multiculturelle de Singapour.	Etude descriptive et corrélationnelle. 122 primipares le jour de sortie de l'hôpital.	Dans un hôpital public tertiaire où environ 3'000 bébés sont nés annuellement. Les mères sortent généralement de l'hôpital 1 à 3 jours postpartum.	PMP S-E : l'échelle à 20 items a été diminuée à 17 items à cause des répétitions sur l'auto-efficacité parentale. Échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Le score total pour la PMP S-E va de 17 à 68. Perinatal Infant Care Social Support Scale (PICSS) : mesure le support social fonctionnel et structurel. 22 items : Le support informationnel (7 items), le support instrumental (7 items), le support émotionnel (4 items) et la capacité à s'évaluer (4 items). Évalué sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Le score total du support

				<p>social fonctionnel va de 22 à 88. Les scores de l'informationnel et l'instrumental vont de 7 à 28, et l'émotionnel et l'évaluation vont de 4 à 16.</p> <p>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : 10 items pour dépister les symptômes dépressifs pendant la période périnatale. Score allant de 0 à 30.</p> <p>Questionnaire socio-démographique : âge, revenu etc...</p>
<p>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.</p>	<p>Étudier les corrélations entre les parents, les nourrissons et l'environnement en ce qui concerne la perception des mères et des pères à l'égard de leur auto-efficacité</p>	<p>Étude quantitative, corrélative et transversale. 961 mères et 580 pères</p>	<p>Les données ont été recueillies entre octobre 2006 et avril 2007, dans un échantillon de convenance, auprès de parents qui ont donné naissance dans deux hôpitaux universitaires publics du sud de la Finlande. Les primipares et les multipares ont été incluses. Les parents devaient être capable de</p>	<p>Instruments de mesure utilisés :</p> <p>EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) : Utilisée pour contrôler l'état dépressif de la mère. Le seuil de détection de la dépression était au-dessus de 10.</p> <p>WBPL-R (What Being the Parent of a New Baby is Like-Revised):</p>

			<p>comprendre et d'écrire le finnois, au moins un parent de la famille devait être disposé à participer et le nourrisson devait être traité à l'unité de maternité ou de néonatalogie. Les mères donnant naissance à plusieurs bébés en même temps, les parents ayant reçu un congé précoce et ceux recevant des visites à domicile ou appels téléphoniques d'une infirmière ou d'une sage-femme de la maternité après leur congé ont été exclus.</p>	<p>Utilisé pour examiner la perception qu'ont les parents d'eux-mêmes en tant que parents.</p> <p>FAFHES (Family Functioning, Health and Social Support): Utilisé pour évaluer différents attributs environnementaux tels que le type d'accouchement, les conseils et la présence du père à la maternité, le fonctionnement de la famille, la santé de la famille et le support social du personnel.</p>
--	--	--	---	---

Auteur (s) / Titre / Année	Intervention / Procédure	Résultats	Quel intérêt son sujet de recherche
<p>Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. <i>Journal of Midwifery and Reproductive Health</i>, 3(2), 368-376.</p>	<p>Les mères ont dû remplir différents questionnaires.</p>	<p>Caractéristiques maternelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le niveau d'instruction de la mère, la satisfaction de la mère à l'accouchement et la dépression maternelle sont des prédicteurs importants de l'auto-efficacité dans cette étude. - L'âge maternel, le statut d'emploi de la mère, la volonté des parents d'avoir un enfant, la satisfaction de la mère à l'égard de la grossesse ainsi l'expérience antérieure des soins aux enfants ne sont pas des prédicteurs de l'auto-efficacité <p>Caractéristiques du nourrisson :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le sexe du nourrisson est le seul prédicteur de l'auto-efficacité par rapport aux caractéristiques du nourrisson. - La perception maternelle du tempérament de l'enfant, 	<p>Voici les caractéristiques utilisées pour notre travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau d'instruction de la mère - La dépression maternelle - L'âge maternel - Le soutien social perçu - La situation financière

		<p>la satisfaction quant au sexe du nourrisson ainsi que l'âge du nouveau-né n'ont aucune corrélation avec l'auto-efficacité maternelle/parentale.</p> <p>Facteurs environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le soutien social perçu, ce qui indique le rôle clé des amis et de la famille pour les femmes primipares, la situation financière, - Le soutien social perçu de la famille et l'aide du conjoint dans les soins aux nourrissons ainsi que le mode d'accouchement ne montrent pas de corrélation significative avec l'auto-efficacité parentale/maternelle 	
<p>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.</p>	<p>Les infirmières peuvent évaluer les mères qui sont à risque d'avoir une auto-efficacité basse en se basant sur les prédicteurs de l'auto-efficacité. Des cours et du support en plus peuvent être bénéfique. Les infirmières peuvent</p>	<p>Après l'accouchement : L'âge, le revenu, être en couple ou marié, la perception de l'expérience de l'accouchement, l'auto-efficacité générale, la relation avec son partenaire, multipares → prédicteurs A 1 mois postpartum :</p>	<p>Trouver les prédicteurs de l'auto-efficacité pendant la période postpartum. On peut ensuite mettre en lien avec notre sujet pour prévenir la DPP.</p>

	travailler sur les domaines inquiétants pour eux. Ceci signifie non seulement des cours à l'hôpital mais aussi un suivi dans la communauté. Les femmes qui ont une relation pauvre avec leur partenaire sont plus à risque d'avoir une auto-efficacité basse, un support additionnel et une intervention pour booster l'auto-efficacité parentale peut aider.	L'âge, le couple, la perception de la relation avec le partenaire, le contentement avec l'enfant, les multipares, les mères qui trouvaient que leur enfant avait l'air content → prédicteurs	
Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzies, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 15(7), 866-875.	Au total, 2834 femmes étaient admissibles, et 2015 femmes ont rempli le questionnaire d'admission et ont accepté d'être réparties au hasard dans l'un des trois groupes de soutien prénatal. 1402 femmes ont rempli l'EPDS au cours de la troisième entrevue.	<p><u>Prévalence de la dépression postpartum :</u> D'après les scores EPDS des femmes, 6,5% présentaient des symptômes de dépression postpartum subclinique tandis que 4,5% présentaient des symptômes de dépression postpartum majeure.</p> <p><u>Facteurs de risque prénatals et périnatals d'une dépression subclinique :</u> Le fait d'être née à l'extérieur du Canada (OR=1,87),</p>	Voici les caractéristiques utilisées pour notre travail : <ul style="list-style-type: none"> - Être né à l'extérieur du Canada - Anxiété pendant la grossesse - Passé avec la dépression - Symptômes dépressifs pendant la grossesse - Pas d'allaitement durant les 8 premières semaines

		<p>l'anxiété pendant la grossesse (OR=2.12), un passé avec de la dépression (Or=2,27) et la faible auto-efficacité parentale postnatale (OR=1,65) sont les antécédents qui prédisent le mieux, les femmes à risque de dépression postpartum subclinique.</p> <p><u>Facteurs de risque prénatals et périnatals d'une dépression majeure :</u></p> <p>Le fait d'être née à l'extérieur du Canada (OR=2,97), des symptômes dépressifs pendant la grossesse (OR=2.83) ou dans le passé (OR=2,78) et de ne pas avoir allaité au sein huit semaine après l'accouchement (OR= 2.12) permettaient de mieux prévoir le risque de dépression postpartum majeure chez les femmes.</p>	
Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their	<u>Les professionnels</u> Être bien renseigné pour améliorer le statut fonctionnel en	Le revenu, le métier de l'époux, avoir un époux entre 26 et 35 ans, multipares, avoir de l'aide à la maison,	Trouver les prédictors qui influencent l'auto-efficacité, la DPP ou le statut fonctionnel et mettre en lien avec notre sujet

<p>relationship with functional status in Iranian mothers. <i>Women & Health</i>, 58(2), 188-203. doi:10.1080/03630242.2017.1292340</p>	<p>encourageant les mères à s'occuper de soi-même et d'apprendre aux mères comment faire les soins de leurs enfants. Prévenir et traiter les symptômes dépressifs du postpartum Promouvoir l'auto-efficacité maternelle en utilisant des stratégies d'éducation de santé.</p>	<p>l'éducation, les symptômes dépressifs → prédicteurs</p>	<p>sur les prédicteurs de l'auto-efficacité pour prévenir la DPP.</p>
<p>Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2016). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. <i>Women & Health</i>, 57(2), 154-172.</p>	<p>Attitude empathique et une écoute de qualité peut être une ressource énorme pour contenir la relation entre le stress et la santé psychique des mères pendant la période postpartum. Dépistage de routine pour le stress perçu chez les femmes pendant le prénatal, après l'accouchement et le postnatal pour prévenir des symptômes dépressifs et une anxiété élevée, et pour améliorer l'auto-efficacité parentale. Interventions pour fournir le support et l'éducation basé</p>	<p>Stress, les symptômes dépressif, anxiété, soutien social, l'éducation→ prédicteurs</p>	<p>La relation des symptômes dépressifs avec l'auto-efficacité et le soutien social. On trouve des prédicteurs, donc c'est associé à notre thème.</p>

	sur le management du stress.		
Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015 ^b). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 37(12), 1604-1622.	<p><u>Professionnels de la santé :</u> Programmes éducationnels et les services de soutien pour ces mères. Evaluer la MPSE et PND et planifier des interventions pour rallier du soutien informel et formel du cercles sociales des mères Expériences vicariante (s'aider entre mères) et persuasion verbal (feedback) Education sur le bien-être physique et émotionnel des mères Approche centrée sur la famille en soins de maternité. Payer plus attention aux ressources et le cercle social et émotionnel de la mère Créer des interventions propres à la culture pour fournir le support nécessaire.</p>	Soins du nouveau-né, le total du support social, l'âge, l'ethnie, et le revenu du foyer → prédicteurs	Prédicteurs de l'auto-efficacité chez les primipares pendant la période postpartum donc utiliser pour prévenir la DPP.

<p>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.</p>	<p>Les parents admissibles ont été informés de l'étude la veille de quitter l'hôpital. Des feuillets d'information, des formulaires de consentement et de questionnaires ont été distribués aux mères et aux pères de 1300 familles.</p>	<p>Attributs contributifs : Études postsecondaires, atmosphère détendue ou une attitude confiante des parents pendant la grossesse, nulliparité, l'allaitement, l'éducation, le concept de soi, les symptômes dépressifs et l'état d'esprit des parents au congé.</p> <p>Attributs non-contributifs : État matrimonial, le sexe du nourrisson, le type d'accouchement, les différentes pratiques de cohabitation et la présence du père à la maternité n'ont pas eu d'influence significative, l'âge des parents, L'internat, les pratiques alimentaires, la présence du père et le soutien social du personnel de la maternité. Parmi les attributs du nourrisson, les semaines de gestation, le poids à la naissance, la santé et l'âge actuel</p>	<p>Caractéristiques utilisées dans notre travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'études - Nulliparité - L'allaitement - Les symptômes dépressifs - L'âge parental - Le soutien social
---	--	--	---

Appendice D

Tableau récapitulatif des prédicteurs

Études quantitatives →	Azmoude et al. (2015)	Bryanton et al. (2008)	Davey et al. (2008)		Fathi et al. (2017)	Razurel et al. (2016)	Salonen et al. (2009)	Shorey et al. (2015)
Alcool /fumée ou consommation de substances illicites pendant la grossesse								
Ethnie								

Légende des couleurs :

Jaune : Caractéristiques socio-démographiques

Orange : Soutien social

Bleu : Santé mentale des mères

Violet : Expérience des mères (parité)

Rose : Allaitement

Blanc : Autres

Rouge : Ne sont pas des prédicteurs

Verts : Sont des prédicteurs

Gris : Ne sont pas mentionnés dans les différentes études