

Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature

Perinatal vulnerability and social support during the postnatal period: a review of the literature

Louise Hamelin-Brabant¹, Francine de Montigny², Geneviève Roch³, Marie-Hélène Deshaies⁴,
Ginette Mbourou-Azizah⁵, Roxane Borgès Da Silva⁶, Yvan Comeau⁷, Claudia Fournier⁸

➔ Résumé

Objectif : Présenter les résultats d'une recension intégrative des études synthétisant les connaissances empiriques sur les dimensions de la vulnérabilité en période périnatale qui génèrent des besoins en matière de soutien social postnatal informel ou semi-formel.

Méthode : La recension des études a été réalisée dans dix bases de données, couvrant la période de 1990 à mars 2013. Les informations pertinentes ont été extraites et analysées dans un mode intégratif selon quatre grandes dimensions de vulnérabilité : biologiques, psychologiques, sociales, cognitives.

Résultats : Trente études ont été retenues. Les vulnérabilités au plan biologique concernent principalement la fatigue et les difficultés d'allaitement ; au plan psychologique, le stress, le sentiment d'incompétence parentale et le besoin d'être rassuré ; au plan social, la pression de performance dans les nouvelles responsabilités ainsi que les besoins de divertissement, d'assistance dans les soins prodigués aux enfants et les tâches domestiques et de soutien social des pairs ; au plan cognitif, le besoin d'informations sur la période prénatale données par des pairs sous un mode participatif.

Conclusion : La transition à la parentalité est une étape importante à travers laquelle les individus sont susceptibles d'expérimenter un état de vulnérabilité aux dimensions multiples et imbriquées les unes aux autres. En ce sens, il apparaît que les différentes formes de soutien postnatal doivent être harmonisées pour soutenir les parents. Il serait pertinent de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des différents réseaux de soutien, qui soulève d'importants défis, notamment en termes de ressources, de financement et d'échange d'information, qu'il importe de documenter.

Mots-clés : Période périnatale ; Prise en charge postnatale ; Besoins ; Vulnérabilité ; Parents ; Soutien social.

➔ Summary

Objective : To present the results of an integrative review of the literature that summarized empirical knowledge on dimensions of vulnerability during the perinatal period leading to informal and semi-formal postnatal support needs.

Method : The literature search was performed in ten databases, covering the period from 1990 to March 2013. Relevant information was extracted and analysed in an integrative mode according to four main vulnerability dimensions: biological, psychological, social, cognitive.

Results : Thirty studies were included. Biological vulnerabilities mainly concern tiredness and breastfeeding difficulties; psychological vulnerabilities consist of stress, feelings of parental incompetence and need for reassurance; social vulnerabilities comprise performance pressure concerning new responsibilities and entertainment needs, instrumental assistance and peer social support; and cognitive vulnerabilities correspond to a need for participatory information on the prenatal period from peers.

Conclusion : The transition to parenthood is an important step during which individuals may experience a state of vulnerability with numerous and interconnected dimensions. The various forms of postnatal support therefore need to be harmonised in order to support parents. Research is needed on the harmonisation of the various support networks, which raises significant challenges, especially in terms of resources, funding, and information exchange, that must be documented.

Keywords : Perinatal period; Postnatal Care; Needs; Vulnerability; Parents; Social Support.

¹ Ph.D. Professeure titulaire – Faculté des sciences infirmières – Université Laval – Pavillon Ferdinand-Vandry – 1050, avenue de la Médecine – Québec G1V 0A6 – Canada.

² Inf., Ph.D. – Professeure titulaire en sciences infirmières – Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles – Chercheure boursière Junior 2 – Fonds québécois de recherche-Santé – Université du Québec en Outaouais.

³ Inf., Ph.D. – Professeure agrégée – Faculté des sciences infirmières – Université Laval – Centre de recherche du CHU de Québec, Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.

⁴ M.A. – Professionnelle de recherche – Centre de recherche du CHU de Québec – Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.

⁵ Ph.D. – Chargée d'enseignement – Faculté des sciences infirmières – Université Laval.

⁶ Ph.D. – Professeure adjointe – Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal – Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal – Équipe santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

⁷ Ph.D – Professeur titulaire – École de service social – Université Laval.

⁸ Candidate au doctorat en santé communautaire – Faculté des sciences infirmières – Université Laval.

Introduction

L'expérience de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille peut engendrer un déséquilibre et conduire à des situations de vulnérabilité tout particulièrement si certains besoins ne sont pas comblés ou lorsque s'érode le soutien social qui devrait lui être apporté [1-4]. La vulnérabilité fait référence ici à une situation de transition pouvant compromettre la santé des membres de la famille, en l'occurrence les parents, qui expérimentent la naissance d'un enfant [3, 4].

Afin de mieux informer les acteurs en santé publique de la réalité vécue par les parents d'un nouvel enfant, une recension d'études empiriques a été réalisée. L'objectif consiste à synthétiser les connaissances sur la nature de l'état de vulnérabilité qui peut fragiliser leur santé et qui

génère chez les parents des besoins en matière de soutien social postnatal informel ou semi-formel. D'après le modèle adapté de Lessik *et al.* [5] et Rogers [6] (figure 1), la vulnérabilité en période périnatale s'opérationnalise autour de quatre dimensions (biologiques, psychologiques, cognitives et sociales) qui sont interreliées. En nous appuyant sur ce cadre conceptuel, nous avons identifié dans la littérature ces dimensions de vulnérabilité et leurs composantes. Les réseaux de soutien social sont reconnus comme un important déterminant de santé [5] dans lequel le soutien informel relève du tissu social proximal (famille, amis, voisins) tandis que le soutien semi-formel concerne les organismes communautaires et le secteur bénévole. Cette recension permettra de nourrir des interventions en vue de promouvoir la santé et le bien-être des familles, tel que proposé notamment dans la perspective de promotion de la santé maternelle de Fahey et Shenassa [6]. À notre connaissance, il s'agit de la première recension des études sur le sujet.

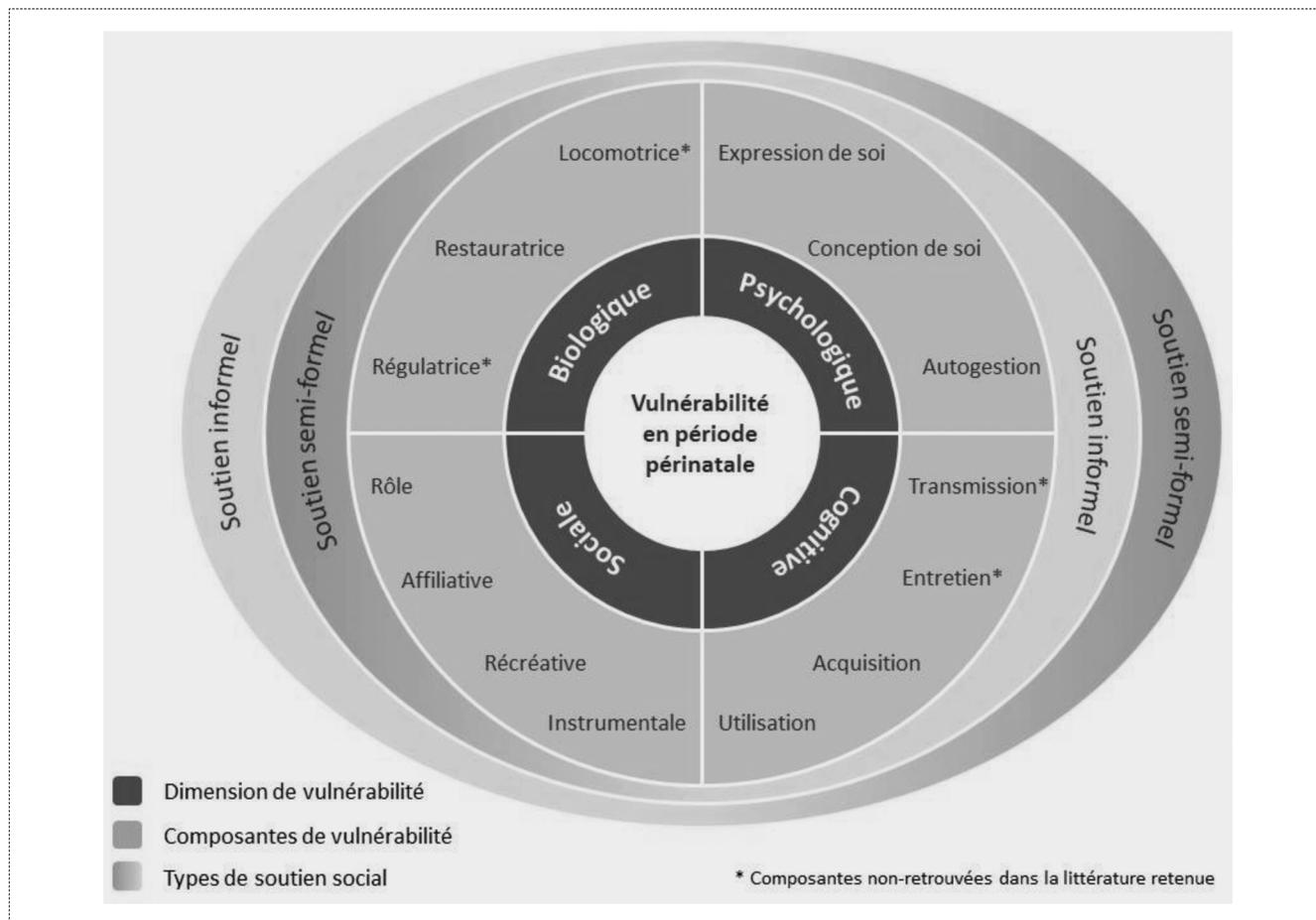


Figure 1. Regroupement des dimensions de vulnérabilité (adapté de Lessick *et al.* [3] et de Rogers [4])

Méthodologie

Afin d'aborder cette thématique de manière globale et inclusive, une démarche intégrative de recension documentaire a été adoptée. Ce type de recension intègre des études recourant à différents devis et approches méthodologiques pour favoriser une vision élargie d'un même phénomène [7].

En regard des objectifs poursuivis, seules les études qui répondaient aux critères de sélection suivants ont été retenues :

- 1) s'intéresser aux dimensions de vulnérabilité en période périnatale ET au besoin de soutien social postnatal informel ou semi-formel ;
- 2) relever d'une collecte de données originale auprès de femmes, d'hommes, d'enfants ou de familles en situation périnatale ;
- 3) ne pas s'intéresser de façon spécifique à des populations aux prises avec une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse¹ ;
- 4) présenter les résultats d'une recherche réalisée en Amérique du Nord, en Europe ou en Océanie ;
- 5) être publiée en français ou en anglais.

Une recherche bibliographique a été effectuée dans dix bases de données, couvrant la période de 1990 à mars 2013. Les mots-clés utilisés ont été choisis à partir de quatre grands thèmes soit la vulnérabilité, les besoins non comblés, la période périnatale et le soutien social. Chaque base a été sondée pour identifier les mots-clés susceptibles de générer les résultats les plus pertinents (voir tableau I). Aucun devis méthodologique n'a été exclu. Lorsque plus d'une publication se rapportait à la même étude et que les mêmes données étaient présentées, seule la plus récente a été incluse. Les étapes de sélection des études sont détaillées à la figure 2.

Les études retenues ont d'abord fait l'objet d'une analyse descriptive afin d'en dégager les caractéristiques et les informations pertinentes par rapport à notre objectif (résumé au tableau II). Un processus d'analyse intégrative a ensuite permis l'extraction et le classement des résultats

¹ Les études qui s'intéressaient à des dimensions de vulnérabilité préalables à une situation de grossesse, comme les suivantes, ont été exclues : un faible revenu, une faible scolarité, une grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé, un problème de santé physique ou mentale ou un handicap des parents ; un problème de consommation de drogue ou d'alcool ; une origine ethnique particulière ou une condition de réfugié ; une situation d'itinérance ; un contexte de violence familiale ; des grands-parents assumant la responsabilité de leurs petits-enfants ; l'homoparentalité.

comme nous l'avons dit précédemment, selon un cadre de référence inspiré des travaux de Lessick *et al.* [3] et de Rogers [4]. Les résultats pertinents ont donc été extraits et synthétisés en fonction des dimensions de vulnérabilité et de leurs composantes (figure 1).

Résultats

Trente études ont été retenues. Treize proviennent d'Amérique du Nord, 13 d'Europe et 4 d'Océanie. La grande majorité, soit 24, a été publiée dans la dernière décennie. Huit adoptent un devis quantitatif, 18, un devis qualitatif et quatre, un devis mixte. Vingt-cinq s'intéressent spécifiquement aux mères, une aux pères, quatre aux deux à la fois et aucune aux enfants de la fratrie. Huit portent sur une problématique particulière survenue en période périnatale. Dans les lignes qui suivent, les composantes associées aux différentes dimensions de vulnérabilité ressorties dans la littérature seront présentées.

La dimension biologique

La dimension biologique de vulnérabilité identifiée réfère principalement à la composante restauratrice (sommeil, repos, relaxation). Aucun article ne fait état de vulnérabilité au plan locomoteur (mouvement, exercice), et l'aspect régulateur (fonction endocrinienne, métabolique ou neurale) en période postnatale n'est abordé que par les inquiétudes liées à l'allaitement.

Le manque de sommeil est une préoccupation importante des nouvelles mères [8-11], surtout pour celles qui s'occupent d'enfants plus âgés ; l'établissement d'une routine de sommeil pour tous les enfants devient important [11]. On note un manque d'énergie et un sentiment de fatigue chez plusieurs mères [8, 11-16] et un sentiment d'épuisement chez certaines, parfois reliées aux difficultés d'allaitement [11, 17]. Par ailleurs, ces dernières préoccupent plusieurs mères, pouvant occasionner de l'inquiétude [8, 11, 12, 15]. L'existence de bonnes relations avec la mère, la belle-mère et les proches (sœurs, frères, amis) [8], un bon soutien du conjoint [12] ainsi que la prise en charge du bébé ou des autres enfants par des membres de la famille [11] peuvent aider les mères à se reposer. Des mères évoquent aussi avoir besoin du soutien, des conseils et des encouragements pour l'allaitement de la part d'un pair [8], de leur conjoint, de leurs amis ou de leur propre mère [12].

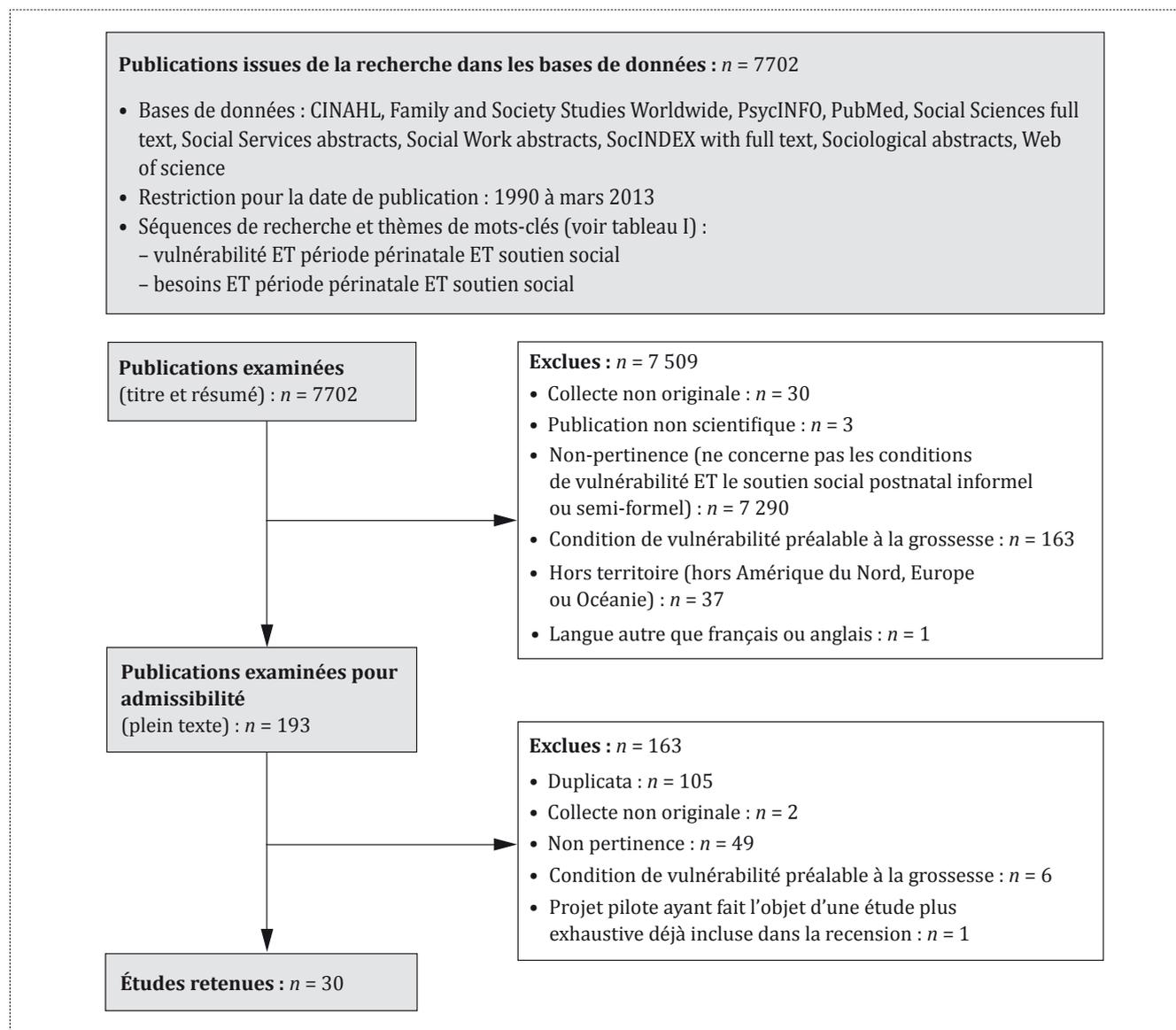


Figure 2. Organigramme de sélection des études

La dimension psychologique

La dimension psychologique de vulnérabilité identifiée se rapporte aux trois composantes :

- 1) l'expression de soi (affect, humeur, émotions) ;
- 2) la conception de soi (image corporelle, concept de soi) ;
- 3) l'autogestion (adaptation).

L'expression de soi

Les études rapportent des états de tristesse, d'inquiétude [12], de stress ou d'anxiété [11, 15, 18, 19] chez

plusieurs parents et une variabilité importante des émotions chez les nouvelles mères [16]. Pour certaines, la transition à la maternité serait un véritable choc [19-21]. Les mères ayant plusieurs enfants se sentiraient mieux et davantage préparées [12]. Quant aux pères, ils connaissent souvent une diminution de l'état dépressif, possiblement en raison de l'arrivée d'un bébé en santé [22].

La conception de soi

Les études dévoilent que l'estime de soi de la mère peut être minée par l'importante somme d'énergie consacrée à

Tableau I. Plan de concepts de la recherche documentaire

Vulnérabilité	Besoins	Période périnatale	Soutien social
<i>Vulnerability</i>	<i>Needs</i>	<i>Perinatal (period)</i>	<i>Social support</i>
<i>Distress</i>	<i>Support needs</i>	<i>Postnatal (period)</i>	<i>Support, psychosocial</i>
<i>Emotional distress</i>	<i>Learning needs</i>	<i>Prenatal (period)</i>	<i>Psychosocial support</i>
<i>Maternal distress</i>	<i>Information needs</i>	<i>Antenatal (period)</i>	<i>Family support</i>
<i>Psychological distress</i>	<i>Needs assessment</i>	<i>Postpartum (period)</i>	<i>Informal support</i>
<i>Psychological factors</i>	<i>Family assessment</i>	<i>Peripartum</i>	<i>Volunteer support</i>
<i>Social isolation</i>	<i>Family needs</i>	<i>Prenatal care</i>	<i>Non professional support</i>
<i>Adjustment disorders</i>	<i>Human needs</i>	<i>Mothers</i>	<i>Support services</i>
	<i>Basic needs</i>	<i>Fathers</i>	<i>Social networks</i>
	<i>Personal needs</i>	<i>Expectant mothers</i>	<i>Community networks</i>
	<i>Health services needs and demand</i>	<i>Expectant fathers</i>	<i>Support networks</i>
		<i>Expectant parents</i>	<i>Community support</i>
		<i>New parents</i>	<i>Community groups</i>
		<i>First-time mothers</i>	<i>Social groups</i>
		<i>First-time fathers</i>	<i>Support groups</i>
		<i>Parenting</i>	<i>Self-help</i>
		<i>Mothering</i>	<i>Self-help groups</i>
		<i>Fathering</i>	<i>Community</i>
		<i>Parenthood</i>	<i>Community resources</i>
		<i>Motherhood</i>	<i>Community care</i>
		<i>Fatherhood</i>	<i>Community programs</i>
		<i>Childbearing</i>	<i>Community organization</i>
		<i>Childbirth</i>	<i>Community services</i>
		<i>Birth</i>	<i>Community support programs</i>
		<i>Pregnancy</i>	<i>Community health programs</i>
		<i>Pregnant women</i>	<i>Health care services</i>
			<i>Community health services</i>
			<i>Community information services</i>
			<i>Community-based social services</i>
			<i>Community-based intervention</i>
			<i>Community-based programmes</i>
			<i>Community-based preventive programmes</i>
			<i>Community workers</i>
			<i>Community health workers</i>
			<i>Community volunteers</i>
			<i>Home care</i>
			<i>Home care services</i>
			<i>Home visits</i>
			<i>Home nursing</i>
			<i>Volunteers</i>
			<i>Voluntary</i>
			<i>Volunteer service</i>
			<i>Voluntary associations</i>
			<i>Voluntary organizations</i>
			<i>Voluntary health agencies</i>
			<i>Volunteer workers</i>
			<i>Voluntary workers</i>
			<i>Volunteer workers in social service</i>
			<i>Paraprofessional</i>
			<i>Paraprofessional workers</i>
			<i>Informal sector</i>
			<i>Non-profit sector</i>
			<i>Non-profit organizations</i>

son rétablissement et aux soins du bébé [13] ainsi que par un sentiment d'incompétence lorsqu'elle doit recourir à un tiers [21]. Au point de vue identitaire, la maternité ferait passer la femme d'une posture d'experte confiante et en contrôle sur sa vie à une posture de novice qui éprouve confusion et doute sur elle-même [21]. Par ailleurs, les premières difficultés avec l'enfant comme les coliques sont perçues par des parents comme la démonstration de leur incompétence [20]. Chez la plupart, ces inquiétudes s'atténuent à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience et de la confiance en eux [13, 20, 21].

L'autogestion

Plusieurs études font état des besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent [10, 12, 18, 23-26], de normaliser et valider leur expérience [13, 15, 16, 18, 24, 25, 27, 28], de pouvoir se plaindre sans se sentir coupables [18], d'être rassurées sur leurs capacités à s'occuper du bébé [13, 15, 20, 23, 25, 28] et d'être soutenues par les

proches pour maintenir leur estime d'elles-mêmes [13, 15, 19, 20, 23, 29]. Des pères dont la conjointe vit une psychose postpartum expriment les besoins de pouvoir être écoutés, d'évacuer le trop-plein émotionnel et d'être rassurés par un pair [24]. Certains pères priorisent des besoins liés au couple en tant qu'unité plutôt que des besoins personnels [28].

La dimension sociale

La dimension sociale de vulnérabilité répertoriée concerne quatre composantes :

- 1) le rôle (endossement d'un titre ou d'une position particulière) ;
- 2) l'affiliatif (relations interpersonnelles et d'appartenance ;
- 3) le récréatif (loisirs) ;
- 4) l'instrumental (soins aux enfants, obligations financières, tâches familiales et domestiques).

Tableau II : Études retenues

Auteurs	But principal de l'étude	Devis (quali, quanti ou mixte)	Résumé des principaux résultats
Abriola (1990)	Identifier les facteurs de maintien de la participation à un groupe de soutien postpartum	Quali	Principaux facteurs identifiés : a) soutien reçu, réconfort ; b) savoirs, expérience, engagement de l'animatrice ; c) aide obtenue ; d) opportunité d'être en contact avec d'autres enfants.
Barnes <i>et al.</i> (2008)	Explorer les besoins de soutien et d'information des mères primipares	Mixte	Peu se sont senties préparées à l'expérience des premières semaines après l'accouchement. Les approches courantes d'information périnatale ne répondent pas à leurs besoins.
Börjesson <i>et al.</i> (2004)	Décrire l'expérience de mères en période périnatale	Mixte	Elles ressentent un grand besoin de parler de leur expérience après la naissance. Il importe pour les nouveaux parents d'être rassurés dans leurs rôles.
Castle <i>et al.</i> (2008)	Examiner les relations entre soutien social prénatal, détresse postnatale et bien-être ; entre attitude émotionnelle, soutien social et détresse postnatale	Quanti	Les parents ayant un soutien social élevé en période prénatale rapportent un niveau plus faible de détresse postnatale.
Cronin (2003)	Identifier les besoins, perceptions et expériences de mères primipares	Quali	La perception d'avoir été insuffisamment préparées à l'accouchement et la maternité prédomine. La mère de la nouvelle mère est la figure de soutien centrale.
Darvill <i>et al.</i> (2010)	Explorer la transition à la maternité et identifier les besoins de soutien non comblés	Quali	Thèmes liés au changement de perception de soi : 1) perte de contrôle sur sa vie ; 2) besoin de soutien d'un mentor ; 3) passage d'un couple à une famille.
De Montigny <i>et al.</i> (2006)	Déterminer les sources de soutien préférées des nouveaux parents en période postnatale	Quanti	Le soutien du partenaire est la forme la plus importante, suivie par les grands-parents maternels et les professionnels de santé.
Doucet <i>et al.</i> (2012)	Explorer les besoins et préférences de soutien de femmes en psychose postpartum et de leurs conjoints	Quali	Les couples recherchent des informations sur la maladie auprès des professionnels de santé. Les groupes de soutien normalisent leur expérience et brisent l'isolement.
Evans <i>et al.</i> (2012)	Examiner l'importance des groupes de soutien en ligne pour les femmes en dépression postpartum	Quali	Ils permettent de créer des liens et de bénéficier de soutien émotionnel, informationnel et instrumental.
Gottlieb et Mendelson (1995)	Examiner la relation entre les humeurs et dimensions du soutien social et l'influence du soutien social avant et après la naissance	Quanti	Les humeurs des mères et la fatigue sont associées au soutien en périodes pré et postnatale. Différents types de soutien réalisent différentes fonctions avant et après la naissance.
Haga <i>et al.</i> (2012)	Explorer l'expérience de transition à la maternité chez les mères primipares	Quali	La façon d'appréhender la maternité influence la perception de la période postnatale. Deux façon de l'appréhender : détendue et contrôlante.
Hanley et Long (2006)	Examiner l'expérience de dépression postpartum et la détermination sociale de femmes	Quali	Leurs connaissances sur la dépression postpartum étaient limitées avant la grossesse et elles étaient peu enclines à partager leurs sentiments au départ.
Hess <i>et al.</i> (2010)	Étudier un groupe de soutien en ligne sur la cardiomyopathie périnatale	Mixte	Le groupe est une ressource cruciale pour les répondantes. Principaux bénéfices : obtenir et partager de l'information ; échanger les histoires de vie ; être comprises ; alimenter l'espoir.
Hogg et Worth (2009)	Décrire l'expérience de soutien des parents de jeunes enfants	Quali	Les premiers jours de vie du bébé sont problématiques. La confiance en soi, l'expérience de soins et la présence d'un réseau social sont essentielles à une transition à la parentalité réussie.
Kanotra <i>et al.</i> (2007)	Explorer les défis de femmes après l'accouchement	Quali	Principaux thèmes : 1) besoin de soutien social ; 2) enjeux liés à l'allaitement ; 3) manque d'éducation des soins d'un nouveau-né ; 4) besoin d'aide lors de dépression postpartum ; 5) besoin d'un séjour hospitalier plus long ; 6) besoin d'assurance maladie maternelle étendue.

Tableau II : Études retenues (*suite*)

Auteurs	But principal de l'étude	Devis (quali, quanti ou mixte)	Résumé des principaux résultats
Kearns <i>et al.</i> (1997)	Examiner comment la transition à la maternité peut être problématique pour certaines femmes	Quanti	Durant la grossesse, un faible soutien social du conjoint est associé à de la détresse en période prénatale. En période postnatale, un manque de soutien social des amis et l'âge de la mère sont liés à de la détresse.
Leahy Warren (2005)	Explorer la relation entre le soutien social des mères et leur confiance en elles pour les soins à donner au bébé	Quanti	Les soutiens de rétroaction et informationnel sont liés à la confiance des mères. Les personnes les plus significatives pour le soutien de validation sont les conjoints et les mères.
Leahy Warren <i>et al.</i> (2011)	Examiner la relation entre soutien social, perception d'auto-efficacité maternelle et dépression postnatale	Quanti	Relations observées : 1) dimensions fonctionnelles du soutien social et dépression postpartum ; 2) soutien social informel et dépression postpartum ; 3) perception d'auto-efficacité maternelle et dépression postpartum.
Letourneau <i>et al.</i> (2007)	Évaluer les besoins, ressources et obstacles de mères en dépression postpartum à l'égard du soutien social	Quali	Plusieurs préfèrent un soutien individuel lors du diagnostic et les groupes de soutien quand elles se sentent mieux.
Letourneau <i>et al.</i> (2012)	Décrire l'expérience de pères dont la conjointe est en dépression postpartum	Quali	Ils souhaitent du soutien du réseau formel et informel avec un éventail d'information et de l'aide concrète pour interagir avec leur conjointe.
MacPherson <i>et al.</i> (2010)	Évaluer si le programme Home-Start répond aux besoins de nouvelles mères	Quali	Les programmes volontaires sont importants pour compléter le soutien formel et informel mais doivent être bien planifiés.
Moran <i>et al.</i> (1997)	Étudier les prédicateurs du désir de recevoir plus d'information sur les soins après l'accouchement	Quanti	Les trois-quarts des femmes auraient souhaité plus d'information, surtout les moins de moins de 25 ans et celles qui ont moins de soutien social.
Negron <i>et al.</i> (2012)	Explorer les conditions qui facilitent ou contraignent le recours de femmes à diverses formes de soutien social	Quali	Le soutien instrumental est essentiel au rétablissement en période postnatale. Les attentes pourraient influencer la capacité à mobiliser le soutien social.
O'Connor (2001)	Examiner les effets d'un programme communautaire de soutien postnatal	Mixte	Il procure un soutien aux mères et permet de renforcer les liens entre la communauté et les acteurs du secteur volontaire.
O'Reilly (2004)	Décrire l'expérience d'être mère une seconde fois	Quali	Elles considèrent généralement l'arrivée d'un second enfant positivement. Sept thèmes communs émergent, dont ceux de balancer les éléments positifs et négatifs des premières semaines et de savoir à quoi s'attendre.
Phillips et Pitt (2011)	Explorer ce qui fait une différence dans le rétablissement de mères en détresse postpartum.	Quali	Le soutien de la famille et des amis est crucial. Lorsqu'elles n'ont pas le soutien requis, le processus est entravé.
Razurel <i>et al.</i> (2011)	Étudier les événements stressants chez des mères primipares en période postnatale.	Quali	Les interactions avec les professionnels de soins sont une source importante de stress au début. Au retour à la maison, le conjoint est la source première de soutien social.
Singer <i>et al.</i> (1996)	Étudier la détresse maternelle et le soutien social après la naissance d'un bébé de très petit poids	Quanti	Les mères ont une incidence plus élevée de détresse en période néonatale, mais ne diffèrent pas dans leurs perceptions de capacité à remplir leur rôle parental et leurs compétences parentales.
Svensson <i>et al.</i> (2006)	Explorer les préoccupations et intérêts de futurs et nouveaux parents d'un premier bébé	Quali	Cinq grands thèmes émergent dont ceux de la perception d'un accomplissement ou d'un échec et le sentiment de vivre des « montagnes russes » émotionnelles.
Wilkins (2006)	Comprendre l'expérience de nouvelles mères dans les premières semaines après l'accouchement	Quali	Elles délaissent une vie contrôlée et confortable dans lesquelles elles sont expertes, pour le monde inconnu de la maternité.

Le rôle

Plusieurs études se sont intéressées aux nouveaux rôles parentaux. La grossesse et l'arrivée d'un bébé impliquent de nouvelles responsabilités et d'importants changements au mode de vie des parents [8, 12, 16-18, 21, 30]. La réalité quotidienne diffère souvent de ce qu'avaient prévu les mères ; des attentes trop élevées occasionnent déception et confusion [13, 15, 21]. Certaines, ayant cru pouvoir contrôler les conditions de leur maternité comme d'autres aspects de leur vie antérieure [17, 21, 27], expérimentent une perte de contrôle de leur vie [21, 27]. L'intensité du désir de contrôle est croissante avec le risque de dépression [27]. Néanmoins, la transition à une seconde maternité serait facilitée par le fait de savoir davantage à quoi s'attendre [11]. Par ailleurs, plusieurs études rapportent d'importantes pressions ressenties pour être de « super-parents » durant la période postnatale. Les parents veulent performer dans leur nouveau rôle [16]. L'allaitement [15, 27] et la capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales [10] apparaissent comme les principaux indicateurs de la réussite maternelle. La pression est intense pour plusieurs nouvelles mères et alimente leur doute sur leurs capacités à bien assumer leur rôle [21]. Celles qui vivent un épisode dépressif et qui ont de la difficulté à répondre aux attentes sociales de la « bonne mère » développent honte et gêne et perçoivent que les autres mères s'en tirent mieux [14].

L'affiliatif

L'évolution des relations de couple et le réseau social avec l'arrivée de l'enfant ont fait l'objet d'une attention particulière des auteurs. La relation conjugale se transforme et certaines femmes vivent des conflits avec leur conjoint [11, 12]. Ce nouveau membre familial peut exacerber les tensions existantes, créer une distance émotionnelle et réduire le temps passé en couple [11]. D'autres mères soutiennent que le soutien du conjoint est plus important en période postnatale que prénatale [31].

Les liens avec le réseau social se transforment également. Plusieurs mères se sentent isolées à la maison avec leur bébé [9, 12, 16, 20, 23, 30, 31]. Certains parents perdent de vue leurs amis sans enfant et se rapprochent de ceux qui en ont [20, 31] ou des membres de leur propre famille [20, 32, 33]. Le réseau se referme autour du couple avec les grands-parents ; les proches, amis et collègues sont rarement perçus par les nouveaux parents comme des sources valables de soutien [34]. D'ailleurs, le réseau social des

nouveaux parents serait trop souvent limité, voire absent dans certains cas [9, 12, 13, 17, 20, 29, 34], notamment en raison de l'éloignement géographique de leur famille [13, 20, 29]. Le soutien de la parenté serait plus grand avant la naissance [31], et celui des frères et sœurs diminuerait aussi à mesure que l'effet de nouveauté de la naissance s'atténue [18].

Un manque de soutien est d'autant plus préoccupant que plusieurs études établissent des liens entre le soutien social perçu et le bien-être des parents. Chez les mères, un faible soutien perçu est associé à un plus faible sentiment d'efficacité maternelle [33], de la détresse postnatale [31], de la dépression postpartum [33] ainsi que des sentiments de colère, de déprime et d'incapacité à répondre aux exigences de l'arrivée du nouveau bébé [35]. Lorsque les parents ont un bon soutien prénatal, la détresse postnatale serait moins élevée [22]. D'ailleurs, le soutien social perçu prédirait mieux le niveau de détresse maternelle que la santé de l'enfant [36].

Les parents rechercheraient un soutien social encourageant, chaleureux, empathique, sans jugement et sans critique [9, 11, 21, 25, 26, 28]. Le contact avec les pairs est très recherché [10, 12, 13, 18, 30], car il permet aux parents de comparer leurs expériences et de se sentir normaux [21, 27], d'acquérir les connaissances et d'éviter l'apprentissage par essais et erreurs [16].

La vulnérabilité s'accroît lorsque les parents hésitent à aller chercher de l'aide lors de situations plus difficiles. La peur d'être jugées ou stigmatisées est présente chez les mères atteintes de dépression ou de psychose postnatale ainsi que chez celles vivant dans de plus petites communautés [10, 14, 29]. La crainte d'être un fardeau pour leurs proches est également évoquée [9, 10, 20]. Ceux-ci connaissent parfois mal les difficultés des mères, surtout celles en dépression ou psychose postnatale [10, 14]. Enfin, leurs conseils n'apportent pas toujours le soutien souhaité, minant la confiance en soi des nouveaux parents et créant des tensions familiales [18, 20].

Le récréatif

Un besoin trop souvent négligé par les nouveaux parents est de prendre une pause des responsabilités du quotidien [11, 12, 24, 29]. Le besoin de voir des gens, de se changer les idées et de prendre soin de soi est exprimé par les deux parents [11, 12, 24]. Des mères soutiennent avoir rarement accès à ces moments de pause, se sentant coupables de laisser leur enfant à d'autres ou n'ayant pas le temps ou l'aide pour le faire [11]. Des pères dont la conjointe est en psychose postpartum expriment le besoin d'une aide

pratique leur permettant de sortir et faire une activité de loisir afin d'évacuer stress et frustrations [24].

L'instrumental

Plusieurs parents expriment un besoin d'assistance pour les soins prodigués aux enfants et pour les tâches domestiques, afin de répondre aux nouvelles exigences du quotidien [9, 10, 12, 15, 24]. L'aide pratique aux nouvelles mères avec plusieurs enfants apparaît importante afin qu'elles puissent passer du temps et minimiser la perte de contact avec eux [35] et leur permettre de faire face aux stressés physiques et émotionnels [10] ainsi que prévenir la fatigue [35] et les symptômes dépressifs [10, 27]. L'aide souhaitée par les mères concerne surtout les tâches domestiques [10, 12, 24], la prise en charge des enfants plus âgés [9, 10], les soins du bébé ou sa prise en charge complète lorsqu'elles doivent s'absenter [9, 11, 18, 24] ainsi que l'accompagnement pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes [10, 24]. Des mères font état des difficultés à organiser leur temps et gérer les problèmes qui surviennent, surtout lorsque leurs proches sont perçus comme indisponibles ou inadéquats [15]. Les couples affectés par une dépression ou une psychose postpartum expriment des besoins particuliers [14] dont ceux d'assistance pour certaines tâches domestiques pour les pères et d'accompagnement continu pour les mères afin de les aider à prendre soin d'elles-mêmes [24].

Le conjoint et la famille immédiate sont identifiés par plusieurs comme sources principales d'assistance instrumentale [10, 11, 13, 15, 18, 27]. Les modalités et l'intensité de l'aide des proches varient. Dans une étude menée auprès de mères primipares et multipares [12], 75 % disent recevoir de l'aide domestique de leurs proches alors que 25 % disent n'en recevoir aucune ; parmi celles-ci, la moitié aimerait recevoir de l'aide de leur conjoint ou de leur famille. Alors que certaines témoignent de la difficulté de ne pas pouvoir bénéficier d'aide dans les tâches quotidiennes, d'autres rapportent ne pas demander cette forme d'aide afin de maintenir une certaine distance avec leur mère et faciliter ainsi la construction de leur propre unité familiale et domestique [13].

La dimension cognitive

La dimension cognitive de vulnérabilité identifiée se rapporte aux deux composantes suivantes :

1) l'acquisition d'information (compréhension, apprentissage) ;

2) l'utilisation d'information (résolution de problème, prise de décision).

Aucune des études retenues ne semble avoir abordé les composantes de transmission et d'entretien de l'information.

L'acquisition de l'information

Plusieurs études font état des besoins d'information exprimés par les mères sur les soins à apporter à leur enfant. Des parents espèrent recevoir davantage d'information sur le sommeil [9, 12], l'allaitement et l'alimentation du bébé [8, 9, 12, 15, 23, 30] ou les ressources disponibles dans la communauté pour les nouveaux parents [24]. Les jeunes femmes primipares expriment de plus grands besoins, probablement parce qu'elles ont moins de proches sur lesquels prendre exemple [37]. Les mères atteintes de dépression, de psychose postpartum ou de cardiomyopathie périnatale ainsi que leurs conjoints évoquent des besoins d'information spécifiques sur la maladie qui les touche [14, 24-26, 28]. Elles souhaitent que leur famille et leur conjoint aient davantage d'information pour mieux les soutenir et les comprendre [14, 28]. Des pères expriment également ce besoin ; ils estiment que la documentation remise sur la dépression postpartum ne tient pas suffisamment compte du rôle de soutien qu'ils assument à l'égard de leur partenaire et des difficultés auxquelles ils font face [28].

L'utilisation de l'information

Le sentiment de ne pas être suffisamment prête à la parentalité se dégage de certaines études, mêmes pour les mères avec un profil favorable en termes d'éducation ou de composition familiale et celles s'étant abondamment informées avant la naissance [8, 21]. Selon certaines mères, les cours prénataux seraient trop centrés sur la préparation de la naissance et ne leur auraient pas permis d'acquérir les connaissances suffisantes pour prendre soin du bébé [8]. D'autres parents estiment que l'information et les conseils donnés en rencontres prénatales sont irréalistes et inapplicables [21]. Les futurs et nouveaux parents ont besoin de réaliser les apprentissages sous un mode davantage participatif, faisant appel à l'expérience des pairs [16]. Certains pères soutiennent que les cours prénataux ne s'intéressent pas suffisamment à leur expérience et leurs besoins spécifiques [16, 22].

Ainsi, il semble que les rencontres prénatales ne répondent pas à la totalité des besoins d'information des nouveaux parents [15-17, 37] soit parce qu'elles n'abordent pas suffisamment les réalités de la période postnatale, soit parce que les parents ne retiennent pas

ces informations, qui sont transmises trop tôt dans la transition à la parentalité [37]. Le manque d'information et de préparation affecterait la confiance en leurs capacités parentales [16] et serait un facteur de stress important pour les nouvelles mères [30]. Toutefois, une surabondance d'information pourrait être tout aussi nuisible en provoquant anxiété, panique et confusion [16, 21]. Certains insistent d'ailleurs sur l'importance d'avoir des informations fiables et à jour, par une personne de confiance facile d'accès [16].

Discussion

L'objectif de cette recension intégrative des études était de synthétiser les connaissances empiriques sur les dimensions de la vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social postnatal informel ou semi-formel. Trois grands constats se dégagent de l'analyse.

Premièrement, les résultats de cette synthèse mettent l'accent sur le fait que l'arrivée d'un bébé est une période importante de transition à travers laquelle les individus sont susceptibles d'expérimenter un état de vulnérabilité, plus intense encore s'ils ne disposent pas du soutien social requis. Ce constat concorde aussi avec le modèle en promotion de la santé de Fahey et Shenassa [6], selon lequel l'habileté de la mère à mobiliser le soutien social, entre autres, favoriserait son bien-être.

Deuxièmement l'état de vulnérabilité chez les pères est très peu documenté ; une seule des études retenues en faisait mention. Ce faisant, il serait opportun de poursuivre des recherches en ce sens afin de pouvoir définir une réponse de soutien appropriée.

Enfin, si le modèle théorique a conduit à un classement des vulnérabilités selon différentes dimensions et composantes, certaines partagent une proximité évidente et se recoupent. Il apparaît que, d'une part, une vulnérabilité sur un plan peut entraîner une vulnérabilité sur un autre plan et, d'autre part, que les mêmes objets (par exemple les difficultés d'allaitement) aient pu avoir été étudiés sous des angles disciplinaires différents. Cela souligne l'interrelation et la complexité du phénomène étudié et met en lumière la nécessité de faire cohabiter les différentes stratégies de soutien, qu'elles relèvent du domaine formel, semi-formel ou informel. Ce défi est d'autant plus grand que les parents souhaitent un accompagnement souple, de proximité, sans jugement par des personnes qui partagent une expérience similaire à la leur.

Cette recherche documentaire comporte deux principales limites méthodologiques. D'abord, les études non francophones ou non anglophones ainsi que celles portant sur une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse ont été exclues. Or, il est possible que certains résultats pertinents n'aient pu être recensés. Puis, même si toutes les études retenues ont fait l'objet d'évaluation par les pairs, la qualité des devis des études incluses n'a pas été évaluée dans le cadre de cette recension.

Conclusion

Cette recension des études est la première à s'intéresser aux dimensions de vulnérabilité susceptibles de toucher l'ensemble des familles en situation périnatale. La perspective théorique adoptée a permis de considérer la période périnatale comme une étape de transition importante susceptible d'induire une vulnérabilité chez tout parent même en l'absence de facteurs de risque reconnus, ce qui soutient l'importance d'approche de soutien universelle [6]. Un constat novateur de cette analyse est de mettre en évidence l'interrelation entre les dimensions de vulnérabilité. Conséquemment, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre aux besoins des mères et des pères ainsi que renforcer adéquatement leurs compétences parentales. Cette recension des études démontre la pertinence de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien professionnel formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et d'Avenir d'enfants, via le projet VICTOIRES du Réseau des Centres de ressources périnatales (CRP). Nous les en remercions.

Références

1. De Montigny F, Devault A, Lacharité C, Dubeau D. À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*. 2010;6(2):1-5.
2. De Montigny F, Lacharité C. Devenir père : un portrait des premiers moments. *Enfances, familles, générations*. 2005;3:40-55.
3. Lessick M, Woodring BC, Naber S, Halstead L. Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*. 1992;6(3):1-14.
4. Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J Adv Nurs*. 1997;26:65-72.
5. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé: Les faits. Copenhague: Organisation mondiale de la santé; 2004. 42 p.
6. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58:613-21.
7. Whittemore RKK. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
8. Barnes M, Pratt J, Finlayson K, Courtney M, Pitt B, Knight C. Learning about baby: what new mothers would like to know. *J Perinat Educ*. 2008;17(3):33-41.
9. MacPherson K, Barnes J, Nichols M, Dixon S. Volunteer Support for Mothers with New Babies: Perceptions of Need and Support Received. *Child Soc*. 2010;24(3):175-87.
10. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*. 2013 May;17(4):616-23.
11. O'Reilly MM. Achieving a new balance: women's transition to second-time parenthood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):455-62.
12. Börjesson B, Paperin C, Lindell M. Maternal support during the first year of infancy. *J Adv Nurs*. 2004;45(6):588-94.
13. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010;26(3):357-66.
14. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis CL, Rinaldi CM, *et al*. Canadian Mothers' Perceived Support Needs During Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(5):441-9.
15. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(2):237-42.
16. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *J Perinat Educ*. 2006;15(4):18-27.
17. Hanley J, Long B. A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*. 2006 Jun;22(2):147-57.
18. Cronin C. First-time mothers: Identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*. 2003;12(2):260-7.
19. O'Connor P. Supporting Mothers: Issues in a Community Mothers Programme. *Community Work Fam*. 2001;4(1):63-85.
20. Hogg R, Worth A. What support do parents of young children need? A user-focused study. *Com Pract*. 2009;82(1):31-4.
21. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006;22(2):169-80.
22. Castle H, Slade P, Barranco-Wadlow M, Rogers M. Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *J Perinat Educ*. 2008;26(3):180-94.
23. Abriola DV. Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Matern Child Nurs J*. 1990;19(2):113-34.
24. Doucet S, Letourneau N, Blackmore ER. Support Needs of Mothers Who Experience Postpartum Psychosis and Their Partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(2):236-45.
25. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Educ Couns*. 2012 Jun;87(3):405-10.
26. Hess RF, Weinland JA, Beebe K. "I am not alone": a survey of women with peripartum cardiomyopathy and their participation in an online support group. *Comput Inform Nurs*. 2010 Jul-Aug;28(4):215-21.
27. Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(3):458-66.
28. Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzies K, Dennis CL, *et al*. Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(1):69-80.
29. Phillips S, Pitt L. Maternal mental health: Making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*. 2011;23(3):31-7.
30. Kanotra S, D'Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield WD, Lansky A. Challenges Faced by New Mothers in the Early Postpartum Period: An Analysis of Comment Data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) Survey. *Matern Child Health J*. 2007;11(6):549-58.
31. Kearns RA, Neuwelt PM, Hitchman B, Lennan M. Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health Soc Care Comm*. 1997;5(5):296-308.
32. Leahy-Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):479-88.
33. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2011;21(3/4):388-97.
34. De Montigny F, Lacharité C, Amyot É. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the postpartum period. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):601-9.
35. Gottlieb LN, Mendelson MJ. Mothers' moods and social support when a second child is born. *Matern Child Nurs J*. 1995;23(1):3-14.
36. Singer LT, Davillier M, Bruening P, Hawkins S, Yamashita TS. Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birth-weight infants. *Fam Relat*. 1996;45(3):343-50.
37. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth? *Birth-Iss Perinat C*. 1997;24(1):27-34.

