

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'IMPACT D'UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL EN PÉRIODE
PÉRinataLE SUR LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET LE SENTIMENT DE
COMPÉTENCE PARENTALE.**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
CAROLINE CASTONGUAY**

SEPTEMBRE 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Amilie Dorval

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Amilie Dorval

directeur ou codirecteur de recherche

Martin Caouette

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

La transition à la parentalité est une période de transformations importantes pour les parents et peut affecter leur bien-être psychologique. En effet, devenir parent s'accompagne de plusieurs transformations physiques, psychologiques et sociales nécessitant parfois des changements considérables et une adaptation certaine. Les parents se retrouvent confrontés à de nouvelles sources de stress et d'insécurité, ce qui peut nuire à la perception qu'ils ont de leurs propres compétences. Bien que l'arrivée d'un enfant soit généralement un moment heureux, elle peut également entraîner l'émergence de troubles anxieux, dépressifs ou de remises en question de leurs capacités parentales. Cette transition, de même que les difficultés associées, peut nécessiter l'intervention d'un professionnel. Cette recension des écrits vise à explorer l'impact d'un accompagnement psychosocial en période périnatale sur le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale. Sept études ont été analysées, mettant en lumière les effets positifs de différents types d'interventions psychosociales. Trois grands thèmes se dégagent de cette analyse : l'anxiété, la dépression et le sentiment de compétence parentale. Qu'il s'agisse de groupes de discussion entre parents, de cours prénataux, de soutien individualisé à domicile ou de jeux thérapeutiques, les résultats soulignent l'importance et les bénéfices d'interventions visant à réduire la détresse psychologique et à renforcer le sentiment d'auto-efficacité. Ils soutiennent également la pertinence d'une approche préventive et l'importance de services accessibles, adaptés aux besoins réels des parents.

Table des matières

Résumé	iii
Listes des tableaux et des figures	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Anxiété et stress parental	6
La dépression	7
Le sentiment de compétence parentale	9
Objectif de l'essai	10
Méthode	11
Critères de sélection	12
Critères d'exclusion	13
Processus de recension	13
Résultats	16
Impact sur le bien-être et le sentiment de compétence parentale	21
Diminution du sentiment d'anxiété et de stress parental	21
Diminution des symptômes dépressifs	22
Augmentation du sentiment de compétence parentale	23
Discussion	28
Retombées pour la profession	33
Limites de l'essai	35
Conclusion	36
Références	37

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Concepts, mots-clés et équations utilisés sur les bases de données anglophones...11
Tableau 2	Équations et résultats sur la base de données francophone.....12
Tableau 3	Résumé des articles sélectionnés.....18
Tableau 4	Résumé des résultats des différents articles en fonction des variables évaluées...25

Figures

Figure 1	Diagramme de flux.....15
----------	--------------------------

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance envers ma directrice de recherche qui m'a accompagnée tout au long de la rédaction de cet essai. Sa grande disponibilité, son accompagnement adapté à mes besoins, ainsi que son approche empreinte de douceur m'ont permis de vivre ce processus avec plus de sérénité et de confiance. Je souhaite également remercier mes proches qui ont été des piliers essentiels tout au long de mon parcours académique. À mes parents, merci pour votre écoute, votre soutien, vos encouragements constants et pour la fierté que vous avez toujours exprimés à mon égard. J'ai aussi eu la chance d'être entourée d'amis formidables qui ont su rendre cette aventure académique unique. Merci d'avoir été une partie significative de mon cheminement, pas seulement scolaire, mais de vie. Je garde précieusement les plus beaux souvenirs de ces années passées à vos côtés.

À mon conjoint, ma source de sécurité, mon meilleur ami, merci d'avoir toujours été là, dans la simplicité du quotidien comme dans les moments de doute. Même dans les périodes de grande pression, tu as toujours trouvé les mots justes pour me redonner confiance et me rappeler que j'étais capable d'y arriver. Enfin, ces quelques lignes marquent officiellement la fin de mon parcours scolaire et le début de ma vie professionnelle. Je ne peux qu'éprouver à la fois une grande fierté et une fébrilité face à ce nouveau chapitre.

Introduction

L'arrivée d'un enfant est, bien souvent, un moment empreint de joie et d'épanouissement. Autrefois, devenir parent était lié davantage à des raisons économiques et un besoin d'assurer la survie et le bien-être familial. À ce jour, les raisons de devenir parents varient selon les contextes. Pour certains, la parentalité prend désormais sa place dans l'intention du parent à devenir une famille. Dans les sociétés traditionnelles, la parentalité n'était pas un choix, mais plutôt une obligation sociale et économique. En effet, les enfants contribuaient à soutenir la famille et permettaient une pérennité du patrimoine. L'image de la parentalité s'est transformée, notamment par la modification du rapport à la religion, l'émergence de la famille moderne, l'essor de l'individualisme, la dissociation entre la sexualité et la procréation, l'accès à la contraception, l'émancipation des femmes, etc. (Rousseau, 2020). Furstenberg (2019) explore les différentes causes ayant contribué à la transformation du rapport à la parentalité, un phénomène particulièrement marqué en occident, puis à l'échelle mondiale. L'auteur souligne différents changements, tels que l'augmentation de l'âge au premier mariage, l'intégration des femmes au marché du travail, la multiplication des pratiques de cohabitation avant le mariage ainsi que le déclin des familles intergénérationnelles. En effet, l'auteur souligne l'importance désormais accordée aux liens conjugaux entre les deux parents, ainsi que la diminution de l'influence de la famille élargie dans la décision de fonder une famille (Furstenberg, 2019). Dans la société actuelle, la parentalité peut être perçue comme une forme d'accomplissement personnel et comme la résultante de l'amour au sein du couple où le désir d'enfant est l'élément central de la décision.

D'autre part, dans une perspective sociologique, le désir d'enfant est considéré comme une « composante socialement construite » influencée par l'expérience de vie de la personne et de son éducation (Dandurand, Bernier et Lemieux, 1997). Ainsi, les expériences personnelles et familiales antérieures jouent un rôle important dans la construction de ce désir. En effet, la famille d'origine devient le modèle principal de référence et oriente les attentes du nouveau parent (Rousseau, 2020). Ce bagage personnel contribue également à modeler ce désir et à influencer les premières représentations des futurs parents. Ainsi, bien avant la naissance de

l'enfant, les futurs parents se construisent une représentation psychique de leur bébé ainsi que de leur rôle parental (Krymko-Bleton, 2013). Cette représentation se poursuivra tout au long de la grossesse, permettant ainsi de réduire le stress des nouveaux parents et de tranquillement tisser des liens avec l'enfant. Toutefois, lorsque la réalité vécue diffère de cette représentation anticipée, un écart peut se créer, rendant ainsi l'adaptation à la parentalité plus complexe. Cela est particulièrement vrai lors de l'arrivée d'un premier enfant, où les capacités d'adaptation des parents sont fortement sollicitées. Or, ce processus s'étend aussi à l'arrivée d'un deuxième enfant, qui demande aussi une adaptation nouvelle (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

Devenir parent n'implique pas seulement l'apprentissage à la parentalité ainsi que la découverte de son bébé et de ses besoins. Cela comprend entre autres un remaniement identitaire tant sur les plans personnel, conjugal, social que sociétal. Or, devenir parent est une transition considérée comme l'une des plus exigeantes dans la vie d'un individu, car elle engendre des changements importants dans le quotidien des nouveaux parents (Cao *et al.*, 2023; Entsieh et Hallström, 2016). Ce processus de transformation, considéré aussi comme une étape développementale, influence autant le rapport à soi, la dynamique du couple que les liens sociaux avec l'environnement immédiat (Lévesque *et al.*, 2020). Les parents connaîtront des changements identitaires caractérisés par une redéfinition des différents rôles ainsi qu'une réorganisation des dynamiques dans le couple (Cao *et al.*, 2023). En effet, l'expérience de la naissance peut également entraîner des répercussions sur la sphère personnelle des femmes, notamment par la transformation du corps, l'impact de l'accouchement sur celui-ci et la charge émotionnelle importante occasionnée par la rencontre de l'enfant. De plus, les parents doivent se redécouvrir comme individus et apprendre à connaître les parents qu'ils sont devenus. Ils doivent également redéfinir leurs rôles au sein du couple et dans la famille élargie. En d'autres termes, ils sont amenés à se découvrir comme une équipe parentale pour la toute première fois, et ce, en réévaluant leurs priorités, leurs valeurs et en s'ajustant à de nouvelles responsabilités. Par ailleurs, le bien-être conjugal et la restructuration du réseau social sont également des retombées possibles associées à cette période transitoire (Cao *et al.*, 2023). La transition vers la parentalité

peut ainsi entraîner une diminution de la satisfaction conjugale, en raison d'une réduction du temps consacré au couple, d'une communication plus conflictuelle, une diminution du revenu, etc. (Lévesque et al., 2020). Par ailleurs, des défis bien précis entourant la routine quotidienne et le mode de vie des nouveaux parents sont vécus. Par exemple, les parents peuvent ressentir une fatigue accentuée par la privation de sommeil et une augmentation de la détresse affective. Également, les conjoints seront confrontés à des conflits liés au partage des responsabilités intrafamiliales, comme la répartition des tâches domestiques. Or, ils peuvent éprouver des difficultés à concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, ainsi qu'avec leur vie sociale et personnelle (Cao et al., 2023). En résumé, les partenaires, désormais une famille, connaîtront une désorganisation de leurs différents systèmes et de leurs repères habituels, afin de s'adapter à leur nouvelle réalité, et ce, dans l'intention d'atteindre un nouvel équilibre (Entsieh et Hallström, 2016).

Ces transformations multidimensionnelles, qu'elles soient physiques, psychologiques, conjugales ou sociales, exigent des parents l'utilisation constante de leurs ressources personnelles et environnementales afin de s'ajuster à leur nouvelle réalité. C'est dans ce contexte que s'inscrit le principe d'adaptation à la parentalité. Elle est définie comme « l'ensemble des stratégies qui permettent aux personnes qui deviennent parents de trouver un nouvel équilibre » (Institut national de santé publique du Québec, 2018). Cette adaptation est un processus dynamique, influencé par de multiples facteurs internes et externes en constante évolution. En effet, l'adaptation à la parentalité est, en d'autres termes, un ensemble d'ajustements constants qu'un parent doit réaliser afin de s'approprier pleinement son nouveau rôle, et ce, afin de maintenir un équilibre personnel et relationnel. Le succès de ces ajustements repose, entre autres, sur les capacités adaptatives propres aux nouveaux parents. De plus, les attentes des futurs parents jouent un rôle clé dans la façon dont ils sont susceptibles de vivre cet ajustement et sont étroitement liées au niveau d'adaptation parentale (Mihelic *et al.*, 2016). En effet, Mihelic *et al.* (2016) avancent l'idée que plus les parents ont des attentes positives quant à l'arrivée de leur enfant et plus l'adaptation à la parentalité est bonne. En revanche, plus les attentes sont négatives et plus l'adaptation est difficile. Or cela serait davantage le niveau de réalisme de l'attente préalablement

faite qui influence l'adaptation à la parentalité (Mihelic *et al.*, 2016). En effet, des attentes trop optimistes de la part des mères augmenteraient les risques de vivre des déceptions importantes lorsque la réalité ne correspond pas aux attentes préalablement faites. De plus, certaines recherches avancent que le sentiment d'auto-efficacité, la relation de couple, le soutien social et la santé mentale maternelle seraient des facteurs de protection importants (Mihelic *et al.*, 2016).

Ainsi, bien que l'arrivée d'un enfant soit un événement positif, la transition à la parentalité peut aussi se révéler déstabilisante pour certains parents. Selon Cao *et al.* (2023), cette transition semble être un moment clé pour la mise en place d'interventions psychosociales visant le bien-être psychologique des nouveaux parents. Par ailleurs, Caetano *et al.* (2018) rapportent que des interventions entourant la santé mentale maternelle et les soins obstétricaux, répondant réellement aux préoccupations des mères, seraient primordiaux pour favoriser une transition harmonieuse à la parentalité pour la mère, le couple et l'enfant. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2018), être accompagnés par un professionnel de la santé, comme une infirmière, une sage-femme, un médecin et même une intervenante sociale, durant le suivi de grossesse, permet aux parents de se préparer à la venue de l'enfant. En effet, le soutien formel d'intervenants, tout comme le soutien informel du réseau social, sont des facteurs de protection importants. Cela contribue notamment à favoriser l'adaptation des mères, mais également celle des pères (Institut national de santé publique du Québec, 2018). Bien que la parentalité demeure genrée, le rôle des pères dans cette transition tend à s'éloigner des rôles traditionnels d'autrefois. En effet, auparavant, la grossesse et l'accouchement relevaient généralement des femmes de la famille. Les nouvelles mères étaient alors principalement accompagnées par les différentes figures maternelles qui les entouraient. Désormais, la famille est davantage centrée sur le couple et l'enfant à naître plutôt que sur la communauté et leur soutien (Rousseau, 2020). Ainsi, la femme se retrouve à devoir apprendre davantage par elle-même ou à se reposer sur son partenaire qui est appelé à remplir certaines fonctions maternelles assumées autrefois par les grand-mères (Krymko-Bleton, 2013). L'émergence de la famille moderne et la montée de l'individualisme, abordé plus haut, sont des facteurs pouvant expliquer cette modification des mœurs. Par ailleurs, différentes recherches soulignent l'importance de l'implication des pères dès la naissance sur le

développement de leur enfant. Dans les années 1970, l'implication des pères durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement était peu considérée, et ce, tant par les professionnels de la santé que par les milieux scientifiques (Couillard, 2021). À ce jour, l'engagement paternel est davantage reconnu et valorisé, notamment en raison d'impacts positifs observés sur le développement global de l'enfant. Toutefois, de nombreux pères doivent encore composer avec une conciliation entre leur nouveau rôle parental et leur rôle traditionnel soutenant financièrement la famille. Plusieurs hommes expriment d'ailleurs des inquiétudes face à leurs nouvelles responsabilités. Notamment, certains pères rapportent se sentir négligés, mis de côté ou non représentés dans les cours de préparation à l'accouchement ou à la parentalité. De plus, certaines études mettent en lumière la possibilité que les hommes soient plus vulnérables aux troubles de l'humeur en période périnatale. Ces difficultés sont notamment liées à la transition à leur nouveau rôle parental, assumant ici différents rôles, aux changements dans la relation de couple, ainsi qu'à divers stressseurs, tels que le manque de sommeil (Rayburn et Coatsworth, 2021). Selon la psychologue Fanny-Maude Urfer (2018), ces stressseurs peuvent entraîner une diminution du sentiment d'efficacité parentale, notamment en ce qui concerne les soins à l'enfant. Elle souligne que cette variable mérite d'être soutenue, car elle joue un rôle important dans la prévention du stress parental, des symptômes dépressifs et des difficultés relationnelles.

Selon Entsieh et Hallström (2016), certains facteurs contribuent à une adaptation harmonieuse à la parentalité, dont la préparation et l'acquisition de connaissances propres à cette période. Toutefois, les auteurs relèvent l'insatisfaction des parents quant aux différents contenus des cours prénataux qui se concentrent principalement sur le processus d'accouchement. En effet, peu d'informations relatives aux compétences parentales, à la santé mentale, à la confiance en soi et à la relation conjugale sont offertes aux nouveaux parents. Or, il va sans dire que devenir parent augmente la possibilité de rencontrer des difficultés d'ordre psychologique telles que du stress parental, de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Razurel *et al.*, 2016).

Anxiété et stress parental

La période périnatale est considérée comme un moment où les parents sont à risque de développer des difficultés liées à l'anxiété et au stress. En effet, la prévalence des troubles anxieux durant la grossesse se situe entre 33 % et 59 % (Razurel *et al.*, 2017). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022) rapporte que 15 % des femmes vivent avec des troubles anxieux durant et après leur grossesse. Selon l'*American Psychological Association* (APA, 2018) l'anxiété est définie comme « une émotion caractérisée par une appréhension et des symptômes somatiques de tension, dans laquelle une personne anticipe un danger, une catastrophe ou un malheur imminent. » En période périnatale, cette appréhension ou menace perçue peut être expliquée par le principe que devenir parent est une étape de vie exigeante marquée par l'incertitude, la culpabilité et le sentiment de perte de contrôle (Naître et Grandir, 2023). En effet, les parents ont désormais différentes inquiétudes quant à la santé de leur bébé, à l'adaptation à de nouvelles responsabilités, à la transformation de leurs relations interpersonnelles, au manque de sommeil, à la récupération physique post-accouchement, etc. (Seymour *et al.*, 2015). De plus, la psychologue Dre Lory Zéphyr (2021) rapporte la notion d'anxiété de performance appliquée à la parentalité grandement influencée par les différents discours sociaux et les comparaisons sur les médias sociaux. Les inquiétudes étant liées à la peur de faire une erreur, d'être jugé négativement par les autres, à juger ses propres capacités négativement en fonction d'attentes élevées et à la peur de ne pas « performer de façon parfaite. » Zéphyr (2021) rapporte la perspective de Winnicott (2006) du parent « suffisamment bon » rappelant ainsi l'importance d'accepter les imperfections dans la parentalité afin de soutenir le bien-être des parents et le développement sain de l'enfant. En ce qui a trait au stress, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009), le stress est défini comme « une réponse normale à une demande d'adaptation » et permettrait « à notre organisme de s'adapter aux multiples événements positifs ou négatifs que nous vivons, comme une naissance, un mariage, la perte d'emploi, etc. ». Razurel *et al.* (2016) rapportent que le stress spécifiquement lié à l'accouchement serait en lien avec la santé psychologique des mères. En effet, plus le stress périnatal était élevé, plus les symptômes dépressifs et anxieux étaient élevés. Cette même étude rapporte également une association entre le stress et le sentiment d'auto-efficacité parentale. De

même, certains facteurs contribuent à augmenter l'anxiété postnatale tels qu'une précarité financière, un faible niveau de scolarité, un niveau d'éducation plus faible et un manque de soutien social (Seymour *et al.*, 2015). L'anxiété en période périnatale impacte également le développement du nourrisson. En effet, bien qu'elle ne soit pas toujours pathologique, l'anxiété à un niveau élevé et significatif peut modifier les attitudes de la mère et influencer le lien d'attachement mère-enfant (Razurel *et al.*, 2017). Différentes études rapportent qu'une surstimulation de l'enfant, la présence de comportements intrusifs et incohérents, ainsi qu'une réduction de la sensibilité aux signaux de l'enfant sont des impacts observables chez les mères anxieuses (Seymour *et al.*, 2015). Par ailleurs, l'anxiété est fortement corrélée à la dépression. En effet, les femmes ayant des troubles anxieux durant la grossesse seraient plus à risque de développer une dépression post-partum (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022).

La dépression

La dépression suivant la naissance d'un enfant est désormais reconnue sous l'appellation d'un terme plus large, soit la dépression périnatale (Carlson *et al.*, 2025). En effet, elle fait désormais partie d'un spectre plus large de la dépression périnatale et est reconnue comme un trouble de l'humeur qui touche environ une personne sur sept durant ou après la grossesse (Carlson *et al.*, 2025). Selon Carlson *et al.* (2025), un épisode de dépression majeure allant de la grossesse aux quatre semaines suivant l'accouchement est reconnu comme une dépression péripartum, incluant ainsi le pré et le post-accouchement. Au Canada, c'est près d'une femme sur quatre, soit 23 % des mères ayant accouché récemment, qui déclarent avoir ressenti des sentiments pouvant s'apparenter à une dépression ou un trouble anxieux (Statistique Canada, 2018). Selon le site internet Naître et Grandir (2022), 15 à 20 % des nouvelles mères seraient touchées par la dépression post-partum. Dans 7 % de ces cas, les nouvelles mamans présenteraient des symptômes significatifs durant les trois mois suivant l'accouchement, alors que 19 % manifesteront des symptômes légers à modérés (Naître et Grandir, 2022). Carlson *et al.* (2025) indique que la prévalence se situe davantage entre 6,5% et 20% des personnes traversant une période post-partum et affecterait une personne sur sept durant la première grossesse.

Contrairement au « baby blues » qui ne dure que quelques jours suivant la grossesse où la mère éprouve des changements d'humeur occasionnés par les changements hormonaux et la fatigue (Institut national de santé publique du Québec, s.d.), la dépression se caractérise par des symptômes plus sévères et peut perdurer plusieurs mois si elle n'est pas traitée (Carlson *et al.*, 2025). Elle se manifeste notamment par une tristesse persistante, une faible estime de soi, des troubles du sommeil, de l'anxiété et des difficultés à créer un lien avec son bébé (Carlson *et al.*, 2025). Il est également possible d'observer une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités de la vie quotidienne (Razurel *et al.*, 2017). La difficulté à prendre soin de son bébé, une dépression grave et la présence d'idées suicidaires sont également des conséquences possibles de la dépression post-partum (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024). La dépression peut également compromettre l'adaptation à la parentalité. Notamment en entraînant des comportements inadaptés aux besoins développementaux de l'enfant, tels que l'évitement du contact visuel malgré les tentatives d'interaction de l'enfant, ce qui peut perturber la qualité de la relation d'attachement (Razurel *et al.*, 2017). Par conséquent, l'enfant naissant peut lui aussi en vivre les répercussions, soit par l'augmentation de difficultés émotionnelles et comportementales (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024). Les facteurs déterminants de la dépression post-partum sont variés et combinent des facteurs personnels (par exemple : une dépression antérieure ou une prédisposition génétique, une faible estime de soi, un événement traumatique) et des facteurs environnementaux (par exemple : la présence de troubles de santé mentale dans la famille, un faible réseau social, des difficultés d'allaitement, une insatisfaction conjugale). Des causes peuvent être également attribuables à la naissance de l'enfant comme un accouchement difficile, des complications liées à l'allaitement, les changements hormonaux, le manque de sommeil ainsi que les violences obstétricales (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024; Naître et Grandir, 2022). La Confédération internationale des sages-femmes (2024) souligne que « le manque de respect, les mauvais traitements et les violences obstétricales ont un impact sur les femmes et ont été associés au traumatisme de l'accouchement, à la dépression post-partum et au syndrome de stress post-traumatique ». Néanmoins, 50 % des cas ne sont pas diagnostiqués, et ce, puisque les mères craignent d'être stigmatisées (Carlson *et al.*, 2025). Or, la détection des symptômes dépressifs et la prise en charge rapide par les professionnels de la santé sont

essentielles pour le bien-être des parents ainsi que des nourrissons. À long terme, l'absence de traitement ou d'intervention peut être associée à des conséquences importantes sur le développement émotionnel et comportemental de l'enfant (Carlson *et al.*, 2025). En ce sens, des outils de dépistage validés ont vu le jour afin de détecter rapidement la présence de symptômes dépressifs, soit l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (Cox *et al.*, 1987). Par ailleurs, il est important de rappeler que la dépression post-partum ne touche pas seulement les mères, mais peut également affecter le partenaire avec une prévalence estimée à 10 % (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024).

Le sentiment de compétence parentale

Le sentiment de compétence parentale (SCP), aussi associé au sentiment d'auto-efficacité parentale, est défini comme « la perception qu'a un parent de ses habiletés à s'occuper de son enfant. Cette perception représente sa confiance en ses capacités d'être une bonne mère ou un bon père » (Naître et Grandir, 2025). Elle est définie également par Coleman et Karraker (2003) comme « l'évaluation que les parents font de leur propre compétence dans le rôle parental » et plus spécifiquement, comme « la perception qu'ont les parents de leur capacité à influencer positivement le comportement et le développement de leurs enfants » (Coleman et Karraker, 2003). Selon Razurel *et al.* (2017), ce concept s'inscrit dans la théorie de l'auto-efficacité développée par Bandura en 1977. Cette théorie souligne l'importance de sa confiance personnelle quant à ses capacités à accomplir une tâche définie. Il indique également qu'un sentiment d'auto-efficacité personnel élevé serait associé à des caractéristiques personnelles positives dont la persévérance et la résilience. Inversement, le sentiment d'auto-efficacité plus faible serait davantage lié à un niveau plus élevé de stress et à des symptômes dépressifs (Lefebvre, 2021). Dans la parentalité, le sentiment de compétence est un élément clé pour le bien-être psychologique et l'adaptation, et ce, particulièrement en période périnatale où les ajustements sont nombreux (Cao *et al.*, 2023). Or, il est observé que les femmes ayant un plus grand sentiment d'auto-efficacité ont davantage une vision positive de la parentalité facilitant ainsi leur adaptation (Mihelic *et al.*, 2016). D'autres variables comme l'âge de la mère et son niveau d'éducation sont liés à un sentiment de compétence parentale plus élevé, soit les mères ayant eu

un enfant à un âge plus avancé ainsi que les mères avec un niveau d'éducation supérieure. De plus, les pères auraient un sentiment de compétence parentale davantage élevé dans différents domaines comme la discipline. À l'inverse, les mères auraient un sentiment de compétence plus élevé dans des domaines tels que l'affection et la routine. Comme pour l'anxiété et la dépression, le sentiment de compétence parentale influence différentes dimensions de l'expérience familiale, notamment la qualité des interactions avec l'enfant et le bien-être psychologique des adultes. Notamment, la qualité des soins prodigués par les parents, les pratiques parentales adoptées (ex. : la discipline), le tempérament de l'enfant, ainsi que l'implication du père et de la mère à la maison. Par exemple, un parent ayant un plus faible SCP peut percevoir que son enfant a un tempérament difficile. Le SCP influence également différentes sphères du développement de l'enfant telles que les compétences socioémotionnelles et la relation d'attachement parent-enfant (Lefebvre, 2021). Sur le plan de la santé mentale, plusieurs études ont mis en lumière l'association entre un faible SCP et la présence de symptômes dépressifs et de troubles anxieux. Or, un fort sentiment de compétence parentale est considéré comme un facteur de protection pour ces deux variables, permettant ainsi une meilleure adaptation à la parentalité (Razurel *et al.*, 2017). Par conséquent, en tant que facteur de protection clé, le sentiment de compétence devient une cible d'intervention prioritaire (Cao *et al.*, 2023).

Objectif de l'essai

Cet essai a pour objectif d'explorer, à travers une recension des écrits, les impacts d'un accompagnement psychosocial en période périnatale sur le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale. La transition à la parentalité, considérée comme une période vulnérabilisante en raison des changements significatifs, exige une grande capacité d'adaptation pour la part des parents (Cao *et al.*, 2023). Plusieurs études démontrent qu'un sentiment de compétence parentale élevé constitue un facteur de protection important contre l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs (Razurel *et al.*, 2017). Dans cette optique, les interventions psychosociales mises en place durant la période périnatale apparaissent comme des leviers pertinents pour prévenir ces difficultés et renforcer le sentiment de compétence parentale (Caetano *et al.*, 2018; Gouvernement du Québec, 2018).

Méthode

Le processus méthodologique s'est déroulé entre le mois de mars et d'août 2024. Différentes étapes ont permis la sélection de sept articles finaux. Dans un premier temps, la recherche documentaire sur les bases de données s'est effectuée via la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les bases utilisées sont APA PsycInfo (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), CINAHL (EBSCO) et Érudit. Pour chacune des bases de données, une recherche a été effectuée par l'utilisation de mots clés sélectionnés en fonction des trois concepts suivants : l'accompagnement psychosocial, la périnatalité et le sentiment de compétence parentale. Le Tableau 1 illustre les différents mots clés et équations utilisés lors de la recherche sur les bases de données anglophones. De plus, afin d'orienter la recherche selon les intentions de cet essai, les mots clés suivants ont été ajoutés à l'aide du thésaurus propre à chaque base de données : *Psychoeducation*, *Psychosocial Interventions* (PsycInfo); *Psychosocial Intervention* (MEDLINE); *Psychosocial Intervention*, *Support*, *Psychosocial*, *Psychoeducation*, *Postnatal Period* (CINAHL).

Tableau 1

Concepts, mots-clés et équations utilisés dans les bases de données anglophones

Accompagnement psychosocial	Périnatalité	Sentiment de compétence parentale
Assistance OR Support* OR Intervention* OR Prevention* OR Program* OR Counseling	Perinatal OR Postnatal OR postpartum OR Prenatal OR Pre-natal OR Antenatal	Competence* OR efficacy OR self-efficacy) N4 (parent* OR mother* OR father* OR "parent* skill*"

Une recherche dans la base de données Érudit a été effectuée à l'aide du soutien de la bibliothécaire. Une première recherche a permis d'identifier que trois articles. L'équation a donc été modifiée en excluant les mots-clés relatifs au concept d'accompagnement psychosocial pour ainsi obtenir 30 articles. Le tableau 2 illustre les équations utilisées lors des deux requêtes effectuées sur la base de données francophone.

Tableau 2

Équations et résultats obtenus lors de la recherche effectuée sur la base de données francophone

Première recherche	Deuxième recherche
Assistance OU support OU intervention OU Prevention OU Programme OU Accompagnement /Perinatal OU postnatal OU postpartum OU prenatal OU pre-natal OU antenatal/ “Compétence parentale” OU “Efficacité parentale » OU « compétence du parent » OU « compétence des parents » OU « capacité parentale ».	Perinatal OU postnatal OU postpartum OU prenatal OU pre-natal OU antenatal/ “Compétence parentale” OU “Efficacité parentale » OU « compétence du parent » OU « compétence des parents » OU « capacité parentale »
3 résultats obtenus	30 résultats obtenus

Critères de sélection

Afin de recenser des articles répondant avec rigueur à la question de recherche, seulement les études respectant les différents critères de sélection suivants ont été incluses. Étant donné le nombre élevé d’articles, ces critères ont été appliqués lors de la lecture des titres et des résumés pour faciliter une première sélection. Les études étaient retenues si :

- . Elles examinaient les résultats d’interventions sur le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale/sentiment d’auto-efficacité.
- . Les participants représentaient la population générale et ne présentaient pas de particularités spécifiques (ex. : trouble de santé mentale spécifique autre qu’un diagnostic de dépression post-partum, mère adolescente, victimes d’abus, toxicomanie, etc.).
- . La période périnatale s’étendait de la grossesse à 2 ans après la naissance de l’enfant.
- . Elles impliquaient des parents de différents milieux socio-économiques.
- . Les participants provenaient des continents suivants : Amérique du Nord, Europe et Australie.
- . Les programmes d’accompagnement psychosocial comprenaient du soutien de groupes et des consultations individuelles ou de couple, spécifiquement mis en place durant la période périnatale.

Critères d'exclusion

En raison du grand nombre d'articles à analyser lors de la lecture complète, des critères d'exclusion supplémentaires ont été appliqués. Les articles étaient exclus s'ils répondaient à l'un des critères suivants :

- . L'accompagnement évalué dans l'article était exclusivement de nature médicale ou axé strictement sur des soins de santé.
- . Les programmes évalués ne pouvaient pas être applicables ou adaptables à la pratique psychoéducative en raison d'actes réservés et en raison des restrictions imposées par l'ordre professionnel.

Processus de recension

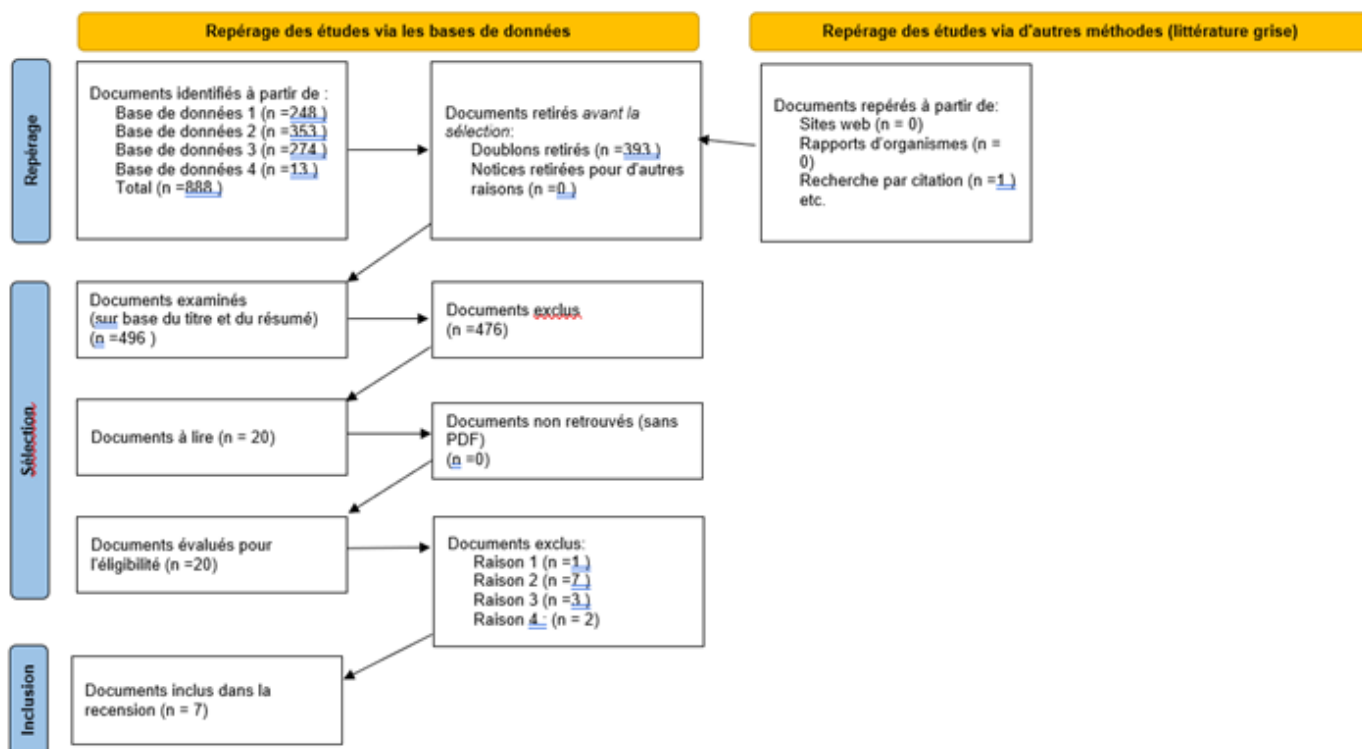
Dans un deuxième temps, à même la base de données, des filtres ont été appliqués à la recherche. Seuls les articles publiés entre 2014 et 2024 ainsi que les articles écrits en anglais et en français ont été sélectionnés. En somme, 888 articles ont été exportés des quatre bases de données. Un article a été repéré via d'autres méthodes. Comme illustré dans la Figure 1, 393 doublons ont été supprimés. Compte tenu du nombre élevé d'articles, plusieurs lectures consécutives ont été faites afin de réduire la quantité d'articles à analyser tout en augmentant leur pertinence. D'abord, deux lectures des titres ont permis l'exclusion de 372 articles. Par la suite, une première et une seconde lecture des résumés ont permis d'exclure les articles non pertinents. Une troisième lecture des résumés a été réalisée en appliquant de nouveaux critères d'exclusion plus spécifiques, permettant ainsi de mieux cibler les articles pertinents. Cette sélection reposait sur la présence d'éléments démontrant l'évaluation d'une modalité d'intervention en période périnatale. À cette étape, les articles restants ont été classés dans trois tableaux distincts : (1) les articles semblant répondre pleinement à la question de recherche (2) les articles ne répondant pas aux critères et (3) les articles partiellement pertinents. Une relecture des articles du troisième tableau (les articles partiellement pertinents) a été effectuée afin de statuer sur leur inclusion ou non. Pour finir, 104 articles ont été exclus lors de la lecture des résumés.

À la suite de ce processus, 20 articles ont été retenus pour une lecture complète. Ainsi, les informations concernant l'année de publication, le lieu, la population étudiée, l'intervention proposée, les résultats obtenus ainsi que les éléments de discussion ont été résumés dans un quatrième tableau. À cette étape, les variables ne correspondant pas à l'intention de recherche ont été précisées, ce qui a permis de justifier rapidement l'exclusion de certains articles. Ce processus permettait d'organiser et de comparer les articles afin de faciliter leur analyse lors de la lecture complète des textes. 13 articles ont été exclus lors de la lecture complète des textes pour un total final de sept articles finaux. Différentes raisons ont permis l'exclusion de ces articles lors de la lecture complète. En effet, un article a été exclu puisqu'il ne se situait pas dans la période sélectionnée. Sept articles ont été exclus puisque la population ne correspondait pas aux pays sélectionnés. Deux articles ont été exclus puisqu'il y avait absence de résultats ou encore des résultats non concluants. Trois articles ont été exclus puisque la modalité d'intervention n'était pas applicable ou à la pratique psychoéducative en raison d'actes réservés et des restrictions imposées par l'ordre professionnel ou parce qu'un autre article traitait de la même modalité d'intervention.

La question de recherche a été modifiée en cours de processus. Ainsi, le concept de bien-être psychologique a été ajouté pour obtenir la question suivante : Les impacts d'un accompagnement psychosocial, durant la période périnatale, sur le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale. De cette façon, en maintenant le concept de compétence parentale les équations de recherche demeuraient pertinentes. Le choix d'ajout du concept a été fait à la suite de la lecture des résumés, puisqu'une grande majorité des articles abordaient la dépression post-partum, l'anxiété parentale et le sentiment d'auto-efficacité parentale.

Figure 1

Diagramme de flux



Résultats

Les études sélectionnées proviennent majoritairement de l'Europe ($n = 3$), de l'Amérique du Nord ($n = 2$) et de l'Australie ($n = 2$). Les études sont rédigées en anglais ($n = 3$) ou traduites en anglais ($n = 3$), tandis qu'un seul article est écrit en français. Les devis méthodologiques des études sélectionnées sont diversifiés, allant de devis expérimentaux ($n = 2$), à des devis quasi-expérimentaux ($n = 3$). De plus, une étude de faisabilité non contrôlée ($n = 1$) et une étude de faisabilité descriptive à méthodes mixtes ($n = 1$) ont également été sélectionnées. Un article seulement qualitatif a été inclus dans cet essai ($n = 1$). La majorité des articles inclut des mesures pré et post-test ($n = 6$).

La taille d'échantillon varie allant de 12 participants à 240 approximativement. Les participants sont principalement des adultes âgés entre 30 à 32 ans ($n = 5$). Quatre études répertorient des parents uniquement primipares ($n = 4$), tandis que trois articles incluent à la fois des parents primipares et multipares ($n = 3$). La plupart des articles sont réalisés auprès de mères exclusivement ($n = 5$) alors qu'un article cible uniquement les pères ($n = 1$) et un article est réalisé auprès de pères et de mères ($n = 1$). L'âge des enfants, au moment de l'intervention, varie entre 3 semaines de grossesse et 15 mois post-partum. Quatre études comprennent des interventions ou des mesures à la fois durant la grossesse et après l'accouchement ($n = 4$). Une étude se concentre uniquement sur la période prénatale ($n = 1$), une autre exclusivement sur la période postnatale ($n = 1$) et une étude inclut à la fois des parents durant leur grossesse et en période post-partum ($n = 1$). Trois études excluent les participants présentant des troubles psychiatriques ($n = 3$), tandis que trois autres ciblent des participants considérés davantage à risque en raison d'un statut socioéconomique faible ou de difficultés en santé mentale ($n = 3$).

L'accompagnement sous la forme d'intervention de groupe est majoritaire ($n = 5$). Parmi ces cinq articles, trois proposent un accompagnement sous la forme de groupe de discussion ou cours prénatal avec un des deux parents ($n = 3$). Deux articles explorent l'accompagnement sous la forme de groupe d'éducation, soit un groupe avec l'enfant ($n = 1$) et un groupe avec le couple ($n = 1$). Deuxièmement, l'accompagnement individuel sous forme d'entrevue pré et post-natale ou

de visites à domicile est présent dans deux des articles sélectionnés ($n = 2$). De plus, l'entièreté des interventions s'appuie sur l'implication d'une équipe multidisciplinaire composée entre autres de psychologues, intervenants sociaux, sages-femmes, infirmières et membres de l'équipe de recherche ($n = 7$). La fréquence de l'intervention varie également. Quatre interventions se déroulent de manière hebdomadaire, avec un nombre de séances allant de 5 à 10 rencontres ($n = 4$). Un article explore un accompagnement plus bref de deux entrevues individuelles de 60 minutes avant et après l'accouchement ($n = 1$) et un article présente un accompagnement à domicile sur une plus longue période de temps allant jusqu'aux 15 mois de l'enfant ($n = 1$). Un article n'a pas spécifié la fréquence de l'intervention ($n = 1$). Par ailleurs, la durée des interventions varie de 1h à 2h selon les études ($n = 5$). Deux articles ne précisent pas la durée ($n = 2$).

Tableau 3*Résumé des articles sélectionnés*

Étude	Devis	Échantillon	Caractéristiques de l'échantillon	Modalités de l'intervention
Ericksen <i>et al.</i> (2018)	(1) Étude de faisabilité non contrôlée (2) Essai contrôlé randomisé (ECR)	(1) Étude de faisabilité : $n = 74$ (2) ECR : $n = 16$ (GE); $n = 15$ (GC) Lieu : Australie Sexe : Femmes	Âge moyen des mères : 31,5 ans (1), 32-33 ans (2) Âge moyen des enfants : 4,5 mois (1) et 4 mois (2) Primipares/multipares (total) : - 35 femmes primipares - 37 femmes multipares Caractéristique : Femmes ayant consulté pour difficultés de santé mentale.	Programme : CHUGS Forme : Groupe de jeux mère-bébé Durée : 10 séances de 60-90 min Composition : 4 à 8 femmes/groupe Intervenants : psychologue, danse-thérapeute, infirmières en santé maternelle, ergothérapeutes, travailleuses de soutien familial.
Tremblay et Berthelot (2023)	Quantitatif, Devis quasi expérimental longitudinal.	$n = 28$ (GE), 31 (GT) Lieu : Québec Sexe : Femmes	Âge moyen des mères : 30,5 ans Âge moyen des enfants : NA Primipares/multipares (total) : - 27 femmes primipares 26 femmes multipares Caractéristiques : Femmes enceintes	Programme de pleine conscience Forme : 5 groupes Durée : 8 séances Composition : 4 à 7 femmes/groupes Intervenants : psychologue formée en pleine conscience.
Diotaiuti <i>et al.</i> (2022)	Quantitatif, Étude quasi-expérimentale non randomisée.	$n = 240$ Lieu : Italie Sexe : Femmes	Âge moyen des mères : 32 ans Âge moyen des enfants : NA Primipares/multipares (total) : -240 femmes primipares Caractéristiques : Femmes enceintes	Cours prénataux Formes : 3 groupes (cours traditionnel, enrichi et absence de cours). Durée : 7 séances hebdomadaires de 2h (cours

				traditionnel), 15 séances bihebdomadaire de 2h (cours enrichi. Composition : 80 femmes/groupe. Intervenants : Équipe multidisciplinaire (cours traditionnel), équipe multidisciplinaire et psychologue (cours enrichi).
Razurel et al. (2017)	Quantitatif, Étude pilote	<i>n</i> = 26 (GE); 23 (GT) Lieu : Suisse Sexe : Femmes	Âge moyen des mères : NA Âge moyen des enfants : NA Primipares/multipares (total) : - 49 primipares Caractéristique : Femmes enceintes primipares	Entretien avec une sage-femme (Psycho-Educational Perinatal Interview (PEPI)) Forme : Entretiens individuels Durée : 2 entretiens de 1h Composition : NA Intervenants : Sage-femme formée pour l'utilisation du Psycho-Educational Perinatal Interview (PEPI).
Rayburn et Coatsworth (2021)	Mixte, Devis de faisabilité descriptif à méthodes mixtes.	<i>n</i> = 19 Lieu : États-Unis Sexe : Hommes	Âge moyen des pères : 32 ans Âge moyen des enfants : 20 semaines gestation à 3 mois post-partum. Primipares/multipares (total) : - 19 primipares Caractéristique : Père pour la première fois.	Groupe de discussion autour de la parentalité, pleine conscience et de formation. Forme : groupe Durée : 5 séances de 1h. Composition : NA Intervenants : NA
Bäckström <i>et al.</i> (2021)	Qualitatif, Approche phénoménologique.	<i>n</i> = 12 Lieu : Suède Sexe : femmes (<i>n</i> = 8), hommes (<i>n</i> = 4).	Âge moyen : 23 à 57 ans Âge moyen des enfants : NA Primipares/multipares (total) : - 9 primipares	Visites à domicile entre la 34 ^e semaine de grossesse et 15 mois post-partum. Forme : visite à domicile.

			- 3 multipares Caractéristique : Parents ayant un statut socio-économique plus faible.	Durée : adaptée aux besoins. Composition : NA Intervenants : sage-femme, infirmière, intervenant social.
Buultjens <i>et al.</i> (2018)	Quantitatif, Étude pilote expérimentale.	<i>n</i> = 10 (GE), 8 (GT) Lieu : Australie Sexe :	Âge moyen : 31-32 ans Âge moyen des enfants : 3 ^e trimestre de grossesse Primipares/multipares (total) : -18 primipares Caractéristique : NA	Programme psycho-éducatif multidimensionnel Forme : groupe Durée : 8 séances hebdomadaires de 2h. Composition : NA Intervenants : NA

Note. Les abréviations GE et GT ont été utilisées pour représenter respectivement le groupe expérimental et le groupe témoin.

Impact sur le bien-être et le sentiment de compétence parentale

Cette section présente les différents impacts rapportés dans les sept études répertoriées quant à l'accompagnement psychosocial offert en période périnatal sur le bien-être psychologique des parents et leur sentiment de compétence parentale. Trois sous-thèmes principaux ont été analysés dans l'ensemble des études réévaluées, soit l'anxiété et le stress parental, la dépression et le sentiment de compétence parentale/sentiment d'auto-efficacité.

Diminution du sentiment d'anxiété et de stress parental

L'anxiété et le stress parental en période périnatale sont également des enjeux répertoriés dans cinq des articles finaux. Quatre de ces articles rapportent une diminution du niveau de stress alors que l'article de Bäckström *et al.* (2021) témoigne de la contribution des visites à domicile à une meilleure gestion du stress. En ce qui a trait à l'étude d'Ericksen *et al.* (2018), les résultats de l'étude de faisabilité indiquent une réduction significative des scores liés à l'anxiété et au stress après la participation au groupe de jeux thérapeutique. Également, les résultats à l'essai contrôlé randomisé indiquent une différence significative entre le groupe contrôle et le groupe témoin indiquant une réduction significative de l'anxiété pour le groupe ayant reçu l'intervention. Dans un même ordre d'idées, l'étude de Rayburn et Coatsworth (2021) rapporte que le niveau moyen de stress diminue entre les mesures au pré et au post-test. De plus, les pères dont l'enfant est né après l'intervention ont vu leur niveau de stress diminuer de manière significative en comparaison avec ceux dont l'enfant est né durant l'intervention. En ce qui concerne l'étude de Diotaiuti *et al.* (2022), une diminution significative de l'état d'anxiété est observée chez les participantes ayant suivi les cours prénataux enrichis. Par ailleurs, l'étude associe l'anxiété et le stress à la perception de la menace perçue ainsi qu'à des besoins accrus d'information, de réassurance et de partage. Les résultats montrent une diminution de la perception de menace chez les participantes ayant suivi soit les cours enrichis et soit les cours traditionnels. Toutefois, les participantes du groupe témoin rapportent une augmentation significative de cette perception. Concernant le besoin d'information, une diminution significative est observée tant chez les participantes des groupes enrichis que des groupes traditionnels, tandis qu'une augmentation de ce besoin est observée chez les participantes n'ayant pas reçu l'intervention. Le besoin de

réassurance diminue uniquement chez les participantes du groupe enrichi. Ce besoin demeure semblable dans le groupe ayant suivi les cours traditionnels, alors qu'il augmente dans le groupe sans intervention. Pour l'étude de Razurel *et al.* (2017) bien qu'il n'y ait pas de différence statistiquement significative observée entre les groupes lors des mesures postnatales, les femmes ayant reçu l'intervention complète, soit des entretiens pré et postnataux, présentent une diminution légère de l'anxiété entre le temps 1 (avant l'entretien) et le temps 3 (3 mois après accouchement).

Diminution des symptômes dépressifs

Cinq des sept études répertoriées abordent les effets positifs d'un accompagnement psychosocial sur les symptômes dépressifs et le sentiment de détresse durant la période périnatale. Une grande majorité d'entre elles rapportent une diminution des symptômes dépressifs à la suite de l'accompagnement psychosocial, mesurée principalement par le *Edinburg Postnatal Depression Scale*. Par exemple, l'étude d'Ericksen *et al.* (2018) rapporte une réduction significative des scores de dépression chez les mères après leur participation au programme de jeux thérapeutique avec leur enfant. De plus, une relation significative a été trouvée entre la présence aux sessions de groupe et la dépression indiquant un score plus faible lorsqu'elles participaient à davantage de rencontres. Une légère augmentation à l'échelle de dépression est répertoriée pour le groupe témoin n'ayant pas participé aux sessions de jeux thérapeutiques. Pour l'étude de Tremblay et Berthelot (2023), l'intervention basée sur la pleine conscience rapporte une amélioration significative pour le groupe d'intervention au temps 3 (quatre mois après la fin du programme). Toutefois, l'effet semble apparaître à plus long terme considérant le manque d'effet significatif lors de la mesure au temps 1 (avant intervention) et la mesure au temps 2 (directement après l'intervention). De même, l'étude menée par Buultjens *et al.* (2018) souligne une réduction significative, avec une grande taille d'effet, des symptômes dépressifs chez les participantes du groupe psychosocial et éducatif, et ce, malgré un échantillonnage restreint. Chez les pères, une diminution moyenne des symptômes dépressifs à plus long terme est répertoriée dans l'étude de Rayburn et Coatsworth (2021). Cette diminution est d'autant plus significative chez les pères dont l'enfant est né après l'intervention. Enfin, bien que l'étude de Razurel *et al.* (2017) ne rapporte pas de différence statistiquement significative entre le temps 2 (2 mois post-

partum) et le temps 3 (3 mois post-partum) à l'intérieur d'un même groupe, les participantes ayant reçu l'intervention présentaient initialement des scores de dépression plus élevés que celles du groupe contrôle. Toutefois, à T2 et T3, elles affichaient des scores de dépression plus faibles que celles du groupe contrôle.

Augmentation du sentiment de compétence parentale

Six des sept articles finaux abordent directement l'enjeu du sentiment de compétence parentale ou de l'auto-efficacité. Dans l'étude d'Ericksen *et al.* (2018), une amélioration significative est rapportée quant à l'idée que les mères avaient de leur propre compétence maternelle. Les résultats de l'échelle d'auto-efficacité du *Parenting Sense of Competency Scale – Self-Efficacy subscale* (Gibaud-Wallston et Wandersma, 1978) ont augmenté significativement, et ce, entre les mesures pré et post intervention dans l'étude de faisabilité. Lors de l'essai contrôlé randomisé, le sentiment d'auto-efficacité a légèrement augmenté dans les deux groupes, mais le groupe liste d'attente a présenté une augmentation légèrement plus élevée au post-test. Bien que les résultats ne montrent pas d'effets significatifs directs de l'intervention sur le sentiment de compétence parentale (l'interaction entre le groupe et le temps est non significative), Tremblay et Berthelot (2023) constatent une association positive entre le niveau de pleine conscience postnatal et le sentiment de compétence parentale. Ils suggèrent que le niveau de pleine conscience acquis durant le programme pourrait indirectement favoriser le sentiment de compétence. Diotaiuti *et al.* (2022) relèvent un niveau d'auto-efficacité plus élevé chez les participantes ayant suivi le programme de cours prénataux enrichi que les participantes ayant reçu les cours traditionnels. Également, les auteurs mettent en relation le sentiment d'auto-efficacité et les besoins des futures mères, soit le besoin d'information, de réassurance et de partage. Les auteurs ont identifié trois besoins principaux exprimés par les femmes enceintes au cours de la grossesse. D'abord, le besoin d'information renvoie à l'importance d'accéder à de l'information claire, pertinente et fiable. Ensuite, le besoin de réassurance traduit le désir d'être rassurée quant au processus de la grossesse et de l'accouchement. Enfin, le besoin de partage souligne l'importance de pouvoir s'exprimer avec d'autres. Les auteurs observent une association positive entre le sentiment d'auto-efficacité et les trois types de besoins perçus. Ainsi, plus les

participantes ressentaient intensément un besoin et plus le sentiment de compétence parentale était bas. Or, l'étude précise une diminution significative du besoin d'information et de réassurance et une satisfaction du besoin de partage pour les participantes du programme complet. Razurel *et al.* (2017) notent que les mères ayant reçu l'entretien pré et postnatal ont montré une auto-efficacité significativement plus élevée que celles du groupe témoin. Dans l'étude qualitative de Bäckström *et al.* (2021), les parents rapportent que la possibilité de recevoir du soutien à domicile renforçait leur sentiment de sécurité permettant ainsi de se sentir davantage compétents dans leur rôle. Également, par une approche individualisée, les parents rapportent s'être sentis entendus, valorisés et outillés permettant une augmentation de leur sentiment d'efficacité personnelle. Finalement, Buultjens *et al.* (2018) observent dans leur étude une amélioration modérée à élevée des sous-scores de satisfaction et d'efficacité parentale, malgré une taille d'échantillon petite. Les participantes du groupe psychosocial et éducatif rapportent des résultats positifs comparativement au groupe témoin.

Tableau 4

Résumé des résultats des différents articles en fonction des variables évaluées

	Ericksen <i>et al.</i> (2018)	Tremblay et Berthelot (2023)	Diotaiuti <i>et al.</i> (2022)	Razurel <i>et al.</i> (2017)	Rayburn et Coatsworth (2021)	Bäckström <i>et al.</i> (2021) Qualitatif	Buultjens <i>et al.</i> (2018)
Anxiété	(1) Étude de faisabilité non contrôlée : Diminution significative du stress parental. (2) ECR : Amélioration par rapport au groupe témoin.		Diminution significative pour le groupe 1. Diminution de la perception de la menace pour le groupe 1 et 2. Augmentation de l'anxiété au groupe 3.	Diminution du niveau moyen d'anxiété. Pas de différence significative entre le temps 2 et le temps 3.	Diminution du niveau moyen de stress des participants. Diminution significative pour les participants dont l'enfant n'est pas né durant l'intervention.	Le sentiment de sécurité grâce aux visites à domicile contribue à réduire le stress et les inquiétudes des parents	
Instrument	<i>The Parenting Stress Index Short Form</i> (PSI/SF; Abidin, 1995)		<i>Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS-P et EMAS-S)</i>	<i>State-Trait Anxiety Index Form Y (STAI)</i>	<i>The Perceived Stress Scale</i> (PSS; Cohen, 1994).		
Dépression	(1) Faisabilité :	Diminution significative.		Diminution du niveau	Diminution du niveau		Diminution significative

	Diminution significative. (2) ECR : Différence significative entre les groupes (GE et GT)			moyen de dépression. Pas de différence significative entre le temps 2 et le temps 3.	moyen de dépression. Diminution significative pour les participants dont l'enfant n'est pas né durant l'intervention		des symptômes dépressifs.
Instrument	<i>The Depression Anxiety and Stress Scale</i> (DASS; Lovibond et Lovibond, 1995)	<i>The Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>		<i>The Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	<i>The Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS; Matthey et al., 2001).		<i>The Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
Sentiment de compétence parentale	(1) Faisabilité : Amélioration significative. (2) ECR : Légère amélioration en faveur du groupe témoin.	Pas d'effet direct de l'intervention . Association positive entre le niveau de pleine conscience et le sentiment de	Augmentation significative. Scores significativement plus élevés au groupe expérimental. Association significative entre l'auto-	Augmentation significative en comparaison au groupe témoin.		Les visites à domicile prolongées ont renforcé leur confiance en leur rôle parental.	Amélioration dans les deux groupes, mais résultats plus élevés pour le groupe d'intervention .

		compétence parentale.	efficacité et les besoins perçus (besoin d'information, de réassurance et de partage)			
Instrument	<i>Parenting Sense of Competency Scale</i> (PSOC; sous-échelle Self-Efficacy) (Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978)	<i>Maternal Confidence Questionnaire</i> (Parker et Zahr, 1985)	<i>Endler Multidimensional Anxiety Scales</i> (EMAS-P et EMAS-S)	<i>The Parenting Expectations Survey</i> (PES)		<i>Parenting Sense of Competence Scale</i> (Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978)

Discussion

Cet essai a pour objectif d'explorer l'impact d'un accompagnement psychosocial en période périnatale sur le bien-être psychologique des parents et leur sentiment de compétence parentale. Plus particulièrement, l'intention était d'illustrer comment une intervention psychosociale, qu'elle soit offerte en groupe ou en individuel, pouvait influencer les symptômes dépressifs et anxieux des parents, tout en observant les répercussions sur leur transition dans leur nouveau rôle. Les résultats des sept articles sélectionnés illustrent l'impact positif que ce type d'intervention a sur l'état psychologique des parents. Ils soulignent également la manière dont l'accompagnement psychosocial contribue à renforcer le sentiment de compétence parentale.

Dans un premier temps, cinq études montrent une réduction du niveau d'anxiété et de stress parental à la suite d'un accompagnement psychosocial (Bäckström *et al.*, 2021; Diotaiuti *et al.*, 2022; Ericksen *et al.*, 2018; Rayburn et Coatsworth, 2021; Razurel *et al.*, 2017). Les résultats de ces articles démontrent que les différentes modalités d'accompagnement ont permis de réduire le niveau d'anxiété et de stress ressenti. Plus précisément, Diotaiuti *et al.* (2022) rapportent une diminution du sentiment de la menace perçue lorsque les besoins de réassurance, de partage et d'information sont répondus. Ces résultats suggèrent l'importance d'ajuster le contenu de l'intervention aux préoccupations et aux besoins réels des parents. En effet, le programme prénatal présenté dans leur étude diffère des cours prénataux traditionnels notamment en abordant des aspects parfois négligés comme la gestion des émotions, la peur de l'accouchement, l'acceptation du corps, la gestion des changements de mode de vie, et ce, en étant accompagné d'une psychologue. Cette idée corrobore celle de Entsieh et Hallström (2016) qui souligne la concentration des cours prénataux sur le processus d'accouchement et de l'insatisfaction des parents à cet effet. Razurel *et al.* (2017) observent également qu'un ajustement du contenu éducatif présenté a davantage répondu aux besoins exprimés par les participantes.

Or, cela pourrait également suggérer que les retombés positifs d'un accompagnement ne sont pas attribuables seulement au contenu présenté aux parents, mais aussi à la modalité choisie. En effet, l'intervention en groupe, modalités préconisées dans cinq des articles sélectionnés,

semble être une approche permettant de briser l'isolement associé à l'arrivée d'un enfant. Ces moments de partage et de discussion permettent aux parents de se sentir moins seuls face à une réalité parfois confrontante. Dans un autre ordre d'idées, les travaux de Bäckström *et al.* (2021) mettent en évidence que des formes d'accompagnement plus individualisées, comme l'aide offerte dans un environnement familial favorisent le sentiment de sécurité psychologique chez les parents, un aspect essentiel à leur capacité d'adaptation. Cette idée prend appui sur le principe d'alliance thérapeutique, reconnu depuis plusieurs décennies, qui suggère l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute dans le succès de l'intervention (Baillargeon *et al.*, 2005). Dans le cas de la parentalité, cela s'explique par le principe que si les parents se sentent compris, respectés, accueillis sans jugement et en sécurité dans la relation d'aide, ils seront plus enclins à s'engager activement dans l'intervention. Ce qui permet entre autres de favoriser leur adaptation et leur sentiment de compétence. Par ailleurs, Rayburn et Coatsworth (2021) soulignent une efficacité réduite de l'intervention sur les symptômes anxieux et dépressifs chez les pères dont l'enfant est né pendant le traitement, comparativement à une efficacité accrue observée chez ceux ayant reçu l'intervention avant ou après la naissance. Ces résultats suggèrent que l'arrivée d'un enfant peut effectivement générer un niveau de stress important et affecter le bien-être psychologique, et ce, même en étant accompagné. Cela met en lumière deux aspects importants : la nécessité d'un soutien préalable à la naissance afin de diminuer le niveau d'anxiété, mais aussi le maintien du soutien après l'accouchement afin d'assurer un filet de sécurité.

Dans un second temps, les effets observés sur la dépression sont parlants. Rappelons-nous que la dépression postnatale touche une proportion importante de femmes, soit 15 à 20 % des nouvelles mères (Naître et Grandir, 2022). Elle peut aussi avoir un impact sur le conjoint avec une prévalence estimée à 10 %, altérée la qualité du lien d'attachement et le développement de l'enfant (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024; Razurel *et al.*, 2017). Or, ce sont cinq des sept articles sélectionnés dans le cadre de cette recherche qui rapportent une diminution des symptômes dépressifs chez les participants ayant reçu un accompagnement psychosocial (Ericksen *et al.*, 2018; Tremblay et Berthelot, 2023; Buultjens *et al.*, 2018; Rayburn et Coatsworth, 2021; Razurel *et al.*, 2017). Par exemple, Ericksen *et al.* (2018) soulignent que

l'intervention par le jeu mère-enfant a permis une diminution significative des symptômes dépressifs, des interactions dysfonctionnelles, de la détresse parentale et de l'évaluation d'enfants considérés difficiles. Ils soulignent que l'intervention basée sur le jeu thérapeutique a permis non seulement d'améliorer le lien mère-enfant, mais également d'améliorer indirectement les symptômes dépressifs. Ces résultats sont en convergence avec ceux de Tremblay et Berthelot (2023) qui observent également une relation similaire. En effet, les auteurs soulignent une diminution des symptômes dépressifs et une meilleure qualité du lien mère-enfant à la suite d'un programme d'accompagnement basé sur la pleine conscience. Enfin, bien que les objectifs de ses études visent principalement le développement de la relation mère-enfant, les auteurs soulèvent l'idée qu'un accompagnement psychosocial pourrait réduire les difficultés émotionnelles de la mère par l'amélioration de la qualité du lien parent-enfant. Ces résultats supportent les idées avancées plus tôt, comme quoi la dépression peut également compromettre l'adaptation à la parentalité, notamment en entraînant des réponses inadaptées aux besoins développementaux de l'enfant, en altérant la qualité du lien parent-enfant et en augmentant les risques que l'enfant rencontre des difficultés émotionnelles et comportementales (Centre de littératie en santé du CHUM, 2024; Razurel *et al.*, 2017). De plus, l'intervention CHUGS présentée dans l'étude d'Erickson *et al.* (2018) a été élaborée afin d'être davantage accessible et déstigmatisante, et ce, tout en permettant de créer le lien de confiance avec les mères réticentes au traitement. En effet, la stigmatisation faisait partie des raisons pour lesquelles les mères présentant des symptômes dépressifs n'étaient pas diagnostiquées. Cette étude met en lumière l'importance que les services soient facilement accessibles aux mères. Cette idée suggère qu'il pourrait exister un risque que les mères ne sollicitent pas l'aide dont elles ont besoin. En effet, l'étude souligne également que l'accompagnement peut prendre la forme d'interventions plus informelles, notamment à travers le jeu ou dans des milieux communautaires. Cette idée suggère que les milieux informels pourraient réduire la crainte de certaines mères quant à des milieux d'intervention plus « clinique » favorisant ainsi une approche davantage préventive. Dans une autre perspective, l'étude de Rayburn et Coatsworth (2021) rapporte une amélioration des symptômes dépressifs et anxieux chez les pères. Cela soutient deux idées : que les partenaires peuvent également être affectés durant la période périnatale et qu'une intervention qui leur est destinée peut s'avérer pertinente et

efficace. Les auteurs soulignent que le soutien communautaire entre pères constitue un aspect encore peu étudié, mais favorable. En effet, bien qu'il y ait un intérêt envers les interventions ciblant les pères en périnatalité, celles-ci ne sont pas encore suffisamment développées. L'étude suggère que la création de réseaux d'appartenance entre pères, favorisant les échanges autour de leur nouvelle réalité, devrait être intégrée aux programmes d'intervention. Ces espaces de soutien permettent aux pères de tisser des liens avec d'autres personnes vivant une réalité similaire, contribuant ainsi à élargir leur réseau social. Or, selon Naître et Grandir (2022), un faible réseau social constitue un facteur de risque important dans le développement de la dépression périnatale. Cette proposition rejoint celles de Krymko-Bleton (2013), qui rappelle que les pères assument désormais certains rôles autrefois occupés par les figures maternelles, comme les grands-mères. Ainsi, en offrant des espaces adaptés aux réalités rencontrées par les pères, ces derniers pourraient davantage : partager ensemble, comprendre et s'approprier leur nouveau rôle, diminuant ainsi les risques psychologiques liés à la dépression et à la détresse psychologique.

Dans un troisième temps, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le sentiment de compétence parentale ou le sentiment d'auto-efficacité est un facteur de protection important contre les symptômes dépressifs et anxieux. En effet, un fort sentiment de compétence parentale favorise l'adaptation à la parentalité (Lefebvre, 2021; Cao *et al.*, 2023; Razurel *et al.*, 2017). Par conséquent, six des sept études sélectionnées rapportent une augmentation de cette variable (Bäckström *et al.*, 2021; Buultjens *et al.*, 2018; Diotaiuti *et al.*, 2022; Ericksen *et al.*, 2018; Razurel *et al.*, 2017; Tremblay et Berthelot, 2023). L'étude de Diotaiuti *et al.* (2022) met en interaction les besoins des participants et leur sentiment de compétence parentale. Les auteurs mettent en lumière une association entre l'auto-efficacité et les besoins exprimés, tels que le besoin d'information, le besoin de réassurance et le besoin de partage. Cette perspective suggère que ces besoins doivent être adéquatement comblés pour renforcer la confiance des mères en leurs compétences parentales. Cette idée soutient celle de Mihelic *et al.* (2016) selon laquelle les femmes ayant un plus grand sentiment d'auto-efficacité ont davantage un regard positif à l'égard de la parentalité. Dans une perspective psychoéducative, ce type d'accompagnement, qu'il s'agisse de la transmission d'informations, de la réassurance ou du partage d'expériences, vise

directement le développement du pouvoir d’agir et des capacités adaptatives du parent. En effet, en offrant aux mères des repères concrets et un espace sécurisant pour échanger, on agit sur leur sentiment de compétence parentale en les outillant et en les valorisant dans leur rôle. Par ailleurs, le programme de cours prénataux enrichi, évalué par Diotaiuti *et al.* (2022) favorisait une concentration des mères sur le moment présent, ce qui contribuait à réduire les pensées anxieuses liées aux préoccupations de l’avenir (ex. : quant à l’accouchement). Cette capacité à demeurer dans l’instant présent était associée à une diminution de l’anxiété et des inquiétudes. À l’inverse, les participantes qui n’avaient pas participé au groupe d’intervention rapportaient davantage d’inquiétudes face à l’accouchement et un sentiment de perte de contrôle. Ainsi, ces résultats suggèrent que la gestion des préoccupations liées au futur, l’accès à de l’information claire et pertinente, répondant aux besoins réels des parents, la présence d’un réseau soutenant constituent des leviers d’intervention importants pour soutenir le développement de l’auto-efficacité.

Dans un autre ordre d’idées, l’étude de Bäckström *et al.* (2021) aborde davantage les retombées du soutien individuel sur le sentiment de compétence parentale. Les auteurs soutiennent qu’un accompagnement individualisé, dans l’environnement immédiat des parents et adapté à leur réalité, contribue à renforcer la confiance parentale. En effet, les auteurs soulignent les avantages de pouvoir tenir compte du contexte réel des familles permettant ainsi d’ajuster l’intervention. Ils soutiennent que ce contexte d’intervention permet un climat de sécurité et de confiance envers les intervenants, rendant les parents plus disponibles et ouverts à l’intervention. Cela facilite l’ouverture à certains sujets parfois délicats à partager dans le cadre d’un groupe. Ainsi les visites prolongées à domicile offrent un soutien concret, personnalisé et adapté aux besoins spécifiques de chaque famille en ajustant l’intervention, mais aussi l’information transmise, et ce, afin de mieux répondre à la réalité du parent. Ainsi, les parents se sentent plus confiants, mieux informés et préparés à leur rôle, ce qui contribue à renforcer leur sentiment de compétence parentale. Buultjens *et al.* (2018), quant à lui, souligne la corrélation entre le sentiment d’auto-efficacité et le soutien social selon laquelle le soutien social contribue à renforcer la confiance des parents en leurs capacités.

Or, ces idées mettent en lumière la complémentarité bénéfique entre les programmes de groupe, qui offrent un espace de partage d'expériences communes et le soutien individualisé. Cette même étude rapporte les effets positifs de l'intervention sur la relation mère-enfant. Ainsi, l'accent mis sur les activités mère-enfant renforce les interactions positives. Cette amélioration est également présente dans les études d'Ericksen *et al.*, (2018), Tremblay et Berthelot, (2023) et Razurel *et al.*, (2017). En somme, bien que la variable de relation parent-enfant n'est pas explicitement abordée dans cet essai, il n'en demeure pas moins que les résultats sont parlants. En effet, différents auteurs relèvent non seulement d'une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, mais également une amélioration de la qualité du lien d'attachement et de la relation parent-enfant. Cela corrobore l'idée de Lefebvre (2021), selon laquelle le sentiment de compétence parentale influence la qualité des interactions avec l'enfant et donc, bien-être psychologique des adultes.

Retombées pour la profession

Les résultats présents dans cet essai sont d'autant plus significatifs pour la profession de la psychoéducation puisqu'ils soulignent la possibilité d'élargir le champ de l'intervention psychoéducative à la période périnatale, et ce, en intervenant sur les trois thèmes présentés dans cet essai. Les études évaluées démontrent une plus-value au travail interdisciplinaire entre des intervenants sociaux et les acteurs du système médical. En effet, tous les articles ($n = 7$) s'articulent autour de programmes d'intervention réalisés par une équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, nous ne pouvons pas passer à côté du principe d'adaptation qui est au cœur de la psychoéducation. En effet, comme décrit dans les premières pages de cet essai, la transition à la parentalité est une période de grande adaptation (Gouvernement du Québec, 2018). Il apparaît donc évident que les psychoéducateurs, décrits comme les professionnels de l'adaptation dont les fondements s'appuient sur le développement des capacités adaptatives (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2025), aient leur place dans le domaine périnatal. La parentalité est également une période d'apprentissage où les nouveaux parents doivent développer de nouvelles connaissances, pratiques, rôles et responsabilités, tout en

s'acclimatant à une nouvelle routine avec leur enfant. Or, le psychoéducateur repose sa pratique sur le principe de vécu partagé décrit comme une notion fondatrice de cette discipline (Daigle *et al.*, 2018). Il va sans dire que le vécu partagé est possible lors de l'accompagnement psychosocial en période périnatale. En effet, le professionnel en observant, évaluant et soutenant le parent dans son quotidien, favorise le développement harmonieux des compétences parentales. Cela favorise également le développement du sentiment de compétence et le maintien d'une santé mentale positive. De plus, les études sélectionnées rapportent des interventions de groupe et des moments d'échanges entre parents, mais également des visites à domicile. Ces modalités traduisent une forme de vécu partagé où l'intervenant utilise les retombées du vécu commun pour en tirer des conclusions significatives. Actuellement, les services publics offrent davantage un soutien psychosocial pour les familles en situation de vulnérabilité ou des programmes orientés vers le développement des tout-petits (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, 2025). Or, l'offre de services des milieux communautaires tend à cibler majoritairement les parents en situation de grande vulnérabilité (ex. : toxicomanie, pauvreté, très jeune âge, santé mentale), ce qui laisse peu de ressources destinées aux parents sans difficulté apparente. Toutefois, il est possible de voir de plus en plus d'organismes communautaires élargir leurs services afin de répondre aux besoins psychologiques des parents traduisant ainsi un besoin d'être soutenu lors de la transition à la parentalité. Or, les résultats de cet essai soulignent l'importance d'un soutien psychosocial non seulement accessible, mais aussi destiné à l'ensemble des parents, quel que soit leur niveau de vulnérabilité. Ils soulignent indirectement le rôle que peut prendre le psychoéducateur en période périnatale. Ainsi, par son approche visant l'adaptation, le psychoéducateur devient un professionnel qualifié pour intervenir de façon préventive auprès de parents vivant des difficultés. En somme, cet essai met en lumière l'importance des intervenants sociaux au sein des équipes d'intervention entourant la période périnatale. Il permet ainsi de réfléchir à la place et au rôle que peut occuper un psychoéducateur durant cette étape de transition. Par ailleurs, il rappelle la nécessité de développer des services de prévention accessibles à tous les parents qui vivent difficilement leur passage à la parentalité.

Limites de l'essai

Cet essai présente diverses limites. Tout d'abord, il contient un nombre restreint d'études ($n = 7$). En effet, bien que la recension ait permis d'identifier sept études finales démontrant des impacts positifs, le nombre demeure limité. Cela peut notamment s'expliquer par les choix de bases de données consultés qui ont majoritairement une visée médicale. Ainsi, au cours du processus méthodologique, l'ajout du critère d'inclusion permettant la sélection d'interventions applicables ou adaptables à la pratique psychoéducative a pu limiter davantage la sélection des articles. Par ailleurs, les études sélectionnées présentaient de plus petites tailles d'échantillon. Plusieurs études ont recensé un échantillonnage restreint limitant ainsi la puissance statistique de certaines analyses, par exemple. La majorité des études évaluent également les impacts à court terme (ex. : quelques semaines à quelques mois après l'intervention), limitant ainsi les résultats sur le long terme. Une diversité de modalités d'intervention était présente dans les articles sélectionnés. Bien que cela offre une perspective intéressante des différentes approches possibles, cela peut limiter la comparaison entre les études rendant ainsi plus difficile la généralisation des résultats relatifs à certaines modalités d'interventions (ex. : la durée, la fréquence, le format, etc.). De plus, bien que l'ensemble des articles retenus abordent les thèmes présentés dans cet essai, d'autres centrations liées à la transition à la parentalité n'ont pas été présentées explicitement dans cet article. En effet, les études rapportaient des impacts positifs également sur différents thèmes comme la relation conjugale, le lien d'attachement, les pratiques parentales, etc. Ces éléments, bien que très intéressants, n'ont pas été analysés de manières exhaustives restreignant ainsi l'ampleur de l'impact possible qu'un accompagnement psychosocial peut avoir durant la transition à la parentalité.

Conclusion

En somme, cet essai recense sept articles permettant de mettre en lumière les impacts positifs d'un accompagnement psychosocial en période périnatale sur le bien-être psychologique et le sentiment de compétence parentale. Comme mentionné précédemment, la transition à la parentalité est un moment de déséquilibre durant laquelle les parents doivent s'adapter à une nouvelle réalité personnelle, familiale et sociale. Différents facteurs peuvent augmenter le risque de développer des difficultés de santé mentale et influencer négativement la perception de leurs compétences. Ainsi, les résultats de cet essai soulignent l'importance d'intervenir en amont afin de soutenir les parents dans cette période, et ce, en privilégiant une approche préventive. Les résultats soutiennent également la pertinence de l'accessibilité aux services et l'importance du réseau de partage permettant ainsi aux parents d'échanger sur leur réalité avec d'autres personnes vivant des situations semblables. Ainsi, le développement d'un réseau d'appartenance joue un rôle clé et de protection quant au développement de diverses difficultés. Ces résultats ouvrent la réflexion sur la place que devraient occuper les interventions psychosociales dans l'offre de services destinés aux parents en période périnatale. En effet, il est intéressant de se questionner sur les retombées d'une approche préventive plutôt que curative. Cet essai recense les résultats de sept modalités ou programmes d'intervention qui répondent aux besoins des parents de manière différente. Cela amène une réflexion sur la possibilité d'observer des différences en fonction des types d'intervention et sur les modalités les plus efficaces à privilégier, et ce, en fonction des besoins et difficultés des parents. Or, le soutien offert aux parents peut également prendre des formes plus informelles, notamment à travers des groupes de discussion ou de jeux thérapeutiques permettant ainsi le développement d'un réseau d'appartenance. Que cela soit par l'entremise d'initiatives communautaires, comme des groupes d'entraide, des cafés-causeries ou simplement par le soutien du réseau social immédiat du parent, ces formes d'accompagnement jouent un rôle de complémentarité aux services plus formels. La prévention et l'intervention peuvent donc s'incarner tout naturellement à travers des espaces de partage qui permettent aux parents de briser l'isolement. La possibilité d'échanger sur un vécu commun permet, d'une certaine manière, de contrebalancer les effets négatifs de l'individualisme lié à la parentalité, et ce, tout en favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance.

Références

- American Psychological Association. (2018). *Anxiety*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- Bäckström, C., Thorstensson, S., Pihlblad, J., Forsman, A., et Larsson, M. (2021). Parents' Experiences of Receiving Professional Support Through Extended Home Visits During Pregnancy and Early Childhood—A Phenomenographic Study. *Frontiers In Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.578917>
- Baillargeon, P., Pinsof, W., et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *European Review Of Applied Psychology*, 55(3), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001>
- Buultjens, M., Murphy, G., Milgrom, J., Taket, A., et Poinen, D. (2018). Supporting the transition to parenthood : Development of a group health-promoting programme. *British Journal Of Midwifery*, 26(6), 387-397. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.6.387>
- Caetano, A., Mendes, I., et Rebelo, Z. (2018). Maternal concerns in the postpartum period : an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, 149-160. <https://doi.org/10.12707/riv17074>
- Cao, H., Leerkes, E. M., et Zhou, N. (2023). Origins and development of maternal self-efficacy in emotion-related parenting during the transition to parenthood: Toward an integrative process framework beyond Bandura's model. *Psychological Review*, 130(6), 1612–1652. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/rev0000382>
- Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., et Siddiqui, W. (2025). *Perinatal depression*. StatPearls, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
- Centre de littératie en santé du CHUM. (2024). *La dépression post-partum*. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2024-08/1158-1-depression-post-partum.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. (2025). *Périnatalité et petite enfance*. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/vivre-sante/perinatalite-petite-enfance>
- Coleman, P. K., et Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126-148. <https://doi.org/10.1002/imhj.10048>

- Couillard, K. (2021). *L'engagement paternel : quels impacts sur le développement des tout-petits ?* L'Observatoire des Tout-petits. <https://tout-petits.org/publications/dossiers-web/comment-favoriser-l-engagement-des-peres-par-nos-politiques-publiques/l-engagement-paternel-essentiel-au-developpement-optimal-des-tout-petits/>
- Cox, J. L., Holden, J. M., et Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. *The British Journal Of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Daigle, S., Couture, C., Renou, M., Potvin, P., et Rousseau, M. (2018). Le vécu partagé, une notion fondatrice qui appelle un consensus à actualiser. *Revue de Psychoéducation*, 47(1), 111-133. <https://doi.org/10.7202/1046774ar>
- Dandurand, R. B., Bernier, L., et Lemieux, D. (1997). *Le désir d'enfant : du projet à la réalisation – Texte-synthèse du rapport de recherche*. Montréal : Institut national de la recherche scientifique – Culture et Société. <https://partenariat-familles.inrs.ca/wp-content/uploads/2023/05/DesirEnfant.pdf>
- Diotaiuti, P., Valente, G., Mancone, S., Falese, L., Corrado, S., Siqueira, T. C., et Andrade, A. (2022). A Psychoeducational Intervention in Prenatal Classes: Positive Effects on Anxiety, Self-Efficacy, and Temporal Focus in Birth Attendants. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(13), 7904. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137904>
- Entsieh, A. A., et Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>
- Ericksen, J., Loughlin, E., Holt, C., Rose, N., Hartley, E., Buultjens, M., Gemmill, A. W., et Milgrom, J. (2018). A therapeutic playgroup for depressed mothers and their infants : feasibility study and pilot randomized trial of community hugs. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 396-409. <https://doi.org/10.1002/imhj.21723>
- Furstenberg, F. F. (2019). Family Change in Global Perspective: How and Why Family Systems Change. *Family Relations*, 68(3), 326-341. <https://doi.org/10.1111/fare.12361>
- Krymko-Bleton, I. (2013). *Développement affectif de l'enfant de 0 à 12 ans et prévention en santé mentale (SAM 4110)*. Télé-université, Université du Québec. https://maisonbuissonniere.org/wp-content/uploads/2021/03/developpement_affectif_de_l_enfant_de_la_naissance_a_douze_ans.pdf
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2018). *Adaptation à la parentalité*. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/adaptation-a-la-parentalite>

Institut National de Santé Publique du Québec. (s. d.). *Baby blues*.

<https://www.inspq.qc.ca/en/tiny-tot/delivery/first-few-days/baby-blues>

La Confédération Internationale des sages-femmes. (2024). *Violences obstétricales, mauvais traitements et violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative*.

<https://internationalmidwives.org/fr/resources/violences-obstetricales-mauvais-traitements-et-violences-infliges-aux-femmes-dans-les-services-de-sante-procreative/>

Lefebvre, C. (2021). *Influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de mères francophones d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme*. [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel.

<https://archipel.uqam.ca/14826/>

Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., et Fernet, M. (2020). Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood : Challenges for First-time Parents. *Journal Of Child And Family Studies*, 29(7), 1938-1956. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01727-z>

Mihelic, M., Filus, A., et Morawaska, A. (2016). Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers : Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties ? *Prevention Science*, 17(8), 949-959.

<https://doi.org/10.1007/s11121-016-0682-z>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Le stress et l'anxiété*.

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-235-12F_01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Santé mentale et troubles mentaux*. (publication no 22-836-01W).

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

Naître et grandir. (2023). *Devenir parent*.

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/ik-naitre-grandir-arrivee-bebe-devenir-parent/

Naître et Grandir. (2022). *La dépression post-partum*.

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue/

Naître et Grandir. (2025). *Le sentiment de compétence parentale*.

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/bg-naitre-grandir-estime-de-soi-competence-parentale/

- Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec. (2025). *Qui sont les psychoéducateurs et psychoéducatrices ?* <https://ordrepsed.qc.ca/les-psychoeducateurs-et-psychoeducatrices/qui-sont-les-ps-ed/>
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J., Epiney, M., et 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 et Health*, 57(2), 154-172. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>
- Razurel, C., Antonietti, J., Rulfi, F., Pasquier, N., Domingues-Montanari, S., et Darwiche, J. (2017). The impact of pre- and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood. *Archives Of Women S Mental Health*, 20(3), 469-472. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0720-2>
- Rayburn, S. R., et Coatsworth, J. D. (2021). Becoming Fathers : Initial Exploration of a Support Program for New Fathers. *The Journal Of Perinatal Education*, 30(2), 78-88. <https://doi.org/10.1891/j-pe-d-20-00015>
- Rousseau, K. (2020). *L'engagement dans la parentalité : étude du processus menant à la décision d'avoir un enfant dans les parcours de vie de nouveaux parents*. [mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/a74f03e3-9f28-41a5-af56-6480343b3d6d>
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A., et Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child Care Health And Development*, 41(2), 314-323. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25074519/>
- Statistique Canada. (2019). *Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019*. Le Quotidien. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.htm>
- Tremblay, M., et Berthelot, N. (2023). Les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le bien-être des femmes enceintes, l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants : Une étude périnatale et longitudinale. *Canadian Journal Of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 56(4), 399-408. <https://doi.org/10.1037/cbs0000376>
- Urfer, F.-M., (2018). *Santé mentale des hommes en périnatalité*. Psychologie Québec. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/sante-mentale-des-hommes-et-perinatalite>
- Zephyr, L. (2021). *Être parent à l'ère de la parentalité de performance*. Psychologie Québec. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/etre-parent-a-l-ere-de-la-parentalite-de-performance>