

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE

PRÉSENTÉE À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANCINE DE MONTIGNY

PERCEPTIONS SOCIALES DES PARENTS D'UN PREMIER ENFANT :
ÉVÉNEMENTS CRITIQUES EN PÉRIODE POSTNATALE IMMÉDIATE,
PRATIQUES D'AIDE DES INFIRMIÈRES
ET EFFICACITÉ PARENTALE

Juin 2002

116

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Dédicace

À mon conjoint Marc, pour ta foi en ma réussite, et pour m'avoir accompagnée depuis quatorze ans, avec complicité, dans l'aventure d'être parents.

À mes filles, Pascale et Laurence, pour votre soutien et votre tendresse.

À mes parents, Jocelyne et Fernand, qui avez appris à être parents pendant que j'apprenais à être enfant, pour les souvenirs tissés durant ces années.

À mon frère, Denis, même à distance, tu es toujours là.

À la mémoire de ma cousine bien aimée, Liliane de Montigny (1969-2002), et de ses filles, Claudia de Montigny (1997-2002) et Béatrice de Montigny (2000-2002).

Remerciements

Écrire une thèse doctorale s'effectue dans un environnement éducatif, familial et social qui sont chacun partie prenante de l'aboutissement du projet. Les partenaires qui ont collaboré à cette construction méritent une pensée particulière. Bien que je ne mentionne ici que les principaux acteurs, il va sans dire que tous ceux que j'ai côtoyés dans ma vie ont eu un rôle à jouer dans cet aboutissement. Je les remercie donc tous chaleureusement.

En premier lieu, je désire remercier mon directeur de thèse, monsieur Carl Lacharité, professeur au département en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a constamment appliqué les principes d'un accompagnement éducatif favorisant l'empowerment et qui a su soutenir les processus de création et de construction de cette thèse. Ses partenaires, les membres du comité de thèse, messieurs Jean-Pierre Gagnier, professeur au département en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Georges Tarabulsy, professeur au département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage de l'Université Laval ainsi que les membres du jury, madame Zelia Maria Mendes Biasoli-Alves, professeure titulaire au département de psychologie et d'éducation de la Faculté de philosophie, des sciences et des lettres de l'Université de Sao Paulo à Ribeirao Preto au Brésil et monsieur Jean Marie Miron, professeur au département d'éducation à l'Université du Québec à Trois Rivières, ont enrichi cette démarche par leurs précieuses contributions.

Un merci particulier à tous les couples participants qui ont accepté de partager leur intimité à un moment tellement précieux de leur parcours familial. Cette thèse se veut le fruit de leurs expériences et porte en elle l'espoir de toujours améliorer nos façons de répondre à leurs besoins.

Je désire remercier spécialement les infirmières qui ont participé au recrutement de la clientèle et à la cueillette de données, mesdames Myriam Brin, Suzanne Gagné, Suzanne Marsolais, Johanne Tremblay, ainsi que madame Mélanie Tessier, étudiante en psychologie. Pour leur soutien dans la construction de la banque de données et dans les analyses statistiques, un merci particulier à mme Élyse Amyot, monsieur Daniel Coulombe et mme Marie-Catherine Laframboise.

Un merci sincère, pour leur accueil, aux infirmières de l'unité de périnatalité du Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais et à madame Joanne Gionest, leur infirmière-chef ; pour leur contribution dans l'organisation du projet, aux infirmières et infirmier, mme Marlène Boily et m. Gilles Coulombe ; pour leur contribution à titre de juges externes, mmes Noëlla Tremblay-Carreau, Linda Bell, et Françoise Courville ; pour avoir stimulé le défi de démontrer la contribution particulière des infirmières au bien-être des parents en période postnatale, mme Céline Goulet ; pour le partage d'informations stratégiques à des moments opportuns, mes collègues professeures du réseau UQ, mmes Chantal St Pierre,

Odette Doyon et Hélène Sylvain ; pour la traduction et l'édition de certains textes, mmes Marlise Vlasblom, infirmière et Nicole Duquet ; pour la mise en page de cette thèse, mmes Marjolaine Morier, secrétaire de direction à l'Université du Québec à Hull et Julie Plouffe, étudiante à la maîtrise en psychoéducation (UQAH).

Merci à mes amies et à mes collègues, particulièrement Line Beaudet, Suzanne Blais, Marion Barfurth, Jocelyne Champagne, Lyne Cloutier, Sandra de Montigny, Karen de Montigny, Annie Devault, Louise Dumas, Nathalie Jung, Marie-France Lamarche, Éline Perreault, Nicole Ouellet, Lise Talbot, et les membres du réseau RÉCIF, pour l'attention et l'intérêt qu'elles ont porté à ce projet.

Je remercie l'Université du Québec à Hull, et mes collègues du département des sciences infirmières, qui ont soutenu deux années d'engagement à temps complet dans ce projet d'études. Je tiens à souligner l'aide financière apportée à ce projet par le Conseil de recherche en sciences humaines au Canada (CRSH) par l'octroi d'une bourse d'études doctorales.

« En hommage à la mémoire de Denyse Latourelle (1937-1992) et de Denise Paul (1943-2002), pour leur passion pour les familles »

Sommaire

Les recherches en psychologie du développement et en santé ont peu examiné la nature des relations entre l'aide reçue en période postnatale immédiate, les événements propres à cette période et les perceptions des parents de leur efficacité parentale. Cette thèse par articles se penche sur cette étape du développement humain et familial, la naissance d'un premier enfant, afin de définir la nature des événements que les parents considèrent significatifs en période postnatale immédiate. Elle vise ensuite l'examen des relations entre ces événements, les pratiques d'aide des infirmières en période postnatale immédiate et les perceptions d'efficacité des parents. Nous croyons qu'il existe une relation significative et positive entre les pratiques d'aide des infirmières en période postnatale immédiate, la nature des événements de cette période et les perceptions d'efficacité des pères et des mères d'un premier enfant. Ces questions et ces hypothèses de recherche sont répondues, d'une part, par une étude qualitative et, d'autre part, par une étude quantitative.

L'étude qualitative comprend deux volets. L'objet du premier volet est de décrire les moments critiques de la période postnatale immédiate pour des parents d'un premier enfant. L'échantillon est composé de 13 pères et 13 mères d'un premier enfant provenant des mêmes couples. Dans les premiers 12 jours après la naissance de leur enfant, chaque parent est rencontré à son domicile pour une entrevue semi-structurée utilisant la technique de l'incident critique. L'analyse du contenu des entrevues identifie cinq domaines et douze catégories d'événements critiques. Les cinq domaines regroupent des événements reliés à soi et à l'autre comme (a) individu, (b) comme parent, (c) comme couple, (d) en interaction avec le personnel infirmier et (e) en interaction avec l'environnement. Ces résultats démontrent que les parents font l'expérience d'une variété de moments critiques en période postnatale immédiate en milieu hospitalier. Parmi ceux-ci, les événements ayant trait à l'expérience de parentage (faire connaissance, prodiguer les soins et alimenter son bébé) sont le plus fréquemment cités, constituant 41,1% de l'expérience postnatale des parents.

Le deuxième volet de l'étude qualitative décrit les perceptions des pères d'un premier enfant des moments critiques de la période postnatale. Sur la base d'un score combiné de la présence du père en centre hospitalier en période postnatale (perceptions du père d'avoir été présent et fréquence et durée des visites en terme de nombres d'heures passées sur l'unité), trois groupes de pères sont définis. À une extrême, se retrouvent les pères très présents, et à l'autre, les pères moins présents, avec un groupe de pères moyennement présents. L'analyse des données dévoilent que tous les pères sont sensibles

aux interactions avec leur bébé et avec les infirmières, quelque soit leur qualité de présence en période postnatale immédiate en milieu hospitalier. Les pères très présents rapportent des interactions plus nombreuses et plus positives avec leur enfant et leur conjointe, mais déplorent que leur présence ne soit pas reconnue par l'environnement hospitalier, par une attention à leurs besoins.

En s'appuyant sur les résultats de l'étude qualitative, l'étude quantitative de cette thèse examine la nature des relations entre les perceptions d'efficacité des parents d'un premier enfant, leurs perceptions des événements de la période postnatale et leurs perceptions des pratiques d'aide des infirmières, après avoir tenu compte de la qualité de l'alliance conjugale, de la qualité du soutien social, de l'expérience et de l'anxiété parentale, des perceptions parentales du tempérament du bébé et du style relationnel du parent. Les participants sont 320 parents provenant des mêmes couples. Une étude quantitative et descriptive a permis, par des analyses d'équations structurelles (SEM), de révéler un modèle commun à l'expérience postnatale des parents, où les pratiques d'aides et de collaboration contribuent directement et indirectement à la perception de contrôle et à la perception des événements de la période postnatale, qui à leur tour contribuent aux perceptions d'efficacité parentale, par l'entremise de l'alliance parentale.

La discussion des résultats porte sur l'importance des événements critiques de la période postnatale ainsi que des pratiques d'aide des infirmières sur les perceptions d'efficacité parentale des pères et des mères d'un premier enfant. Des retombées pour la recherche, la pratique clinique et l'enseignement sont apportées. Des stratégies de soutien qui tiennent compte à la fois de l'importance des interactions parentales avec le bébé et des besoins des parents de partager leurs préoccupations et inquiétudes l'un avec l'autre ainsi qu'avec le personnel infirmier sont suggérées.

Table des Matières

DÉDICACE.....	ii
RÉMERCIEMENTS.....	iii
SOMMAIRE.....	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES.....	xi
CHAPITRE PREMIER.....	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PROBLÉMATIQUE.....	2
CHAPITRE 2	14
PERCEPTIONS DES PÈRES ET DES MÈRES PRIMIPARES À L'ÉGARD DES MOMENTS CRITIQUES DES PREMIÈRES 72 HEURES POSTNATALES : ...	14
INTRODUCTION.....	15
OBJECTIF	19
MÉTHODOLOGIE.....	20
RÉSULTATS	30
LIMITES	36
DISCUSSION	37
RETOMBÉES ET CONCLUSION	40
CHAPITRE 3	50
FATHERS' PERCEPTIONS OF THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD : WHAT DO WE NEED TO KNOW?.....	50
BACKGROUND	51
OBJECTIVE	56
METHOD	57
RESULTS	62
LIMITS.....	70
DISCUSSION	70
IMPLICATIONS FOR PRACTICE, EDUCATION AND RESEARCH	74

CONCLUSION.....	77
CHAPITRE 4.....	84
DEVENIR PARENT : L'AIDE PROFESSIONNELLE LORS DU SÉJOUR POSTNATAL EN CENTRE HOSPITALIER FAIT-ELLE UNE DIFFÉRENCE?...	84
PERCEPTIONS D'EFFICACITÉ PARENTALE.....	86
PERCEPTIONS D'EFFICACITÉ PARENTALE, PRATIQUES D'AIDE	89
ET ÉVÉNEMENTS DE LA PÉRIODE POSTNATALE.....	89
MÉTHODOLOGIE.....	92
RÉSULTATS	104
LIMITES.....	110
INTERPRÉTATION ET DISCUSSION	111
CONCLUSION.....	116
CHAPITRE 5.....	129
DISCUSSION GÉNÉRALE	129
LIMITES.....	130
DISCUSSION	132
RETOMBÉES DE LA THÈSE.....	143
CONCLUSION	155
RÉFÉRENCES.....	160
APPENDICE A : Étude pilote.....	180
APPENDICE B : Recueil d'instruments étude pilote.....	185
APPENDICE C: Construction d'un inventaire des moments critiques.....	209
APPENDICE D: Recueil de questionnaires volet quantitatif.....	233
APPENDICE E : Approbation comité d'éthique.....	256

Liste des Tableaux

2.1.	Profil socio-démographique des participants à l'étude.....	45
2.2.	Profil socio-démographique des couples à l'étude.....	46
2.3.	Profil obstétrical des participantes à l'étude.....	47
2.4.	Canevas d'entrevue de l'incident critique.....	48
2.5.	Sous-catégorie d'incidents par type d'incidents.....	49
3.1.	Fathers' Socio-Demographic Profile.....	79
3.2.	Postpartum Incidents Identified by First-Time Fathers.....	80
3.3.	Fathers' Experience of the Postpartum Period According to Involvement..	83
4.1.	Analyse à composantes principales.....	120
4.2.	Moyennes et écarts-types des variables à l'étude.....	121
4.3.	La matrice de covariance de l'échantillon des mères.....	122
4.4.	La matrice de covariance de l'échantillon des pères.....	123

Liste des Figures

2.1.	Représentation graphique des domaines, catégories et sous-catégories d'incidents critiques rapportés par les mères et les pères d'un premier enfant.....	44
4.1.	Modèle hypothétique A de l'expérience postnatale des parents.....	124
4.2.	Modèle révisé B de l'expérience postnatale des mères.....	125
4.3.	Modèle révisé B de l'expérience postnatale des pères.....	126
4.4.	Modèle révisé C de l'expérience postnatale des mères.....	127
4.5.	Modèle révisé C de l'expérience postnatale des pères.....	128

CHAPITRE PREMIER
INTRODUCTION GÉNÉRALE

La présente thèse vise à explorer l'expérience postnatale des parents d'un premier enfant et à démontrer que les premières heures postnatales en milieu hospitalier sont importantes tant pour les pères que pour les mères, les deux parents étant susceptibles de vivre des événements marquants et des interactions avec les infirmières suffisamment intenses pour influencer sur leurs perceptions d'eux-mêmes comme parents.

Problématique

La naissance d'un premier enfant est un moment de transition important dans le développement de l'adulte, une occasion de croissance pour les conjoints (Osofsky & Osofsky, 1980). Durant cette période critique dans l'évolution de la famille (Entwisle & Doering, 1981), les nouveaux parents font face à de nombreux défis, tant au niveau personnel, conjugal que parental. Un défi important pour le développement et le maintien de l'équilibre nécessaire à la survie et à la croissance de la famille semble être de se percevoir efficace comme parent en période postnatale. Des auteurs partagent cet avis, certains soutenant que les perceptions d'efficacité parentale sont essentielles à l'adaptation au rôle de parent (Zahr, 1991) alors que d'autres les considèrent comme une force motrice à une saine relation parent-enfant (Williams et al., 1987).

Les perceptions d'efficacité parentale sont définies comme « l'ensemble des croyances que les parents construisent au fil du temps, en regard de leurs capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements pour rencontrer les exigences des situations liées au parentage » (Bandura, 1986, 1991, 1995a, 1996, 1997). Ces perceptions d'efficacité ne sont pas un trait global de la personnalité ou une caractéristique personnelle mais varient plutôt selon la tâche requise et le contexte auquel l'individu est confronté. Bandura (1977a, 1991) explique que les perceptions qu'un individu a de son efficacité personnelle déterminent ce que l'individu choisit de faire, la quantité d'effort qu'il met dans l'activité et la période de temps pendant laquelle il maintient son effort et ce, en dépit des obstacles et des échecs qu'il rencontre (Stretch, de Vellis, Becker & Rosenstock, 1986). Teti & Gelfand (1991) ont constaté que les croyances d'efficacité personnelle des mères prédisaient leurs conduites parentales, de sorte que les mères ayant une perception positive de leur efficacité personnelle avaient des pratiques parentales plus adéquates. Ceci corrobore les écrits de Bandura (1991 ; Bandura, 1996) qui avance que les perceptions d'efficacité sont une base majeure pour guider les conduites parentales. Il semble d'ailleurs exister une relation entre l'efficacité ressentie et la compétence réelle démontrée (Goldberg, 1977) de sorte que l'individu qui se perçoit efficace aura plus de conduites compétentes et vice versa.

La construction des perceptions d'efficacité parentale après la naissance du premier enfant constitue donc une étape cruciale de développement pour l'unité familiale. On constate que les recherches portant sur les facteurs qui déterminent les perceptions d'efficacité des pères et des mères d'un premier enfant en période postnatale ont beaucoup évolué au fil des ans. Ces recherches, qui portaient de façon plus globale sur la « compétence » et la « confiance » parentale, ciblent maintenant les « perceptions d'efficacité parentale » (Froman & Owen, 1990). Il demeure néanmoins évident que l'on possède peu d'informations sur les facteurs déterminant les perceptions d'efficacité des pères, les recherches sur le sujet ayant principalement porté sur les mères. C'est ainsi que l'expérience antérieure (Froman & Owen, 1990 ; Gross, Rocissano & Roncoli, 1989), le stress (Reece & Harkless, 1998), la perception du tempérament de l'enfant (Cutrona & Troutman, 1986 ; Halpern & McLean 1997 ; Teti & Gelfand, 1991), la qualité de la relation maritale (Reece, 1993 ; Reece & Harkless, 1998 ; Teti & Gelfand, 1991) et la qualité du soutien social (Reece, 1993) ont été identifiés comme des facteurs influant pour la mère, alors que la perception du tempérament de son enfant a été identifiée comme un facteur susceptible d'influencer les perceptions d'efficacité du père (Johnston & Mash, 1989).

Les perceptions d'efficacité parentale ont rarement été examinées chez les deux parents et toujours dans l'optique où chaque conjoint est vu comme un

individu spécifique de l'unité familiale (Mercer & Ferketich, 1994; Ferketich & Mercer, 1994). Aucune étude ne s'est attardée à expliciter les facteurs déterminant les perceptions d'efficacité parentale qui étaient communs aux deux parents. Nous croyons que les deux perspectives comportent des éléments d'informations intéressants et complémentaires pour comprendre la dynamique de la famille. La famille étant « un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes en communication avec d'autres personnes » (Watzlawick, Helmick-Beavin & Jackson, 1972, p.120), l'étude des perceptions d'efficacité parentale en période postnatale doit se situer dans un cadre tenant compte de l'ensemble des facteurs susceptibles d'influer sur le développement de l'adaptation parentale.

La théorie bio-écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996 ; Bronfenbrenner & Morris, 1998 ; Bronfenbrenner & Evans, 2000) offre, selon nous, un tel cadre. Cette théorie propose que le développement humain prend place à travers des processus complexes d'interactions réciproques entre un individu et des personnes, objets et symboles dans son environnement. Cette théorie stipule que ces interactions, les processus proximaux, sont les moteurs de ce développement. Les relations entre un parent et son réseau informel (conjoint, père, mère, amis, etc.) et formel (professionnels de la santé) peuvent constituer des processus proximaux. On sait d'ailleurs des études de Cutrona & Troutman (1986) et Reece (1993) que la qualité des relations avec le

réseau informel influe sur les perceptions d'efficacité parentale. Par contre, aucune recherche ne s'est attardée à décrire la nature des liens entre, d'une part, les relations des parents avec les membres de leur réseau formel et, d'autre part, leurs perceptions d'efficacité parentale. Nous reconnaissons que « l'ampleur, l'originalité, et la qualité des actions du réseau informel soient telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des interventions publiques » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990); nous croyons toutefois qu'on ne peut omettre de considérer que, durant la période périnatale, les parents sont en interrelation avec un système de soutien formel, susceptible d'influer, lui aussi, sur leur expérience.

Parmi les nombreux professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes, psycho-éducateurs, etc) qui gravitent autour des parents, de la période prénatale à la période postnatale, pour leur apporter des services et des soins, nous nous sommes préoccupées particulièrement de la contribution qu'apportent les infirmières à la construction de perceptions d'efficacité chez les parents. Les infirmières constituent, en effet, un groupe important d'intervenantes qui occupent une position stratégique dans ce passage de « devenir parent », car elles côtoient les couples de la période prénatale à la période postnatale ». À ce titre, elles sont régulièrement sollicitées pour soutenir les couples dans la résolution de problèmes tant physiologiques que psychologiques. Lors de l'étude pilote effectuée au printemps 1999 (appendice

A et B) des mères et des pères témoignaient : « on les voit aux cours prénatals, on sait qu'on va les voir à l'hôpital, c'est rassurant » ; « après la naissance de mon bébé, les infirmières m'ont donné tous les soins et l'information dont j'avais besoin ». Les infirmières ont comme rôle de s'engager dans une relation aidante avec leur client (AWHONN, 1999 ; O.I.I.Q., 1996), la relation d'intimité qu'elles créent avec leur client étant reconnue comme le cœur, l'essence même, de leur pratique professionnelle (Orem, 1991 ; Orlando, 1961, 1972 ; Parse, 1987 ; Peplau, 1952 ; Ramos, 1992 ; Roy, 1984 ; Taylor, 1934 ; Travelbee, 1966 ; 1971 ; Wiedenback, 1964 ; Wright & Leahey, 2001 ; Wright, Watson & Bell, 1996).

L'aide est « un acte ou une relation qui facilite le progrès d'un individu vers les buts de cet individu » (Brickman et al., 1983). Quatre orientations spécifiques d'aide peuvent être identifiées, chacune se distinguant à la fois par sa structure et par les résultats observés (Brickman et al., 1982 ; Cronenwett & Brickman, 1983 ; Karuza, Coates, Cohn, Kidder, & Rabinowitz, 1983 ; Michlitsch & Frankel, 1989). Certaines formes d'aide, par exemple celles qui remettent à l'individu la responsabilité de son problème et de ses solutions, sont associées avec des sentiments d'efficacité et de bien-être psychosocial plus importants chez la personne aidée (Dunst, Leet, & Trivette, 1988; Dunst, Trivette, & Hamby, 1996 ; McGrew & Gilman, 1991), ainsi qu'une plus grande perception de contrôle. Bandura (1997) a déjà constaté que lorsque l'individu a la perception d'avoir du contrôle sur une situation, ses attentes d'efficacité

augmentent. On peut se demander si cela s'avère aussi vrai pour les nouveaux parents, en ce sens que si ils ont une perception « d'avoir de l'influence sur les services et les interactions avec les intervenants » (Dunst et al., 1996 ; Lacharité, Moreau & Moreau, 1999, p. 34), ils auront une plus grande perception de leur efficacité parentale. De même, les pratiques d'aides des infirmières pourraient avoir un effet sur les perceptions d'efficacité des parents.

De toutes les périodes entourant la naissance de l'enfant, la période postnatale immédiate nécessite un regard nouveau dans le contexte actuel des soins de santé. Ce moment de vie est en effet particulièrement touché par les modifications importantes des pratiques de soins et des pratiques hospitalières qui ont cours depuis quelques années dans le système de santé, dont un des faits marquants est la réduction du séjour à l'hôpital, après la naissance, qui, de quatre à cinq jours, a été réduit de 24 à 72 heures. Le départ précoce a réduit les coûts du système de santé, mais il a aussi réduit les opportunités pour les mères d'intégrer leur rôle parental avec le soutien des professionnelles de la santé (Barnes, 1996 ; Evans, 1995 ; Fishbein & Burggraf, 1998). Quant aux pères, le système de soins demeure peu orienté en fonction de leurs besoins d'apprentissage. La mère demeure l'interlocutrice de choix des infirmières, la participation du père n'étant qu'accidentelle (Ménard, 1999). Pourtant, dès 1964, Caplan notait comment les nouveaux parents traversent une période de changements intenses et de grande vulnérabilité où ils sont plus ouverts à

recevoir de l'information susceptible de les amener à modifier leurs comportements. Le niveau élevé de stress et le besoin de développer de nouvelles habiletés, propres à cette période de la vie, sont perçus comme augmentant la réceptivité des individus ainsi que leur motivation à changer (Duncan & Markman, 1988).

L'examen du phénomène de la relation infirmière-parents en période postnatale immédiate (48 à 96 heures) en milieu hospitalier s'inscrit dans le courant bio-écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996). Ce courant propose que « la forme, la force et la direction de l'effet des processus proximaux impliqués dans le développement varient en fonction des caractéristiques de la personne, de l'environnement général et immédiat dans lequel ils ont lieu ainsi que selon l'issue de développement qui est l'objet d'étude (p. 13) ». Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » permet de tenir compte des relations complexes et multidirectionnelles qui existent entre les perceptions d'efficacité parentale et de nombreuses variables afin de cerner un modèle de l'expérience postnatale des parents. Les *perceptions d'aide* (Dunst et al., 1996) et de *collaboration des infirmières* (Lacharité et al., 1999), les perceptions de *contrôle* (Affleck, Tennen & Rowe 1991) ainsi que les *événements critiques de l'expérience du séjour en centre hospitalier* (deMontigny & Lacharité, 2000) sont les variables examinées comme processus

proximaux¹ dans cette étude. À celles-ci viennent se greffer des variables secondaires liées aux caractéristiques de la personne, telles l'*anxiété situationnelle* (Spielberger, 1983) et l'*état de santé* (deMontigny, 1999) et aux caractéristiques du contexte. Parmi elles, on retrouve : le contexte économique tel le *niveau d'éducation et le revenu familial* (deMontigny, 1999), le contexte interpersonnel, tel le *style relationnel* du parent (Bartholomew & Horowitz, 1991), l'*alliance parentale* (Abidin & Brunner, 1995; Konold & Abidin, 2001) et la *perception du tempérament du bébé* (Broussard & Hartner, 1970) et le contexte social tel le *soutien social* (Dunst et al., 1996) et l'*expérience parentale*, qui se compose, selon deMontigny (1999) de l'expérience antérieure avec des enfants, de l'expérience des rencontres prénatales et de la cohabitation. Le construit du « Temps », partie intégrale du modèle de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Crouter, 1983), est examiné comme une période de développement spécifique, et non dans une perspective longitudinale et prospective.

Préalablement à l'examen de la nature des relations entre les processus proximaux, les caractéristiques de la personne et du contexte et l'issue de développement, nous avons dû spécifier la nature des événements critiques de

¹ Une analyse à composante principale (SPSS) avec rotation Varimax a permis de définir les construits reliés aux variables indépendantes à l'étude (tableau 4.1).

l'expérience du séjour en centre hospitalier pour des parents primipares. En effet, nulle part dans la littérature pouvions-nous trouver de l'information sur ce qui constitue, pour les parents, des événements suffisamment marquants en période postnatale pour influencer sur leur adaptation comme parent, particulièrement leurs perceptions d'efficacité parentale. Entre autres questions soulevées, nous nous demandions quels sont les événements que les mères et les pères considèrent significatifs ? Y a-t-il une différence dans l'expérience paternelle et maternelle ? Y a-t-il une valence particulière accordée à certains types d'événements ? Et finalement, y a-t-il des circonstances qui influent sur le type d'événements rapportés ?

Afin de répondre à ces questions, il nous a semblé approprié de choisir une méthodologie qualitative, de sorte que les parents, premiers experts de leur expérience, puissent nous la révéler dans leurs mots. C'est ainsi que la technique de l'incident critique est rapidement apparue comme le moyen à privilégier pour explorer l'expérience des parents des événements de la période postnatale, à l'automne 1999. Le premier texte de cette thèse présente ce qui, dans le regard des parents, constitue des « moments critiques de la période postnatale immédiate », c'est-à-dire « des incidents significatifs qui sont perçus comme ayant eu un effet sur l'adaptation de la personne ou sa non-adaptation » (McDonald, 1989, p. 45).

En nous penchant sur les données recueillies auprès des parents, et en examinant les analyses qualitatives, il est apparu que l'expérience paternelle de la période postnatale avait des caractéristiques différentes de l'expérience maternelle. Les pères partageaient des perceptions des événements qui nous ont semblé suffisamment originales et importantes pour mériter de s'y attarder. Étant donné le peu d'écrits en regard de l'expérience paternelle durant cette période spécifique de la paternité, nous avons tenu à pallier cette lacune en centrant le deuxième texte de cette thèse sur l'illustration des particularités de l'expérience du père de la période postnatale immédiate et de ces caractéristiques.

Ces deux textes du volet qualitatif de cueillette et d'analyse des données nous ont permis de confirmer l'importance des événements critiques de l'expérience du séjour en centre hospitalier pour les parents. Il était donc justifié d'inclure cette variable dans l'examen de la nature des relations entre les perceptions d'efficacité des pères et des mères d'un premier enfant et leurs perceptions des pratiques d'aide des infirmières et des événements critiques de la période postnatale. Un inventaire des moments critiques (appendice C et D) a été construit à l'hiver 2000, pour cette deuxième étude, qui s'est située dans une méthodologie quantitative, car nous voulions examiner la nature des liens entre un ensemble de variables, chez un échantillon relativement important de parents, ce qui s'accorde avec ce type de méthode. Des analyses d'équations

structurelles (SEM) ont été effectuées, afin de vérifier s'il existe un modèle de l'expérience postnatale qui est commun aux deux parents. Pour ce faire, un modèle de l'expérience postnatale des parents a été conçu à l'aide des hypothèses à l'étude, à l'effet que tant les pratiques d'aide des infirmières que les événements critiques de la période postnatale immédiate prédisent les perceptions d'efficacité parentale des parents d'un premier enfant. Ce modèle, présenté et discuté dans le troisième texte de cette thèse, traite aussi des liens présumés, suite au volet qualitatif de cette thèse, entre la qualité des pratiques d'aide et la qualité des événements de la période postnatale, tout en tenant compte de variables reliées aux caractéristiques de la personne et du contexte.

Finalement, la dernière partie de cette thèse discute des retombées pour les infirmières et les intervenants en période postnatale, pour la recherche et pour l'enseignement des connaissances découvertes et présentées au fil de ces pages.

CHAPITRE 2

PERCEPTIONS DES PÈRES ET DES MÈRES PRIMIPARES À L'ÉGARD DES
MOMENTS CRITIQUES DES PREMIÈRES 72 HEURES POSTNATALES : ²

² Ce texte est accepté pour publication par la Revue Québécoise de psychologie.

Introduction

La naissance d'un premier enfant est une période charnière de la trajectoire familiale, porteuse à la fois d'apprentissages et de défis pour les nouveaux parents, tant sur le plan personnel, conjugal que parental. Devant les nombreux changements et les exigences propres à cet événement, les parents utilisent leurs ressources tant internes qu'externes afin de retrouver un certain équilibre (Tessier, Piché, Tarabulsy, & Muckle, 1992). Différents facteurs individuels, relationnels et contextuels influent sur la façon dont le couple vivra cette période de transition (Dulude, Bélanger & Wright, 1999). Parmi les facteurs contextuels, Dulude et al. (1999) reconnaissent que « les circonstances particulières entourant l'arrivée d'un enfant peuvent avoir un effet sur la nature et l'ampleur des ajustements qu'auront à faire les parents » (p. 362). Tant les événements de la période prénatale, intranatale que postnatale sont susceptibles d'être suffisamment importants pour marquer le processus d'adaptation parentale. En période prénatale, les recherches ont révélé que les complications de la grossesse (Campbell, 1992) et l'expérience antérieure avec les bébés (Savard, 1997) sont des événements qui peuvent agir sur l'adaptation parentale. De la période intranatale, on connaît, entre autres, l'importance de la perception des mères en rapport à leur accouchement sur la perception qu'elles ont de leur compétence comme mères (Mercer, 1985).

On note toutefois que les recherches se sont moins attardées à décrire les circonstances particulières entourant la période postnatale immédiate, lors du séjour en maternité en centre hospitalier, période qui nous intéresse particulièrement. Nous nous demandons ce qui, dans le regard des parents, constitue des moments critiques de la période postnatale immédiate, c'est-à-dire « les événements majeurs ayant une grande importance pour l'individu » (Flanagan, 1954) et, à ce titre, qui sont susceptibles d'être suffisamment marquants pour influencer le processus d'adaptation parentale.

Cette question prend un sens particulier dans le contexte des modifications importantes des pratiques de soins et des pratiques hospitalières qui ont cours depuis quelques années dans le système de santé québécois. D'une part, les efforts de rationalisation des coûts et des services et, d'autre part, les changements de valeurs de la société québécoise ont changé les modes de prestations des services professionnels en période postnatale. Fait marquant, le séjour à l'hôpital après la naissance, qui était de quatre à cinq jours initialement, a été réduit entre 24 à 72 heures, selon les régions. La cohabitation est devenue un état de fait, plusieurs milieux ayant modifié leurs pratiques afin d'intégrer les soins mère-bébé dans des milieux physiques alternatifs. L'allaitement maternel a été identifié comme une priorité internationale (Organisation Mondiale de la Santé, 1990 ; UNICEF, 1992), nationale (Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998) et

provinciale (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1997 ; Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 1999), entraînant graduellement des modifications dans les pratiques de soins. Les milieux hospitaliers, qui avaient développé des programmes d'enseignement postnatal afin de répondre aux besoins des mères (Taggart, 1983), doivent réviser ces pratiques qui ne répondent plus aux exigences du court séjour (Brown & Johnson, 1998). Le fonctionnement intra-hospitalier en période périnatale se transforme. Cependant on en ignore encore les conséquences directes sur la clientèle québécoise.

Aux États-Unis, des compressions budgétaires sévissent dans le milieu de la santé depuis plusieurs années. Dès 1996, Mahlmeister invitait les infirmières à orienter leurs recherches vers l'identification des limites du congé précoce et des composantes essentielles de l'enseignement postnatal et du suivi post-partum dans ce contexte. Depuis, des études américaines rapportent que, quoique le départ précoce ait réduit les coûts du système de santé, il a aussi réduit les opportunités pour les mères d'intégrer leur rôle parental avec le soutien des professionnelles de la santé (Barnes, 1996 ; Evans, 1995 ; Fishbein & Burggraf, 1998). Les mères doivent ainsi, dans un laps de temps très court, donner naissance, vivre les changements physiques et psychologiques associés à la période post-partum et apprendre les habiletés nécessaires pour prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant, en particulier les habiletés entourant

l'alimentation du nouveau-né et l'identification de ses besoins (Curry, 1983 ; Evans, 1995 ; Pridham, Lytton, Chang & Rutledge, 1991).

Quant aux pères, le système de soins a traditionnellement été peu orienté vers leurs besoins d'apprentissage de leur rôle parental. Une étude de Ménard (1999) effectuée auprès d'infirmières en périnatalité révèle d'ailleurs que celles-ci perçoivent peu les bénéfices personnels que les pères retirent à s'engager dans leur rôle de parent. Elles sont plus sensibles aux avantages que représente l'engagement paternel pour la mère et le bébé, tels le fait d'être un soutien à la mère, de favoriser l'allaitement maternel ainsi que la création de liens d'attachement avec l'enfant. Pourtant, de nombreuses études ont identifié les besoins d'information des pères par rapport au parentage de même que l'influence que peut avoir la compréhension des soins sur la participation du père (Dulac, 1998 ; Wandersman, Wandersman, & Kahn, 1980).

La situation du court séjour en post-partum étant relativement récente au Québec, on dispose de peu de données quant à ses effets sur les parents. Les rares études disponibles se sont penchées, soit sur les besoins des mères (Lessard & Gagné, 1996), soit sur la perception des mères de leur efficacité au moment du congé de l'hôpital (Perreault, 1996) ou encore, sur les besoins des parents (Fortier, 1999 ; Rocheleau, Boudreau & Lacharité, 1998). Notre étude vise à poursuivre l'investigation de l'expérience des pères et des mères durant

cette période en répondant à la question suivante : Quelle est la nature des incidents que les pères et les mères d'un premier enfant considèrent significatifs en période postnatale immédiate en centre hospitalier?

Objectif

Cet article présente les résultats d'une étude descriptive et exploratoire visant à identifier, en utilisant la technique de l'incident critique, les perceptions sociales de treize pères et de treize mères d'un premier enfant à l'égard des moments critiques lors de la période postnatale immédiate en milieu hospitalier (premier 72 heures).

Afin de saisir la complexité et la richesse de l'expérience parentale en période postnatale, il importe de choisir une méthodologie qui s'harmonise bien avec les objectifs visés par l'étude. La technique de l'incident critique a semblé particulièrement appropriée car elle révèle « l'expérience vécue » (Wilson & Hutchinson, 1991, p. 265) des parents. Elle est un outil puissant pour capter les réalités individuelles des participants en encourageant une analyse réflexive d'une expérience passée (Rosenal, 1995). Les incidents critiques étant de « brèves mais vives descriptions d'un événement » (Brookfield, 1990, p. 84), un portrait de l'expérience parentale de la période postnatale peut se dégager de l'interprétation du discours suscité par cette technique. Une connaissance

approfondie de ces moments tels que perçus par les parents peut servir de levier à la mise en œuvre, par les professionnels de la santé, de pratiques d'aide adaptées à ces situations.

Méthodologie

L'activité étudiée dans le cadre de cette étude a trait « aux moments significatifs pour les parents d'un premier enfant dans la période postnatale immédiate, susceptibles d'influer sur leur adaptation parentale ». Le but de l'étude est formulé dans un langage familier (Woolsey, 1986) car il sert de directives aux répondants pour sélectionner les incidents à rapporter. Ce but est le suivant :

identifier les moments vécus par les parents lors du séjour à l'hôpital (après la naissance de l'enfant) qui ont été significatifs pour ceux-ci, c'est-à-dire qui les ont marqués de façon positive ou négative.

La technique de l'incident critique

La technique de l'incident critique a pris naissance pendant la deuxième guerre mondiale. Ayant besoin de sélectionner et d'entraîner des pilotes dans un laps de temps très court, des études ont alors été effectuées afin de déterminer la raison pour laquelle certains pilotes pouvaient voler sans avoir le vertige, alors que d'autres ne le pouvaient pas. Flanagan (1954) développa une méthode d'entrevue afin de recueillir auprès d'individus bien positionnés pour

émettre des jugements à propos de l'activité sous investigation, de l'information sur l'observation de leurs comportements et de ceux d'autrui. Cette forme d'entrevue est devenue *la technique de l'incident critique*. Cette technique a été reprise depuis dans divers milieux : pour développer des normes éthiques pour les psychologues (Flanagan, 1954), identifier les moments critiques d'un stage clinique en soins infirmiers (Dachelet, Wemett, Garling, Craig-Kuhn, Kent & Kitzman, 1981), explorer la notion d'expertise en soins infirmiers (Benner, 1984), identifier les facteurs d'adhésion aux traitements de personnes atteintes de défaillance cardiaque chronique (Stromberg & Fridlund, 1999). Cette technique est considérée comme une méthode fiable et valide permettant de générer des descriptions détaillées d'un domaine particulier (Anderson & Nilson, 1964).

La méthode s'appuie sur la prémisse voulant que les incidents qui sont importants en période de transition tendent à demeurer emmagasinés dans la mémoire de l'individu. Ces incidents sont considérés comme critiques lorsqu'ils sont perçus comme ayant un effet sur l'adaptation ou la non adaptation de l'individu (McDonald, 1989, p. 45). Un incident peut être défini, selon Rimon (1979) comme « une activité humaine observable, qui est suffisamment complète pour permettre des inférences et des prédictions sur la personne qui agit ». La technique de l'incident critique utilise la description détaillée des comportements, plutôt que des impressions générales, des opinions ou des évaluations et inclut seulement les comportements signifiants à l'activité.

Selon Woolsey (1986), l'observateur de l'activité peut-être n'importe qui, en autant que l'individu est familier avec l'activité et est dans une position propice pour l'observer directement. Des auteurs (Flanagan, 1954 ; Woolsey, 1986) recommandent que soient choisis les individus les plus compétents et dans la meilleure position pour observer et juger l'activité sous investigation. Dans cette optique, les parents sont perçus ici comme des observateurs privilégiés de leur propre expérience, ayant à la fois une perspective unique à propos de leur expérience et la possibilité de l'analyser et de la partager. L'exploration des perceptions des parents quant à leur expérience par la technique de l'incident critique permet bien, selon nous, de répondre à l'objectif visé qui est de comprendre ces événements à partir de l'expérience d'un individu.

Sélection et caractéristiques des participants

L'étude se déroule dans un centre hospitalier urbain québécois qui accueille des femmes enceintes et effectue environ 2700 accouchements par année.

Le mode d'échantillonnage est de type non probabiliste ou de convenance (Polit & Hungler, 1995), les parents étant sélectionnés sur une base volontaire et inclus dans l'étude au fur et à mesure qu'ils se présentent sur l'unité.

L'échantillonnage est de plus séquentiel, tous les parents admissibles étant rencontrés, jusqu'à ce que les nouveaux venus n'apportent aucune nouvelle information. Le recrutement s'effectue par l'intermédiaire de l'agente de formation de l'unité de périnatalité qui sélectionne les couples participants en période postnatale immédiate, durant leur séjour à l'hôpital, selon les critères d'inclusion suivants :

- Le père et la mère sont parents d'un premier enfant,
- Ils vivent en couple, sont mariés ou cohabitent ensemble au moment de la naissance,
- Les parents sont âgés de 19 ans ou plus,
- Les parents sont francophones ou capables de parler, comprendre et lire le français,
- L'enfant est de poids supérieur à 2500g, né après 37 semaines de grossesse, et ne présente pas de déficit de santé important (maladies congénitales ou problèmes de santé héréditaires) nécessitant un séjour en néonatalogie de plus de 24 heures.
- La mère ne présente pas de déficit de santé important lié à l'accouchement.

Une attention particulière est portée à ne pas sélectionner uniquement des parents ayant vécus des moments significatifs négatifs ou positifs. Cet aspect est contrôlé par la façon de formuler la demande de participation, en spécifiant l'objectif de la recherche qui est « de connaître les moments significatifs vécus par les parents depuis la naissance de leur bébé ».

On constate que des recherches effectuées à l'aide de la technique de l'incident critique laissent entrevoir une absence d'uniformité des recommandations quant à la taille de l'échantillon. Des échantillons variant de

14 à 70 participants sont rapportés dans les études (Cox, Bergen, & Norman, 1993 ; Stromberg & Fridlund, 1999 ; Wong, 1978 ; Woolsey, 1986). Certains auteurs (Flanagan, 1954 ; Norman, Redfern & Tomalin, 1992) recommandent de se baser sur la saturation des données pour déterminer la taille de l'échantillon. À ce sujet, Flanagan (1954) note que des répétitions peuvent survenir dès la première centaine d'incidents. Crabtree et Miller (1992) suggèrent que, bien qu'il n'y ait pas de règle absolue, 12 à 20 sources de données sont souvent nécessaires pour obtenir un maximum de variation du contenu dans une recherche qualitative. Devant cette ambiguïté quant à la taille de l'échantillon, la cueillette de données dans le cadre de cette étude se poursuit au-delà du moment où une saturation de l'information est atteinte, c'est-à-dire après le 10^{ième} couple (N= 20 parents).

L'échantillon de ce projet comprend vingt-six parents (13 mères et 13 pères) dont les profils socio-démographiques sont présentés aux tableaux 2.1³ et 2.2, alors que le tableau 2.3 dresse un portrait obstétrical des mères. L'échantillon comporte une forte proportion de pères (46,2%, N : 6) et de mères peu scolarisés (38,5%, N : 5), de couples en union de fait (76,9%, N : 10) et de mères ayant choisi l'allaitement comme mode d'alimentation du bébé (69,2 %, N : 9). Fait à noter, les mères de cet échantillon rapportent plus d'expériences préalables (92,3%, N : 12) que les pères (46,2%, N : 6) auprès des enfants.

³ Les tableaux et figures se trouvent à la fin de ce chapitre (pp 44-49).

Les parents qui ont accepté de collaborer à cette étude ont été rejoints par téléphone le troisième jour après leur retour à la maison. Quinze ont été sollicités, treize ont accepté. Les parents ont été rencontrés à leur domicile, individuellement, par la chercheuse principale, pour une brève entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ 20 à 40 minutes, et ce, dans les 12 premiers jours suivant la naissance de leur premier enfant (voir canevas d'entrevue, tableau 2.4). L'entrevue avait pour objectif de cerner les moments critiques de la période postnatale immédiate en milieu hospitalier. Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio avec l'accord des parents.

Cadre d'analyse

L'analyse des données qualitatives consiste en l'identification, la classification et la catégorisation des incidents critiques. Woolsey (1986) recommande trois étapes dans cette analyse : a) il faut d'abord cerner le cadre de référence, b) pour ensuite, développer les catégories et c) enfin, établir leur degré de spécificité. Chacune de ces étapes est décrite individuellement en les illustrant de la démarche d'analyse au cœur de cette étude.

Cadre de référence

La technique de l'incident critique permet de privilégier un modèle théorique prédéfini pour la catégorisation des données. Ceci est toutefois susceptible de poser des limites à l'exploration des catégories. Un cadre de référence plus souple est donc privilégié ici référant aux « *perceptions sociales* des parents à l'égard des *moments critiques* de la *période postnatale immédiate* susceptibles d'influer sur l'*adaptation* du parent ». Les *perceptions sociales des parents* se définissent comme « les représentations que les parents se font des gens (soi, le partenaire, l'entourage, par exemple) et de leur environnement social et le jugement qu'ils portent sur eux » (Bloch et al., 1996). Un *moment critique* de la période postnatale immédiate se définit comme une activité humaine observable « susceptible d'avoir eu un effet sur l'adaptation de la personne ou sa non-adaptation » (McDonald, 1989, p. 45). L'*adaptation* se définit comme un processus impliquant la réponse positive à un environnement changeant (Helson, 1964 ; Roy, 1984). La *période postnatale immédiate* consiste ici en « la période qui suit la naissance de l'enfant jusqu'au moment du congé de l'unité mère-bébé du centre hospitalier ».

Catégorisation des données

Pour développer les catégories en utilisant le cadre de référence préalablement identifié, les données sont transcrites. Les incidents sont extraits des transcriptions et inscrits sur des cartes fiches, par la chercheuse principale, qui effectue ensuite une analyse de contenu thématique, par raisonnement inductif. L'objectif de l'analyse est de fournir une description détaillée, complète et valide des moments significatifs de la période postnatale pour le parent primipare. Une *première* catégorisation permet le regroupement des incidents en catégories, toujours de façon inductive, selon qu'ils semblent converger. Selon L'Écuyer (1990, p. 56), une catégorie est « une sorte de dénominateur commun auquel peut être ramené tout naturellement un ensemble d'énoncés sans en forcer le sens ». Il s'agit ici de « déconstruire » les données, en découpant l'information de manière à obtenir des « noyaux de sens » pouvant être regroupés (Deslauriers, 1991, p. 82). On recherche donc des similitudes dans les incidents. En terminant, deux relectures des entrevues ont permis de cerner cinq incidents qui avaient échappé à une première lecture.

Degré de spécificité et de généralisation des catégories

Lors de la *deuxième* catégorisation, les catégories sont retravaillées, en fonction de ces incidents. Il s'agit maintenant de « reconstruire » et de

« synthétiser » l'information (Deslauriers, 1991, p. 82). Les incidents sont examinés, leur appartenance à une catégorie plutôt qu'à une autre est questionnée. Ici, on questionne les différences. C'est ainsi que cinq domaines d'incidents et cinq catégories⁴ sont identifiés, qui ont trait aux expériences des parents reliées « à soi et à l'autre comme parent ⁵» (N=236 incidents), « à soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier » (N=212), « à soi et à l'autre comme conjoint » (N=72), « à soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier » (N=46) et « à soi et à l'autre comme individu » (N=44) (voir figure 2.1). Des sous-catégories chapeautent les cinquante incidents distincts qui sont identifiés. Une valence positive ou négative a ensuite été accordée aux incidents, selon que le parent rapportait que cet incident avait été positif ou négatif pour lui.

Accord inter-juges

La catégorisation des incidents est un aspect controversé de la technique de l'incident critique (Rimon, 1979 ; Stromberg & Fridlund, 1999), les données pouvant être catégorisées de plus d'une façon, selon le cadre de référence du codeur. Pour diminuer cette subjectivité dans la catégorisation, six entrevues

⁴ Le niveau des « domaines » est distinct du niveau des « catégories ». Les domaines semblent en effet susceptibles d'être au cœur d'autres expériences de vie de l'individu, telle l'expérience d'un problème de santé chronique, alors qu'il n'en est pas de même pour les catégories.

⁵ Les domaines sont énumérés en ordre décroissant de nombre d'incidents bruts rapportés.

(23%) ont été sélectionnées au hasard pour être soumise à une re-codification des incidents et des catégories par un juge indépendant. Quatre-vingt sept pour cent (87 %) des incidents préalablement identifiés ont été notés par le juge indépendant. Pour cinq des six entrevues, la chercheure principale avait identifié plus d'incidents que le juge, surtout en ce qui a trait aux émotions reliées au congé et aux sources de difficultés de l'allaitement. Le juge avait tendance à n'identifier que des incidents négatifs et était particulièrement sensible aux incidents reliés au domaine de « soi et l'autre en interaction avec le personnel infirmier », n'ayant noté aucun incident relié à « soi et l'autre comme couple ». Soixante-dix-sept (77 %) des incidents identifiés par le juge étaient formulés de façon identique ou très légèrement différente de la formulation privilégiée par la chercheure principale. Le sens était toutefois conservé, par exemple « manque d'uniformité dans les messages » (juge) et « recevoir des conseils contradictoires » (chercheure). Les 23% restants se rapportaient aux mêmes extraits d'entrevue, mais étaient décrits différemment, par exemple, « l'infirmière manque de tact envers le parent » (juge) « obtenir une réponse appropriée de l'infirmière aux besoins des parents » (chercheur). Trois juges eurent ensuite à examiner le classement des incidents en catégories et sous-catégories préalablement identifiées. Dans 95% des cas, les juges-experts ont été en accord avec le classement des incidents. Des suggestions pertinentes ont été amenées par les juges au niveau de la formulation des incidents ou des sous-

catégories, par exemple, ceux-ci ont suggéré de remplacer « apprendre à allaiter » par « alimenter son bébé ».

Résultats

Les résultats de l'analyse d'incidents critiques rapportent : a) un portrait des incidents rapportés et de leur valence, b) les incidents prédominants dans chaque catégorie ⁶, illustrés d'extraits d'entrevues⁷, et c) l'accord intra-couples.

Portrait des incidents rapportés et leur valence

Les parents de l'échantillon identifient six cent dix (610) incidents critiques qui se regroupent en cinquante incidents distincts. Les mères (13) rapportent 321 incidents (52, 6%) alors que les pères (13) en rapportent 289 (47, 3%). Les pères rapportent en moyenne un peu moins d'incidents ($X=22,2$) que les mères ($X=24,8$). L'étendue d'incidents par participant varie chez les pères entre sept à 46 incidents, alors que les mères en rapportent entre 13 à 50. Les incidents sont positifs dans 44,1% ($N=269/610$) des cas, les mères rapportant plus d'incidents positifs ($N=162/321$: 60,2%) que les pères ($N=107/289$: 39,8%).

⁶ Pour simplifier la présentation des données, nous regroupons le domaine et la catégorie.

⁷ Les extraits d'entrevue ont été révisés linguistiquement afin d'en faciliter la lecture.

Les domaines, les catégories, les sous-catégories et les incidents

Domaine « relié à soi et à l'autre comme individu » : Composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale

Cette catégorie regroupe huit incidents ayant trait à l'adaptation du père et de la mère aux bouleversements physiques et psychologiques intenses de cette période de transition et comporte uniquement des incidents négatifs (voir tableau 2.5). L'incident le plus fréquemment rapporté par les pères est « être épuisé » et s'illustre ainsi :

« ..à force de prendre soin de l'une et de l'autre, j'étais fatigué » (Denis).⁸

Quoique l'épuisement soit fréquemment cité par les mères, celles-ci disent surtout qu'« éprouver de la douleur » est marquant dans leur expérience postnatale.

« J'avais de la difficulté à me déplacer...les seins me faisaient mal...cela me donnait le goût de pleurer » (Julie).

Domaine « relié à soi et à l'autre comme parent » : Composer avec les exigences du rôle parental

Cette catégorie touche les incidents propres à l'adaptation du père et de la mère aux exigences du rôle parental en période postnatale immédiate. Elle

⁸ Les noms sont fictifs afin de préserver l'anonymat des participants.

comporte seulement 43% (N=101/236) d'incidents positifs et est empreinte de plus d'aspects négatifs pour les mères (N=74 incidents/132, 56%). La sous-catégorie « alimenter son bébé » est la plus intense émotivement, comportant le plus grand nombre d'incidents, et le plus souvent rapportés comme « négatifs » (N : 91/127). L'incident le plus souvent cité regroupe les émotions (préoccupations, inquiétudes, satisfactions) des mères et des pères envers l'allaitement maternel.

« L'allaitement a été le plus difficile. Je n'avais pas de montée de lait, je n'en ai jamais eu. Tout le monde arrivait, demandait, c'était décourageant. On utilisait le dispositif d'allaitement, et elle n'était pas satisfaite, c'était ennuyeux de la voir insatisfaite. C'était important parce que l'allaitement, c'est la grosse mode, je voulais lui donner le meilleur. » (Claudia).

Domaine « relié à soi et à l'autre comme conjoint » : Maintenir le fonctionnement de la cellule conjugale

Les incidents de ce domaine sont fortement positifs (N=68/72, 94,4%), tant pour les pères que les mères. La sous catégorie « communiquer et exprimer ses émotions » s'illustre, pour les deux conjoints, par l'incident « exprimer ses besoins, préoccupations et inquiétudes à son conjoint ».

« La dernière journée, j'étais déprimée parce que je ne pouvais pas quitter l'hôpital, Marc-André faisait une jaunisse, je devais rester une journée de plus. Je pleurais, j'ai appelé mon chum, je lui ai parlé, cela m'a soulagé. » (Susie).

« J'étais triste qu'elle ne puisse pas sortir de l'hôpital. Je m'inquiétais pour la santé du bébé. On en a parlé, après cela allait mieux. » (Steve).

Domaine « relié à soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier » : Composer avec les exigences de l'environnement hospitalier

L'incident « être informé-e sur les routines hospitalières » représente, pour les pères, la moitié des incidents qu'ils nomment dans la sous-catégorie « connaître les routines hospitalières », qui est d'ailleurs fortement empreinte d'événements dits négatifs pour ceux-ci (35/38, 92 %).

« On n'a pas eu d'informations sur les services. Prendre le temps de nous dire, sur l'étage cela fonctionne comme cela, ceci est pour les parents, les pères qui cohabitent ont droit à cela. Si les infirmières savent que le père cohabite avec la mère, nous dire où on a le droit de se doucher, de se changer, on dirait que pour elles, tu es juste un numéro. » (Benoit).

Domaine « relié à soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier » :

Échanger de l'information avec le personnel infirmier

Les incidents de cette catégorie sont, pour les mères, aussi souvent à connotation positives (55/109, 50,5%) que négatives (54/109, 49,5%), alors que l'expérience des pères tend à être plus négative (65/103, 63%) que positive (38/103, 36,9%). La première sous catégorie, « obtenir une réponse des infirmières » a trait à obtenir l'intérêt des infirmières pour les besoins physiques et émotifs de l'individu et de sa famille. Fait à noter, chaque individu avait vécu au moins un incident dans cette sous-catégorie. De plus, les pères semblent plus sensibles que les mères à l'attention portée aux pères par le personnel infirmier et aussi sensibles que les mères à l'attention portée aux mères.

« J'ai cohabité et je crois que les gens qui venaient dans notre chambre l'on remarqué, car le lit était là. Forcément, puisque la mère allaite, c'est normal qu'on s'intéresse à la mère. Mais on ne me demandait pas, à moi, si j'avais mangé. J'avais presque autant besoin d'être à plomb et en forme que ma femme pour pouvoir être en forme pour la soutenir, et on a jamais pris soin de mes besoins à moi. » (Pierre).

La deuxième sous-catégorie « donner et recevoir de l'information des infirmières » porte sur le partage de l'information avec les infirmières, le type, la pertinence et la promptitude de l'information. Les différents types d'information, par exemple ayant trait à la santé de la mère, à la santé du bébé, aux soins du bébé, à l'allaitement et au congé ont été regroupés pour les fins de l'analyse. L'incident « partager ses besoins, ses préoccupations et ses inquiétudes avec les infirmières » a été mentionné par les deux conjoints.

« J'étais seule. Les infirmières entraient et j'avais les larmes aux yeux. Elles me demandaient qu'est-ce qu'il y a, j'ai commencé à pleurer. Une infirmière a jaser, elle s'est assise, m'a encouragée, m'a expliquée les baby blues. On a discuté de ce que j'allais faire si cela revenait, qu'est-ce qui me faisait plaisir à moi. Cela a fait du bien » (Susie).

La sous-catégorie « recevoir du feedback des infirmières » révèle qu'« être valorisé par les infirmières » est important pour certains pères, tel qu'en témoigne ce père :

« Il y a des infirmières qui m'ont offert un feedback non sollicité par rapport à ma présence auprès de ma femme « on vous trouve bien bon, on trouve cela beau de vous voir vous impliquer » . Cela m'a fait du bien. Je me levais la nuit pour être là avec elle pour les boires la nuit. Je ne voulais pas qu'elle soit seule dans cette expérience. C'est le feedback extérieur qui compte peut-être trop pour moi, mais qui compte » (Max).

Accord Intra-Couples

Les entrevues ont été analysées en terme d'accord des membres d'un même couple sur les incidents rapportés. Cet accord a été examiné à deux niveaux : en premier lieu en terme de fréquences d'un même incident rapporté à l'intérieur d'un couple ; ensuite, en terme de valence accordée à l'incident.

Les couples ont rapporté le même incident 169 fois. Dans 152 de ces paires, les couples interprétaient l'incident de la même façon, soit 50,1% négativement (N : 86) et 39 % positivement (N : 66). Dans dix pour cent de ces couples (N : 17), l'un interprétait l'incident positivement, alors que l'autre l'interprétait négativement. Le domaine ayant le plus d'accord intra-couple au niveau de la valence accordée à l'incident est celui relié à « soi et à l'autre comme individu » (quatorze incidents, 100% d'accord). Les domaines ayant le plus d'incidents identiques rapportés par les deux conjoints sont ceux reliés à « soi et à l'autre comme parent » (69 incidents) dont 58 % furent négatifs, et à « soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier » (64 incidents) dont 48 % furent négatifs. Le domaine relié à « soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier » se remarque par le peu d'accord intra-couple, un seul incident ayant été noté par les deux conjoints.

Limites

• Cette étude présente certaines limites méthodologiques. En premier lieu, la participation volontaire à l'étude peut avoir un effet sur le type, le nombre et la valence d'événements rapportés, ceux choisissant de participer pouvant avoir une expérience plus ou moins riche ou positive que les non participants. Il faut noter aussi que la méthode d'entrevue rétrospective dépend de la mémoire des individus et de leurs habiletés à se souvenir des événements spécifiques sur le thème désiré (Care, 1996 ; Cox et al., 1993). Pour minimiser cette limite, nous avons procédé à la cueillette de données le plus rapidement possible après le départ des parents du centre hospitalier variant de deux à douze jours après la naissance ($X = 7,8$ jours).

Cette cueillette de données visait à recueillir de l'information sur l'ensemble de l'expérience des parents avec les différents intervenants qu'ils rencontrent en période postnatale. Toutefois, nous voulions spécifiquement avoir de l'information sur les contacts des parents avec les infirmières. Pour ce faire, nous avons utilisé les mots « penser aux infirmières » pour remettre les parents dans le contexte de la période postnatale. Ceci peut avoir influé sur les résultats, la grande majorité de l'information dévoilée en rapport aux intervenants ayant trait aux infirmières. L'absence d'incidents ayant trait à d'autres professionnels de la santé nous amène à supposer que le contenu des

incidents rapportés par les parents de notre étude n'est pas exhaustif. D'ailleurs, en comparant les incidents rapportés aux écrits scientifiques portant sur l'expérience des parents en période postnatale (Bell, 1996 ; Courville, 1995 ; Gorry, McKinney, & Murray, 1998 ; May & Mahlmesteir, 1994), afin de vérifier si des éléments étaient omis dans le discours des parents, nous avons identifié deux incidents, ayant trait à « composer avec l'absence d'intimité lors de l'allaitement » et « composer avec les effets secondaires des médicaments » qui n'avaient pas été relatés par les parents. À ce sujet, Williamson, Webb et Pryor affirmaient, dès 1985, que la technique de l'incident critique ne prétendait pas détecter l'incidence absolue d'événements. Une procédure d'enquête à grande échelle, par exemple à l'aide d'une liste d'incidents, permettrait de mieux documenter cet aspect.

Discussion

Cette étude révèle toutefois que tant les pères que les mères d'un premier enfant font l'expérience d'une série de moments critiques en période postnatale immédiate en centre hospitalier qui comportent à la fois des similitudes et des particularités. Quoique chacun de ces moments critiques soit intéressant et important, parce qu'il traduit les perceptions des parents de leur expérience, certains de ces incidents méritent une attention particulière, car ils sont

susceptibles d'entraîner des modifications dans les perceptions des intervenants à propos de l'expérience parentale lors de la période postnatale immédiate.

Entre autres, l'expérience des parents relative aux incidents rapportés dans la catégorie « Composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale » est systématiquement négative. Il est vrai que sept des huit incidents de cette catégorie concernaient des expériences difficiles, telles « éprouver des douleurs liées à l'accouchement ». Il est surprenant cependant qu'aucun incident portant sur l'expérience de l'accouchement, tel « repenser à cette expérience » n'ait été noté comme étant positivement significatif pour les parents.

Traditionnellement, les observations des infirmières à propos des mères en période postnatale immédiate montrent que la mère traversait une période d'une durée de deux à trois jours pendant laquelle elle était très centrée sur sa propre expérience de santé, particulièrement sur ses besoins physiques (Rubin, 1961, 1984). Certains auteurs ont depuis remis ces observations en question (Ament, 1990 ; Martell & Mitchell, 1983), stipulant que cette période était plus courte, c'est-à-dire d'une durée de 24 heures, suivie, dès le deuxième jour, d'un intérêt à développer des habiletés maternelles. Plus récemment, Martell (2001) a souligné que le contexte du court séjour modifiait le développement psychosocial des mères en période postnatale, de sorte que la mère est moins

centrée sur elle-même et plutôt sur l'expérience d'une nouvelle normalité. Nos résultats semblent aller dans le sens de ces auteurs. En effet, peu d'incidents furent rapportés par les mères dans la catégorie « Composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale », alors que l'expérience de parentage représente l'ensemble d'événements les plus significatifs de la période postnatale immédiate, particulièrement en ce qui a trait à l'allaitement maternel. Dans une étude effectuée auprès de 236 mères (Beger & Cook, 1998), celles-ci reconnaissent aussi que leurs besoins prioritaires d'enseignement par rapport aux soins du bébé se situent sur le plan de l'alimentation, des soins du cordon et de la circoncision.

Tant dans le domaine « soi et l'autre comme conjoint » que celui portant sur « soi et l'autre en interaction avec le personnel infirmier », on remarque que l'expression de ses besoins, préoccupations et inquiétudes l'un avec l'autre ainsi qu'avec le personnel infirmier est un incident important pour les deux parents. Ces résultats ajoutent de l'information aux écrits reconnus qui ont établi que la qualité de la relation avec le conjoint (Belsky, 1981 ; Majewsky, 1986 ; Reece & Harkless, 1998 ; Shereshefsky & Yarrow, 1973 ; Teti & Gelfand, 1991), la qualité et la disponibilité du réseau social (Lepage, 1984 ; Mercer & Ferketich, 1990) ainsi que la satisfaction à l'égard de l'aide reçue (Bellemarre, 1993) étaient des éléments qui influencent sur le sentiment de compétence des mères, alors que les pères étaient particulièrement sensibles au soutien de leur conjointe (Bolté,

1994 ; Gibaud-Wallston, 1977 ; Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978). Dans un contexte où la mère demeure l'interlocutrice de choix des infirmières, la participation du père n'étant très souvent qu'accidentelle (Ménard, 1999), ces résultats invitent à questionner les approches d'aides habituelles, pour tenir compte, entre autres, de la sensibilité des pères aux interactions avec l'environnement hospitalier. Ceci s'avère d'autant plus important que nous savons, d'études antérieures, que les relations précoces père-enfant favorisent le développement tant affectif que moral de l'enfant (Carpentier, 1992).

Retombées et conclusion

Diverses applications de ces données sur le plan clinique, de l'enseignement et de la recherche s'avèrent d'ores et déjà envisageables.

Retombées cliniques

Cette étude s'est effectuée dans un contexte où des modifications importantes dans la durée du séjour hospitalier des parents en période postnatale doivent nécessairement entraîner des modifications dans les pratiques de soins. En effet, le personnel hospitalier ne peut, face à un séjour de moins de soixante douze heures, espérer maintenir le statut quo dans ses stratégies d'intervention éducatives et de soutien à la clientèle, ces stratégies

ayant été établies pour des séjours d'une durée de quatre-vingt seize heures à cent vingt heures. Cette étude peut être le précurseur d'un changement à plusieurs niveaux. Sur le plan de la réflexion, les mots utilisés par les parents peuvent constituer une amorce de dialogue avec les intervenants, afin d'explorer leurs propres perceptions des moments critiques de la période postnatale pour les parents et comment ces perceptions s'accordent ou non avec celles des parents. La prise de conscience des moments jugés critiques par les parents dans leur expérience du séjour en maternité après la naissance de l'enfant peut servir d'élément déclencheur permettant d'examiner comment les intervenants réagissent durant ces moments-clés. Les intervenants peuvent ensuite mieux adapter leurs modes d'interventions à l'expérience des parents, en s'adressant tant au père qu'à la mère, en portant attention aux besoins des deux parents, en facilitant la communication avec les parents et entre eux, en clarifiant les modes de fonctionnement de l'unité, par exemple.

Retombées pour l'enseignement

Les programmes d'enseignement des professionnels de la santé doivent tenir compte de la recherche afin de s'inscrire dans la réalité actuelle des parents et des milieux. Cette étude vient combler un vide empirique au plan des connaissances des moments-clés de la période postnatale tels que perçus par les parents primipares, connaissances qui pourront être intégrées dans les

programmes d'enseignement de façon à sensibiliser les futurs intervenants et les amener à développer des pratiques d'aides pertinentes. En outre, les incidents critiques peuvent être utiles comme outils pédagogiques, à titre d'exemples cliniques, invitant la discussion.

Retombées pour la recherche

La technique de l'incident critique s'est avérée une méthode opportune pour permettre la mise en mots des moments critiques vécus par les parents, par des entrevues ciblées et de courte durée. L'analyse réflexive suscitée par ce type d'entrevue est susceptible d'avoir été une occasion de croissance personnelle pour les parents participants. Cette technique possède finalement, à notre avis, l'avantage d'être flexible et de pouvoir être utilisée dans divers contextes et auprès d'une clientèle variée.

Ainsi, la technique de l'incident critique se prête bien à la phase exploratoire d'une recherche. Il serait intéressant de reproduire cette recherche auprès d'autres clientèles de la période périnatale : auprès de parents d'un deuxième enfant, de parents d'enfants prématurés, d'adolescentes, et ce, afin de vérifier la stabilité ou la polyvalence des incidents critiques identifiés par les divers groupes. En ce qui a trait à l'étude elle-même, l'exploration et l'analyse de l'information générée par cette approche permettront la construction d'un

questionnaire, un « inventaire des moments critiques de la période postnatale »⁹ qui pourra être utilisé dans des études quantitatives de type transversal ou longitudinal.

En résumé, cette étude fournit des données intéressantes en ce qui a trait aux perceptions des parents d'un premier enfant des incidents critiques de la période postnatale immédiate. Ces données illustrent les propos de Ruchala (2000) à l'effet que l'environnement postnatal a subi des modifications telles que l'on ne peut continuer de baser nos soins sur les données empiriques d'il y a dix ou vingt ans. En ce sens, davantage d'investigations autour de cette période cruciale dans la trajectoire parentale, particulièrement en ce qui a trait à l'expérience des pères, s'avèrent nécessaires pour adapter nos interventions à la réalité parentale contemporaine.

⁹ La construction de cet inventaire est décrite à l'appendice C.

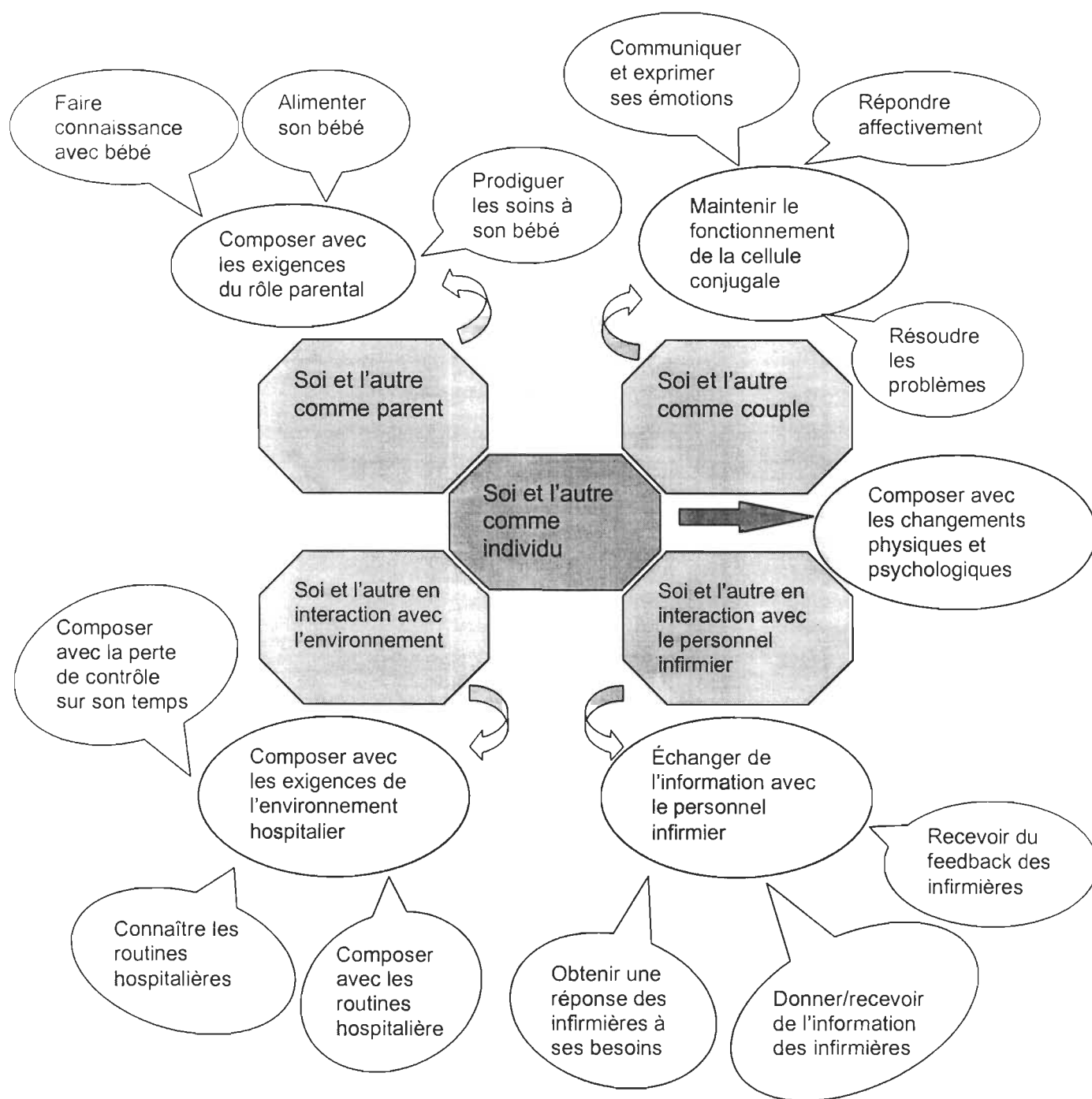


Figure 2.1. Représentation graphique des domaines, catégories et sous-catégories d'incidents critiques rapportés par les mères et les pères d'un premier enfant.

Tableau 2.1

Profil socio-démographique des participants à l'étude

	N	Âge	Niveau de scolarité			Statut d'emploi		
			Secondaire	Collège	Université	Temps complet	Temps partiel	Sans emploi
pères	13	30, 5	6	1	6	11	2	0
		+ - 5,0	(46,2%)	(7,7)	(46,2%)	(84,6%)	(15,4%)	
mères	13	26,9	5	4	4	10	1	2
		+ - 4,6	(38,5%)	(30,8%)	(30,8%)	(76,9%)	(7,7,%)	(15,4%)

Tableau 2.2

Profil socio-démographique des couples à l'étude

	N	Années de vie commune	Type d'union			Revenu familial		
			Marié	Union de fait	Moins de 30,000	30,000 à 60,000	60,000 à 90,000	60,000 à 90,000
pères	13	3, 0 +/- 2,5	3	10	3	6	1	3
mères	13		(23,1%)	(76,9%)	(31,1%)	(46,2%)	(7,7%)	(23,1%)

Tableau 2.3

Profil obstétrical des participantes à l'étude

N	Type accouchement			Styles alimentation bébé			Durée du séjour hospitalier		
	César.	Vaginal	Vaginal avec épidurale	allaite	biberon	mixte	2jrs	3jrs	4 jrs
mères	3	3	7	9	3	1	6	3	4
13	(23,1%)	(23,1%)	(53,8%)	(69,2%)	(23,1%)	(7,7%)	(46,2%)	(23,1%)	(30,8%)

Tableau 2.4

Canevas d'entrevue de l'incident critique

Établir le but

- Focus : Penser à la période où vous étiez à l'hôpital, après la naissance de votre bébé.
- Critères à vérifier : « Durant la grossesse, quelles étaient vos attentes envers cette période? » ; « Quels étaient vos besoins durant cette période? » ; « Quels sont les sentiments qui ressortent envers cette période? »
- Contexte : « Pensez à cette période après la naissance de votre bébé. Pensez aux infirmières avec lesquelles vous êtes entré en contact comme individu et comme famille. Comment l'infirmière agissait-elle envers vous? Comment vous sentiez-vous capable de parler à l'infirmière de vos préoccupations, de vos besoins, de vos sentiments? »

Les incidents critiques

- Incidents : Décrivez-moi des moments qui ont été difficiles pour vous dans les premiers jours après la naissance de votre enfant en centre hospitalier. Décrivez-moi des moments qui ont été faciles pour vous dans les premiers jours après la naissance de votre enfant en centre hospitalier.
 - Contexte : À qui en avez-vous parlé? Quelle aide avez-vous reçue? Qui d'autres vous a aidé?
 - Effets des incidents : Effets au moment même ; réactions du partenaire, du bébé, du personnel ; effets maintenant.
 - Rechercher d'autres incidents.
-

Tableau 2.5

Sous-catégorie d'incidents par type d'incidents

Domaines d'incidents et sous-catégories	Incidents positifs	Incidents négatifs	Incidents incertains	Total
1. Reliés à soi et à l'autre comme individu	0	44		44/610 (7,2%)
2. Reliés à soi et à l'autre comme parent				236/610(38,7%)
Faire connaissance avec son bébé	43	32	2	77/236 (32,6%)
Prodiguer les soins à son bébé	25	6	1	32/236 (13,6%)
Alimenter son bébé	33	91	3	127/236 (53,9%)
3. Reliés à soi et à l'autre comme conjoint				72/610 (11,8%)
Communiquer et exprimer ses émotions	40	1		41/72 (56,9%)
Réponse affective	20	2		22/72 (30,6%)
Résolution de problèmes	8	1		9/72 (1,3%)
4. Reliés à soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier				46/610 (7,5%)
Connaître les routines hospitalières	2	21		23/46 (50%)
Composer avec les routines hospitalières	5	15		20/46 (43,5%)
Composer avec la perte de contrôle sur son temps	0	3		3/46 (6,5%)
5. Reliés à soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier				212/610(34,8%)
Obtenir une réponse des infirmières	46	23		69/212 (32,5%)
Donner/recevoir de l'information des infirmières	39	82		121/212 (57%)
Recevoir du feedback des infirmières	8	14		22/212(10,4%)
Total	269	335	6	610 (100%)

CHAPITRE 3

FATHERS' PERCEPTIONS OF THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD :

WHAT DO WE NEED TO KNOW?¹⁰

¹⁰ Ce texte est soumis pour publication à la revue Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing

Fathers make a unique contribution (Pruett, 1998) to the development and growth of each family member. Due to this fact, health care practitioners have devised ways to foster the father's involvement in the perinatal period, such as encouraging participation in prenatal classes, birth attendance and rooming-in. Little is known however about the perceptions of fathers of the context in which fatherhood evolves. The previous chapter that explored both parents' perceptions of the immediate postpartum experience identified numerous significant events for both parents. The purpose of this chapter is to explore the perceptions of first time fathers of the significant events of the immediate postpartum period.

Background

Although parenting issues have been dealt with for over fifty years, early work tends to focus almost exclusively on the mother's experiences. Studies about fathers tend to explore the pathology of fatherhood, for example : Freeman (1951) *Pregnancy as a precipitant of mental illness in men* ; Towne & Afterman, (1955) *Psychoses in males related to parenthood* ; and Wainwright (1966) *Fatherhood as a precipitant of mental illness*. Research on the father's experiences with regards to the pregnancy, childbirth and the postpartum period

began to emerge in the mid-seventies (Bittman & Zalk, 1978 ; Fein, 1976 ; Parke & Sawin, 1976 ; Wente & Crockenberg, 1976). Initial reports dealt with topics that had been previously analysed when investigating mothers, such as fathers' transition to parenthood, (Fishbein, 1984 ; Henderson & Brouse, 1991 ; Mercer, Ferketich & Joseph, 1993). An important contributor, May (1982a, 1982b), helped us gain insight on the types and phases of involvement of the father during pregnancy, and on factors that foster their readiness to parent. Nearly ten years later, Jordan (1990) added to our understanding of men's experiences with her work on « labouring for relevance ». This work identified the essence of the father's experiences, such as : « grappling with the reality of pregnancy and the child » , « struggling for recognition as a parent » and « plugging away at the role making of involved fatherhood » . More recently, findings by Holland, (1995) described the perceptions of fathers regarding their experiences and expectations in their role, their participation in child rearing, work and family life, and their relationship with their children as salient issues, which influence their paternal conducts.

Several studies have caught the attention of scholars. These studies include those on father-infant attachment and bonding (Ferketich & Mercer, 1995 ; Mercer & Ferketich, 1990 ; Palkovitz, 1992), fathers' sensitivity to infants (Graham, 1993), fathers' perceptions of family dynamics (Hakulinen, Laippala, & Paunonen, 1998 ; Mercer, Ferketich & Joseph, 1993), and fathers' attitudes

towards breastfeeding and their impact on mothers' feeding decisions (Bar-Yam & Darby, 1997 ; Freed, Fraley, & Schanler, 1992, 1993 ; Gamble & Morse, 1993; Giugliani, Caiaffa, Vogelhut, Witter, & Perman, 1994 ; Jordan & Wall, 1990 ; Littman, Medendorp, & Goldfarb, 1994). Research has allowed us to gain a better understanding of the father's involvement in childcare. Father's involvement is described at times as : « participation in household tasks » , and at other times as : « participation in child care activities » (Devault, 2000). Occasionally, both descriptions are used (Dubeau & Coutu, 2000). Despite the ambiguity of this concept, we understand that fathers would like to be more involved than they actually are (Barclay & Lupton, 1999). This is difficult since they lack role models (Barclay & Lupton, 1999 ; Daly, 1993 ; Jordan, 1990), as well as rules and guidelines on « how to father » (Barclay & Lupton, 1999). As a general rule they experience difficulties integrating fatherhood related activities into their daily life and work schedule (Barclay & Lupton, 1999). Devault (2000) has observed that, even when mothers are fully employed, care taking tasks are not being distributed equally. Fathers admit playing with and talking to their infant more than assuming actual infant care, such as changing diapers, bathing, dressing or comforting.

Nonetheless, numerous studies outline how the father's involvement in child rearing benefits fathers, mothers and infants (for example, Carpentier, 1992; Snarey, 1993). It has been found that men who are more involved in

caring for their children experience greater satisfaction within their marriage, (Cowan & Cowan, 1987) and less anxiety (Fein, 1976). Pedersen (1987) note that children whose fathers were involved in the first weeks of their life are able to better deal with stress in school. Father-infant interactions bring support to mothers by relieving them of the responsibility of assuming the entire workload related to childcare. Furthermore, the father's involvement in childcare activities brings a unique contribution to the child's development that cannot be neglected (Dickie, 1987). Overall, « sensitive parenting has a major impact on children's cognitive and socio-emotional development » (Broom, 1998, p. 87).

Fathers' style and degree of involvement in child rearing are determined by « their perception of their role and the degree to which they are encouraged or discouraged through interpersonal, intrapersonal or situational influences » (Cowan & Cowan, 1988 ; Holland, 1995, p. 8 ; Palm & Palkovitz, 1988). Consequently, the mother's role as a gatekeeper or a facilitator to infant-father interactions influences the father's behaviours. Mc Bride & Rane (1997) agree that the mother's perception of her partner's investments in parental, spousal and worker roles is the best predictor of total father involvement. Fathers will exhibit less involvement if their wives fail to support this involvement (Pedersen, 1987). The contextual factors that mediate or regulate father-child interactions are more or less known, although according to Barnett & Baruch (1988), high

involvement is unlikely to occur unless there is support and approval of this behaviour from significant others.

Various individuals are significant to fathers during their transition to parenthood. As such, all are likely to influence their beliefs, motivations and behaviours. Nurses are one source of influence, as they become significant members of the father's environment, interacting with them from the prenatal to the postnatal period. As researchers and educators, we wondered whether fathers were sensitive to the influence of nurses' conducts during this transition phase. We were particularly interested in the postpartum period. Barclay & Lupton (1999) reported that when fathers are not involved with their infant early on during the postpartum period, they take longer to become close to their infant. We were curious to discover if nurses play a determining role in fathers' postnatal involvement. We chose to investigate fathers' perceptions of the immediate postpartum period in the hospital and what was significant to them during that time. To our knowledge, this point of view had never been investigated. This text will focus on describing the nature of incidents of the immediate postpartum period that are perceived by fathers as being significant. The period referred to is the mother's stay on the maternity ward.

Objective

This chapter presents a qualitative study using the critical incident technique to reveal thirteen fathers' perceptions of significant moments of the immediate postpartum period (first 48-96 hours) in hospital. These results are part of an investigation of both parents' experiences, which was described in chapter two.

The activity under study consists of « significant moments of the immediate postpartum period that are likely to influence parental adaptation of first-time fathers with a newborn infant ». As proposed by Woolsey (1986), the study's goal is worded in familiar language, since it is used as directives for fathers :

« Identify moments experienced by fathers during the hospital stay (after the infant's birth) that are significant for them, either in a positive or negative fashion ».

Method

The Critical Incident Technique

Because it allows the « lived experience ¹¹» (Wilson & Hutchinson, 1991) of fathers to unfold, the critical incident technique seemed particularly appropriate to fulfil our study's purpose. The critical incident technique stimulates participants to reflect analytically on a past experience (Rosenal, 1995). Critical incidents are « brief but vivid descriptions of an event » (Brookfield, 1990), therefore, interpretations of the fathers' discourse should reveal the complexity of fathers' experiences in the immediate postpartum period. An awareness of fathers' perceptions of this particular time, the postpartum period, is necessary in order to adapt nursing interventions to the needs of fathers and more adequately support them during this transition.

Variables

The variables investigated are related to first-time fathers' perceptions of significant moments of the immediate postpartum period and how these perceptions are likely to influence the fathers' adaptation. *Social perceptions* are defined as « the fathers' representations of others and of their social

¹¹ Some authors, such as Reed (1994) assert that "the critical incident technique is an approach used as a means of generating data in phenomenological research» (p.336)

environment, and the judgements that they make » (Bloch et al., 1996). *Significant moments* of the immediate postpartum period are defined as « observable human activities, that can affect a person's adaptation or non-adaptation » (McDonald, 1989). *Adaptation* is defined on the basis of Roy's model, as being « the process of responding positively to a changing environment » (Helson, 1964 ; Roy, 1984). « The period that follows the infant's birth until the hospital discharge from the mother-infant unit » is hereby defined as the *immediate postpartum period*.

Sample

A convenience sample of volunteer fathers was drawn from a predominantly French-speaking urban area in Western Quebec (estimated population of 250,000). Study participation was offered (by a nurse clinician), within forty-eight hours after the birth of their first child, to all fathers who met inclusion criteria:

- Both mother and father are first-time parents,
- Father and mother live together as a married couple or, in common-law union,
- Parents are over 19 years of age,
- Parents' mother tongue is French; if not, they are able to speak, understand and read French,
- The infant is born after 36 weeks gestation, weighs more than 5 pounds, and does not present significant health deficits requiring him/her to stay in the intermediate level nursery for more than 24 hours,
- Mother does not present any health deficits related to the birthing process.

Sequential sampling was also used ; each father being invited to participate until new information was no longer gathered. Because data saturation should be the determinant factor in deciding sample size (Norman et al. 1992), fifteen fathers were approached. Thirteen (13) fathers participated, with a mean age of 30.5 years (SD = 5) (see table 3,1¹²). The sample was 92 % Caucasian. Fathers were living with their partner and had been doing so for an average of three years (+/-2.5 years). Three fathers (23,1%) were married, and the remaining ten fathers (76,9%) lived in a common law union¹³.

Appointments were made with the fathers, by telephone, on the third day after the mother and infant were discharged from the hospital. Fathers were interviewed in their own homes by a female researcher. Each man was interviewed for thirty to fifty minutes, within the first twelve days after the infant's birth. Interviews, aiming to identify the significant moments of the immediate postpartum period (48-96 hours), were audio-recorded. Using the critical incident technique to gather data, men were asked to think back to the period when their partner was in the hospital, after the infant's birth. They were asked to describe moments that had been difficult and moments that had been easy for them during those first few days following the birth of their infant. In order to

¹² Tables and figures appear at the end of this chapter (pp. 82-86).

¹³ Common law union means that both partners are living together without being civilly or religiously married. The Quebec province accounts for 43 % of Canada's common law marriage (Statistics Canada, 1996).

gather more information about the incidents, fathers were then asked with whom they had shared these moments. Finally the interviewer inquired about the effects, if any, these incidents had had on them at the time, and the effects on them now.

Data Analysis

With the critical incident technique, qualitative data analysis consists of critical incidents' identification, classification and categorisation. Woolsey (1986) recommends three steps in this analysis : a) defining a frame of reference, b) developing categories, and c) establishing their degree of specificity. These steps are described individually, integrating our own analysis process to illustrate them.

Defining a Frame of Reference

Although the critical incident technique allows for the use of a specific pre-defined theoretical model to categorize data, a more flexible frame of reference was chosen and defined as : « fathers' perceptions of significant moments of the immediate postpartum period that are likely to influence their adaptation » .

Developing Categories

The primary investigator first transcribed recorded data by hand. To ensure accuracy, audiotapes were listened to twice while transcriptions were read. Critical incidents were then extracted from the transcriptions, and noted on index cards. Thematic content analysis was carried out, keeping in mind the objective of providing a detailed, complete and valid description of significant moments of the postpartum period for first-time fathers. During this initial categorization, incidents were grouped together, based on the similarities that could be drawn between them. Authors describe this phase as the « de-construction » of the information given by fathers, into small units, each independently meaningful (Bardin, 1991 ; Dubouloz, 1996), in this case: « incidents ».

Establishing their Degree of Specificity

A second categorization was intended at finding differences between incidents. As incidents were examined, it was questioned whether they belonged in a given category or not. Five domains¹⁴ were thus identified (Self and other as individual, self and other as a parent, self and other as a couple, self and

¹⁴ Domains are distinct from categories in that they seem inherent to an individual's life experience, on the other hand, categories are related more specifically to the postpartum experience, which is why we chose to describe these more fully.

other interacting with the environment, self and other interacting with nurses), each heading one category and a total of twelve sub-categories (refer to table 3,2). Incident categorization can be a controversial part of the critical incident technique (Stromberg & Fridlund, 1999). Since data can be categorised in more than one way, depending on the coder's frame of reference, re-coding was used to control subjectivity. Three interviews were selected at random and an independent judge coded the incidents and categories. Three experts then judged (with a ninety five percent agreement rate) the categories, sub-categories and the classification of the incidents into each category. This resulted in a re-grouping of the initial 85 identified incidents into 47 distinct incidents experienced by fathers (refer to table 3,2). A final step in this analysis was to attribute a positive or negative value to the incidents, based on the father's report of the incident as having been positive or negative for him.

Results

Thirteen fathers identified 289 incidents, with a range of seven to forty-six incidents each, and which accounted for 47% of the 610 incidents reported by both parents ; 39% of these incidents were positive (N=107), while 60,9% (N=176) were negative ; meaning that fathers stated that these incidents had a positive or negative impact on them.

Descriptions of : Domains, Categories, Sub-Categories and Incidents

Results of this critical incident analysis include a description of each domain, category and sub-category, illustrated by fathers' words.

Self and Other as Individual: Coming to Terms with the Physical and Emotional Changes During the Postpartum Period

Five incidents related to fathers' adaptation to the intense changes inherent to the postpartum period were reported in this category, which was filled with negative experiences for fathers. Being exhausted is the most significant event of the postpartum period, as reported by 69% of fathers.

« The first night after the birth, it was time I lie down, I was so tired. I wasn't worried, just exhausted » , said Peter¹⁵, while Brian shared « Taking care of my wife, and then the baby, I became so tired » .

Self and Other as a Parent: Coping with Parental Demands

This category is divided into three sub-categories : knowing, taking care and feeding their infant, which are all related to parents' adaptation to their new role. Although fathers report a number of negative incidents in this category, it contains the largest proportion of positive incidents (53%). Knowing their infant and taking care of their infant are mostly positive experiences for fathers. Brian

¹⁵ Names are fictitious, to preserve the confidentiality of data, while allowing easier readability.

and Phil shared how holding and comforting their infant, giving the infant bath and changing diapers, feeding their infant, rooming in with their infant were significant incidents for them:

« I will always remember those first few days, that first diaper, that first bottle, that first bath, the first time I held her after the birth, those are all events that stood out positively for me....For the first bath, nurses explained to me how to do, but when I gave it to her, I was alone. I was hot all over. She was moving so much. But everything went fine...every time I gave her a bath, it became easier. I feel closer to my baby, because of these experiences. The first time, I was afraid to break her. Now, whether she cries or not, I feel confident to hold her. It took my stress away, to practice in hospital » (Brian).

« Family life started in hospital, this is where ties tightened. Rooming in was very important to me. We had him with us for three days and three nights. We woke up with him in the room. When there was a problem, (baby crying) nurses were always there to explain and help us find solutions » (Phil).

Feeding their infant contains both the greater number of incidents of the "coping with parental demands" category, and the greater number of negative incidents. 28.9% of these incidents are related to emotions felt towards breastfeeding. As Kevin reported :

« Breastfeeding was what I found most difficult. I didn't know how to help, I felt useless » . « At times, my wife had difficulty breastfeeding, it made me so anxious. I just wanted the baby to drink well » added Nicholas.

Self and Other as a Couple: Maintaining Conjugal Functioning

Maintaining conjugal functioning divides into three sub-categories : responding emotionally, problem solving and communicating and emotion sharing (refer to table 3,2). One incident that stands out in the first sub category

is related to fathers' experiencing a loss of intimacy with their spouse as Max confided:

« During the hospital stay, we would take time to be together just the two of us, but the feeling of closeness was different, as if I could only see my baby's mother in her and not my spouse. It was more difficult between us, more tense, the whole situation was more tense than easy ».

Half the incidents mentioned under "communicating and emotion sharing" are about sharing needs, preoccupations and worries with spouse, and consists of positive events for fathers. As stated by Jake:

« I talked with Roxanne, I was learning with her, so I asked her my questions (about infant care) ».

Self and Other Interacting with the Environment: Coming to Terms with Environmental Demands

This category also branches into three sub-categories : knowing hospital routines, coping with hospital routines and coming to terms with loss of control over time. Several interesting data emerge from the analysis of this category's incidents, which are highly negative for fathers. To be informed of hospital routines represents half the incidents described by fathers, all of which are negative. Kevin testified in this sense :

« I was filling out forms on breastfeeding, nobody had explained them, yet I made some sense of them. Despite that, they kept changing the time she should breastfeed, and nobody explained why ».

Steven confirmed : « Father's rooming-in is allowed, but it doesn't seem supported. I was never informed if I could shower. I didn't dare ask. I had to go home to shower »."

Fathers named five incidents (incidents #33, #34, #35, #36 and #39, table 3,2) in this category, which seemed specific to their experience, since mothers did not mention them. Establishing an adequate time for visits posed a problem for fathers, such as Max:

« I wanted to see my friends, I wanted them to see the baby and my spouse. But it was difficult to determine a good time for a visit. During a feeding, it's not a good time. After a feeding is not a good time also, because we need a rest. And then nurses had work to do. It never seemed to be a good time (Max)».

Being unable to find a respite is another recurrent theme in fathers' experience.

« It was one feeding after another, I was under the impression of having no respite. I knew it would be like that, but I still found it difficult » (Steven).

Self and Other Interacting with Nurses: Exchanging Information with Nurses

Interestingly, although the critical incident interview did not encourage stories of interactions with a specific category of personnel, only nurses are mentioned as having been part of significant incidents with fathers during the postpartum period. Unfortunately, fathers' experiences with nurses tend to be more negative (63%) than positive (36.9%). Giving and receiving information in regards to mothers' and infant's health, breastfeeding, infant care and hospital discharge was generally difficult for these fathers, as can be sensed in Kevin's words :

« The father wants to know what is happening. At one point, it took me two days to obtain results from a blood test done on the baby. Another time, they brought our infant to the intermediate care unit without any explanation. If something is

wrong, they should tell us without our having to push for the information. How do we feel as fathers, when they tell us : « We have to keep the infant » , without giving reasons? The father needs to know ».

Receiving contradictory information from nurses was expressed in this way:

« Information given by nurses is often different from one nurse to the next, sometimes even contradictory » , reported Danny.

« One would tell us to wash the infant like this, we would do so, then another one would say no, not like this. We didn't know which one to listen to » , added Tim.

Although fathers' perceptions of the way nurses meet mothers' needs is generally positive (87,5%), they are more negative (80%) on how nurses respond to their own needs as fathers.

« It was important to me that all the involvement I had had during pregnancy, childbirth and now, after, be recognized by someone else than my spouse. I wanted others to be able to recognize my involvement, by simply talking to me, by including me in conversations. I wasn't excluded by nurses, they didn't ask me to leave the room, but it was a non verbal exclusion, by the way their body was...they never asked me how I felt as a dad » (Peter).

Typology of Fathers' Experience

After gaining awareness of fathers' experiences of the postpartum period, we wondered if there was a pattern to these experiences. Further data analysis was done to verify if fathers' experiences varied according to their involvement in the postpartum period. The purpose of this analysis was to identify what incidents fathers were sensitive to, related to their postpartum involvement. *Postpartum involvement* was defined on the basis of two criteria : a) *fathers'*

perceptions of themselves as being present in the postpartum period (« I was absent», « I was fairly present», « I was very involved»), and b) fathers' report of the frequency and the duration of their visits on the postpartum unit, as recorded by an instrument conceived by de Montigny (1999). These answers were converted into a score of the number of hours spent on the unit. The analysis of the data on the basis of these two criteria allowed three groups of fathers to emerge: less involved fathers, moderately involved fathers and highly involved fathers. Characteristics of each group are described in table 3.3.

Less Involved Fathers

These fathers (N=4) spent an average of 7.8 hours on the unit during the postpartum period, with duration of visits varying from less than one hour to less than eight hours a day. These fathers spontaneously described themselves as having been absent during postpartum period, explaining that they had no paternity leave, had to finish the infant's room or had been sick. The average number of incidents reported by this group of fathers is 12.8. These fathers highlighted numerous incidents related to getting to know their infant and close to none related to their spouse.

Moderately Involved Fathers

Moderately involved fathers (N=4) spent an average of 19 hours on the unit, with duration of visits varying from four to twenty hours each. The average number of incidents reported by these fathers is nineteen. Moderately involved fathers are older and more educated than less involved and highly involved fathers (table 3.3), seventy-five percent of them holding a university degree. They also reported a greater percentage of negative incidents (63.3%) than the fathers in the other categories (respectively 55% for less involved fathers and 58.5% for highly involved fathers). Feeding their infant was the highpoint of their postpartum experience.

Highly Involved Fathers

Highly involved fathers (N=5) reported an average of 32 incidents and were more likely to be rooming-in, averaging 88 hours on the unit during the postpartum stay. These fathers' wives stayed longer in hospital compared to less involved fathers and moderately involved fathers (see table 3.3), and were more likely to have had a caesarean section. Highly involved fathers were more likely to report positive interactions with their infant and their wife than moderately involved fathers and less involved fathers. What characterized these

fathers is that they were concerned about both knowing and feeding their infant, and about their interactions with their environment.

Limits

There are two limiting elements in this study. First, the retrospective interview method depends on individuals' memory and their ability to remember specific events relating to the desired theme (Care, 1996 ; Cox, 1993). In order to minimise this effect, we proceeded to collect data as soon as possible, following hospital discharge (X=7,8 days after birth). Another limit pertains to all fathers being recruited from the same hospital, thus exposed to the same kind of environment.

Discussion

When this study was begun, it was wondered how fathers perceived the immediate postpartum period and the nursing interventions in hospital. Because their viewpoint is different from the mothers', it was assumed that fathers' experience of the immediate postpartum period would also be different. The analysis allowed the research team to develop an understanding of the paternal experience of the postpartum period; its similarities and differences with mothers' experience; and most importantly, its uniqueness.

The first element that stands out is that fathers experience and report a variety of incidents that are critical to them during this transition phase. Some groups of fathers seem to be particularly touched by this period of life. For example, fathers with a short marital history are more eloquent, reporting numerous events. We can hypothesize that these fathers are more affected because they have fewer shared experiences with their partner in their short life together as a couple, making the postpartum period a more special time.

Fathers who spend more time on the maternity ward during the postpartum period report more incidents that are significant for them, which could be expected. Interestingly, we note that fathers whose wives stay longer in hospital tend to room-in more. Also to be noted is that when mothers have a caesarean birth, fathers are more likely to room-in, thus be more involved in infant care. This is congruent with fathers' socialization, leading them to mobilize their resources in front of a problem. Our findings are supported by Fox (1989), who states that a caesarean birth might provide more opportunities for fathers to care for their child, thus reinforcing their feeling of competence in caring for their infant. Yet we can't help but question what accommodations the hospital environment can provide to fathers so as to favour their involvement in the case of vaginal births, where relatively few problems are encountered?

There is still, according to Holland (1995), a belief that men are reluctant fathers. Fathers in this research hold a different opinion, expressing their motivation to be involved, and their desire to see this involvement recognized by health professionals, especially nurses. Fathers often feel that society does not recognize their role, which is frequently being relegated as a support or a breadwinner (Jordan, 1990). As shared by a dad in Jordan's study " the pervasive message is that the father's role is to support... the new mother » (Jordan, 1990, p. 14). The fathers in our study deplored not being addressed to by nurses. They stated that although hospital policies support fathers' involvement, in actual fact, access to information and comfort measures is difficult. One can conclude that because learning infant care skills is a crucial factor in becoming closer to their child, fathers need conditions that promote paternal involvement on the postpartum unit.

What emerges from this study's results is that, whatever the degree of paternal involvement, as defined in this study, fathers' interactions with their infant and with nurses are cited by all groups as significant moments of the postpartum period. In this sense, the typology of fathers' experience provides useful information to nurses, orienting them to fathers' preoccupations, whether they room-in or spend relatively little time on the unit. However, although "knowing their infant » and "taking care of their infant » were regularly mentioned as positive paternal experiences, no fathers in this study mentioned identifying

infant cues as a significant event. We can wonder if perhaps they were unable to do so, which would indicate learning needs. Feeding their infant, especially the breastfeeding experience, are stressful events for fathers in this study. In previous studies, fathers often reported feeling excluded from the mother-child unit (Barclay & Lupton, 1999; Jordan, 1990). As Jim remarked : " It is hard to become totally involved when you can't feed him, and this, apart from sleeping, is what he is predominantly doing » (Barclay & Lupton, 1999, p. 1017). This was also reported by some fathers in this study ; Dennis, owning up to not feeling very important for his daughter yet expressed some hope when he stated " It will come» .

One last result needs to be commented on. Indeed, five out of thirteen fathers (39%, table 3,3) reported no significant event relating to their spouse in the postpartum period. Since it is a well known fact that a spouse is a father's main source of support (Dulac, 1997), we are concerned about this information, as it seems to illustrate that some couples become isolated from each other during this period.

Implications for Practice, Education and Research

Implications for Practice

Pregnancy and childbirth are periods where individuals can grow as they attempt to reorganize their life. For the couple, this period is a "critical developmental touch point" (Belsky, 1994 ; Cowan, 1991 ; Pruett, 1998) where nurses can and should grasp every opportunity to support fathers and mothers in their transition phase. Gottman (1991) holds the opinion that when individuals reorganize their life, they are more open to interventions. Interventions should be intended for both partners (Tomlinson, 1996) since favouring only one, traditionally the mother, tends to increase her developing expertise, which subsequently tends to increase parental conflict (Lamb, 2001). Several authors have recommended the adoption of couple centred interventions (Cowan & Cowan, 2000; deMontigny, 1988, 1991; deMontigny & Dumas, 1993; Pedersen, 1987). Considering that few incidents relating to significant interactions with the spouse were mentioned, we suggest that nurses act as catalysts to foster interactions between both partners. From the prenatal to the postnatal period, nurses can encourage the couple in terms of : mutual reinforcement of insight and skills ; mutual support, which entails exploring how each partner wants to be supported and by whom ; mutual expressions of emotions, beliefs, worries, questions ; mutual tasks distribution and problem solving skills.

Interventions that influence sensitivity to infant cues and ability to respond to infant needs are required. This can take the form of interventions aiming to increase parent-child interactions, as described by Bryan (2000). Nurses can also support the interpretation of infant cues and encourage the parent to adopt an attitude of discovery towards the infant (Rustia & Abbottt, 1990).

Individual father-centred interventions need not be excluded. They can include an acknowledgement of fathers' experience, the offer of various forms of support and a reinforcement of fathers' beliefs in their strengths and capacities. Considering that fathers' support is an important dimension in the persistence with breastfeeding (Dumas & Lepage, 1999), nurses need to anticipate fathers' worries and offer congruent information regularly. It has been known for quite some time that fathers' participation in childcare is greatly augmented by information (Dulac, 1998 ; Geifer & Nelson, 1981).

Implications for Education

A recent study conducted by Menard (1999) with a Quebec nursing population reveals that nurses do not perceive the benefits for fathers to be involved with their child. For these professionals, the father's involvement enhances first and foremost the well being of the mother and the child, offering support for the former and attachment ties for the latter. Perinatal nursing

competencies drawn from AWHOON' s Family Centered Standards for Perinatal Nursing (1999) specifically state that : « Perinatal nurses should seek out opportunities to promote confidence in the woman and her family by assessing and reinforcing their abilities to care for their newborn while recognizing their particular vulnerability during the early postpartum period ». This, however, doesn't seem to translate into actual nursing care. It appears that the importance of fathers' involvement for themselves has yet to be grasped by health professionals. The latest research findings on fathers' involvement, impeding and contributing factors, and implications for nursing interventions are usually integrated in perinatal nursing curricula and in in-service continuing education programs. We suggest that the critical incidents reported by fathers in this study be added to this content to underline the significance of the postpartum period for first-time fathers.

Implications for Research

Fathers are “ active, purposeful parts of an integrated complex and dynamic person-environment system ” (Magnusson & Stattin, 1998) for whom interactions with significant others as well as the context in which these interactions take place are likely to be salient issues in the developmental outcomes observed (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Fathers in this study testified how significant were the interactions with nurses, with their partner, and

with the environment in their adaptation to the immediate postpartum period. This seems to call for further investigation of the impact of these interactions and this context on fathers' development of " self as a father " . One crucial dimension of this developmental phase is the construction of self-efficacy beliefs in regards to the parenting role (Zahr, 1991). In this line of thought, it seems called for to include fathers in the exploration of the *impact of the postpartum context and interactions with significant others (nurses and partners) on both parents' perceptions of parental efficacy*. It is important to investigate these themes since, if helping practices and postpartum context end up being predictors of perceived parental efficacy, this will guide future political and professional practices.

Conclusion

The culture of fatherhood has been known to change more rapidly than conducts (La Rossa, 1988). This study raises questions on how the modern hospital environment has been able to develop father-friendly conducts and attitudes. These fathers' testimonies emphasize the fact that there seems to co exist more than one form of fathering, characterized by a diversity of behaviours and styles of involvement. For all fathers involved, interactions with their babies and with nurses are significant aspects of their postpartum experience. Nurses are in a crucial position to support fathers in a way that fathers feel good about

themselves, their abilities, and their infant. This enhances their motivation to interact with and care for their infant (Bandura, 1996 ; Bryan, 2000). Interventions that increase mutual conjugal support offer an economical way of enhancing family health (Bryan, 2000), since professional help cannot replace the day-to-day support that mothers and fathers provide for each other.

Table 3.1
Fathers' Socio-Demographic Profile

	Schooling level			Employment status			Family Income		
	Grade 12 and less	College	University	Full time	Part time	Less than 19,000	20,000 to 39,000	40,000 to 59,000	over 60,000
Father	6	1	6	11	2	3	6	1	3
(13)	(46%)	(8%)	(46%)	(84,6%)	(15,4%)	(31%)	(46%)	(8%)	(23%)

Table 3.2

Postpartum Incidents Identified by First-Time Fathers

<i>Incidents related to coming to terms with postpartum changes</i>	
1. Seeing his spouse experience postpartum pain	4. Witnessing spouse's postpartum blues
2. Being exhausted	5. Experiencing worries about spouse's health
3. Witnessing his spouse experience a complication related to birthing	
<i>Incidents related to coping with parental demands</i>	
<i>Knowing their infant</i>	<i>Feeding their infant</i>
6. Holding the infant	16. Feeding the infant with a bottle or a glass
7. Rooming-in with the infant	17. Feeding the infant by breast
8. Consoling the infant	18. Postponing breastfeeding
9. Identifying the infant's reactions	19. Adapting to breastfeeding in neonatology
10. Feeling in-love with the infant	20. Positioning the infant at the breast
11. Experiencing an unusual event with the infant	21. Coping with breastfeeding difficulties related to the infant
12. Being worried about the infant's health	22. Coping with breastfeeding difficulties related to mother
<i>Taking care of the infant</i>	23. Feeling emotions towards breastfeeding
13. Giving the infant a bath	24. Recognizing signs of the infant's satisfaction
14. Changing diapers	25. Using breastfeeding aids
15. Cleaning the umbilicus	26. Deciding to cease breastfeeding

<i>Incidents related to maintaining conjugal functioning</i>	
<i>Communicating and sharing emotions.</i>	<i>Responding emotionally</i>
27. Sharing needs, preoccupations, and worries with spouse.	28. Being supported by spouse
<i>Solving problems</i>	29. Experiencing a loss of intimacy with spouse
31. Taking decisions as a couple and as parents	30. Giving feedback to spouse
<i>Incidents related to coming to terms with environmental demands</i>	
<i>Knowing hospital routines</i>	<i>Coping with hospital routines</i>
32. Being informed of hospital routines.	33. Having specific hours for services
<i>Coming to terms with loss of control over time.</i>	34. Being cared for by different nurses daily
38. Being under the impression of waiting	35. Establishing an adequate time for visits
39. Being under the impression of having no respite	36. Coming to terms with nursery routines
	37. Coming to terms with neonatal unit routines

Incidents related to exchanging information with nurses

Obtaining a response from nurses

40. Obtaining a response from nurses in regards to father's emotional and physical needs

41. Obtaining a response from nurses in regards to mother's emotional and physical needs

Being praised by nurses

46. Being complemented by nurses

47. Being humiliated by nurses

Giving/receiving information from nurses

42. Sharing needs, preoccupations, and worries with nurses

43. Obtaining appropriate information from nurses promptly

44. Learning that hospital discharge is postponed

45. Receiving contradictory information from nurses

Table 3.3

Fathers' Experience of the Postpartum Period According to Involvement

Group	Characteristics	Categories Reported	Experience Profile
Less involved fathers (N=4)	Age: X= 27 yrs old Length of stay: X=2,3 (varied from 2 to 3 days) Hours on unit: X=7.8hrs Number of incidents: 12,8	50% reported no incidents regarding physical and emotional postpartum changes 75% reported no incidents with their spouse.	78 % of incidents relate to interactions with the infant and nurses. 47% of incidents relate to the infant. Knowing the infant accounts for 42% of the incidents in this category.
Moderately involved fathers (N=4)	Age: X= 33.3 yrs old Length of stay: X=2,5 days (varied from 2 to 4 days) Hours on unit: X=19hrs Number of incidents: X=19	25% reported no incidents regarding physical and emotional postpartum changes, relationship with their spouse and with the environment	77% of incidents relate to interactions with nurses (39%) and the infant (38%). Feeding the infant accounts for 40% of the incidents in this category. Incidents reported increase to 87% when interactions with their spouse are taken into account.
Highly involved fathers (N=5)	Age: X= 31 yrs old Length of stay: X=3,6 (varied from 3 to 4 days) Hours on unit: X=88hrs Number of incidents: X=32 Caesarean: 60%	20% reported no incidents with their spouse.	65% of incidents relate to interactions with nurses and the infant. Knowing the infant accounts for 43 % of the incidents in this category, while feeding the infant accounts for 45%. Numbers increase to 82% when interactions with the environment are included.

CHAPITRE 4

DEVENIR PARENT : L'AIDE PROFESSIONNELLE LORS DU SÉJOUR POSTNATAL EN CENTRE HOSPITALIER FAIT-ELLE UNE DIFFÉRENCE¹⁶?

¹⁶ Ce texte sera soumis pour publication, après traduction, à la revue Journal of Infant and Reproductive Psychology

La transition au rôle de parent, période charnière dans l'évolution de la famille, est une opportunité de croissance pour les conjoints qui font face à de nombreux défis, tant personnel, conjugal que parental. Chacun de ces défis est en soi significatif et important dans le développement et le maintien de l'équilibre nécessaire à la survie et à la croissance de la famille. Se percevoir efficace comme parent en période postnatale semble être un défi pivot pour préserver l'équilibre familial. Des auteurs partagent cet avis, certains soutenant que les perceptions d'efficacité parentale sont essentielles à l'adaptation au rôle de parent (Zahr, 1991) alors que d'autres les considèrent comme une force motrice à une saine relation parent-enfant (Williams et al., 1987). Ce chapitre propose d'examiner quels sont les facteurs qui déterminent les perceptions d'efficacité des deux parents lors de la naissance d'un premier enfant en période postnatale immédiate, en considérant les variables suivantes : les pratiques d'aide et de collaboration des infirmières, les perceptions de contrôle, les événements de la période postnatale, l'alliance parentale, la qualité du soutien social, l'anxiété, les perceptions du tempérament du bébé, le style relationnel du parent, l'expérience antérieure, l'état de santé en période postnatale, le revenu et le niveau d'éducation.

Perceptions d'efficacité parentale

Par la théorie sociale cognitive, Bandura (1997) identifie quatre sources d'informations dans la construction des croyances d'efficacité personnelle d'un individu. *L'histoire de réussites et d'échecs* de l'individu ou *l'expérience antérieure* est la source la plus significative d'information pour l'individu de ses capacités et de ses limites. Alors que les écrits ne révèlent pas comment l'expérience antérieure influe sur les perceptions d'efficacité des pères, l'expérience antérieure acquise auprès d'enfants de moins d'un an (Savard, 1997 ; Zahr, 1993) ainsi que l'expérience acquise en centre hospitalier en période postnatale immédiate, par la mise en pratique de ses habiletés et par la cohabitation, (Rutledge & Pridham, 1987) sont des facteurs déterminant les perceptions d'efficacité des mères. Les perceptions d'efficacité personnelle sont aussi influencées par *l'observation d'un modèle ou l'expérience vicariante*, qui offre un point de référence à l'individu pour juger de ses propres capacités à maîtriser une situation donnée (Bandura, 1997). Des chercheurs ont noté que la participation à des rencontres prénatales durant la grossesse (Savard, 1997) ainsi qu'à des sessions d'information sur les soins du bébé en période postnatale (Rutledge & Pridham, 1987) contribuaient aux perceptions d'efficacité des mères. On ne dispose pas d'information de l'influence de l'expérience vicariante sur les pères.

Des fluctuations dans *l'état physiologique et psychologique* de l'individu peuvent être interprétées par celui-ci comme des indices de vulnérabilité et même d'inefficacité (Bandura, 1997). C'est ainsi que les mères se percevant en bonne santé évaluent positivement leur expérience de parentage (Rutledge & Pridham, 1987), alors qu'un niveau de stress élevé chez la mère (Reece & Harkless, 1998) et un niveau de préoccupations élevé chez les pères et les mères sont associés à une baisse des perceptions d'efficacité parentale (Bolté, 1994). Par la *persuasion verbale*, on peut renforcer les croyances des individus à l'effet qu'ils possèdent les habiletés pour réussir ce qu'ils désirent. Bandura (1997) affirme qu'il est plus facile pour un individu de maintenir un sentiment d'efficacité personnelle lorsque ces personnes significatives croient en ses capacités et le lui disent. C'est ainsi que nombre de recherches ont pu établir que, pour les mères, tant la qualité de la relation avec le conjoint (Reece & Harkless, 1998 ; Teti & Gelfand, 1991) que la qualité et la disponibilité du réseau social (Mercer, 1990) ainsi que leur satisfaction à l'égard de l'aide reçue (Bellemarre, 1993) influençaient leur sentiment de compétence. Quant aux pères, il semblerait que ceux qui se disent satisfaits du soutien de leur conjointe se sentent plus compétents (Bolté, 1994).

On constate que l'on possède peu d'information sur les facteurs déterminant les perceptions d'efficacité des pères ou sur ceux qui sont communs aux deux parents, les recherches sur le sujet ayant principalement

porté sur les mères. Pourtant, les deux parents sont engagés, en période postnatale, dans la construction de « leurs croyances sur leurs capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements pour rencontrer les exigences reliées au parentage » (Bandura, 1991, 1996). Par ce processus cognitif, le parent évalue ses capacités à faire face à des situations diverses reliées à être un parent et à accomplir les tâches requises (Bandura, 1977b, 1982, 1986). Les perceptions d'efficacité parentale varient selon que le parent perçoit qu'il obtiendra des résultats à s'engager dans certains comportements (outcomes expectations) et selon qu'il perçoit avoir les capacités pour exécuter les comportements nécessaires pour obtenir ces résultats (self efficacy expectations). Les perceptions d'efficacité parentale ne sont donc pas un trait global de la personnalité ou une caractéristique personnelle (Bandura, 1977b, 1982, 1986, 1991) mais varient plutôt selon la tâche requise et le contexte auquel l'individu est confronté.

Perceptions d'efficacité parentale, pratiques d'aide
et événements de la période postnatale

Le cadre de référence de cette étude s'inspire de la perspective bio-écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Ce modèle permet d'examiner le développement humain dans un contexte où les interactions réciproques entre l'individu et les personnes, objets et symboles de son environnement, sont considérées comme le moteur de ce développement (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Evans, 2000). Ces interactions doivent comporter une composante émotive intense pour tenir le rôle de processus proximaux influant sur le développement. À ce titre, plusieurs sources d'interactions sont susceptibles selon nous d'être suffisamment signifiantes pour l'individu afin de contribuer au développement de ses perceptions d'efficacité parentale. Des études antérieures ont d'ailleurs établi l'apport de la relation conjugale et celui des relations avec le réseau social (Reece, 1993) dans cette issue du développement. Nous notons toutefois qu'aucune étude n'a exploré l'apport des relations avec les intervenants et les services professionnels en période postnatale immédiate (pratiques d'aide des intervenants et événements critiques en rapport avec ceux-ci) dans la construction des perceptions d'efficacité parentale.

Pourtant, les parents sont, de la période prénatale à la période postnatale, en contact étroit avec divers groupes d'intervenants, qui sont susceptibles d'avoir une influence sur eux. La contribution des infirmières aux perceptions d'efficacité parentale nous intéresse particulièrement car ces professionnelles de la santé ont de nombreuses occasions d'interagir avec les parents. Leur rôle professionnel les prédispose à s'engager dans une relation aidante avec leur client (AWHONN, 1999 ; O.I.I.Q., 1996). La profession infirmière vise, par l'aide apportée, à « faciliter le progrès d'un individu vers les buts de cet individu » (Brickman et al., 1983). L'infirmière se doit de « créer des opportunités (*expériences d'habilitation*) où des compétences peuvent être acquises ou démontrées dans la résolution de problèmes, la satisfaction de besoins ou l'atteinte d'aspirations personnelles » (Dunst & Trivette, 1994, p. 162). Il nous semble donc opportun de nous demander si l'aide apportée aux parents en période postnatale (perceptions d'aide, de collaboration et de contrôle) contribue à la construction des perceptions d'efficacité des parents. De même, nous nous demandons si les événements critiques de l'expérience du séjour en centre hospitalier (relations avec soi, avec le conjoint, avec l'enfant, avec le personnel et l'environnement), influent, à titre de processus proximaux, sur les perceptions d'efficacité parentale.

Selon Bronfenbrenner (1996), outre les relations avec les personnes (processus proximaux), des facteurs propres aux individus et à

l'environnement¹⁷ sont susceptibles d'influer sur l'issue de développement. En ce sens, cette étude d'un modèle de l'expérience postnatale des parents se doit de tenir compte des caractéristiques liées aux personnes telles l'anxiété parentale et l'état de santé des parents ainsi que celles liées au contexte, que ce soit le contexte social, tel le soutien social et l'expérience antérieure ; le contexte économique, tel le revenu familial et le niveau d'éducation ; et le contexte interpersonnel, tel le style relationnel du parent, l'alliance parentale et la perception du tempérament du bébé. Bronfenbrenner (1996) inclut aussi dans son modèle la dimension du temps, comme facteur susceptible d'influer sur l'issue de développement. Ce facteur est considéré dans cette étude en terme de période de développement spécifique, et non dans une perspective longitudinale et prospective, un devis longitudinal ne répondant pas à l'objectif visé qui est d'

« examiner la nature des relations entre les perceptions d'efficacité des pères et des mères d'un premier enfant et leurs perceptions des pratiques d'aide des infirmières et des événements critiques de la période postnatale, après avoir tenu compte de la qualité de l'alliance conjugale, de la qualité du soutien social, de l'expérience et de l'anxiété parentale, des perceptions parentales du tempérament du bébé, du revenu, de l'éducation et du style relationnel du parent. »

¹⁷ Une analyse à composantes principales (SPSS) avec rotation Varimax a permis de définir les construits reliées aux variables indépendantes à l'étude. Ainsi, cinq facteurs sont identifiés (tableau 4.1), expliquant 60,22% de la variance, et appuyant que le modèle de Bronfenbrenner serve de cadre à cette étude.

Nous formulons l'hypothèse que tant les pratiques d'aide des infirmières que les événements critiques de la période postnatale immédiate prédiront les perceptions d'efficacité parentale des parents d'un premier enfant, tel qu'illustré dans le modèle A (figure 4.1¹⁸). Nous croyons de plus que la qualité des pratiques d'aides prédira positivement la qualité des événements de la période postnatale. Les autres variables permettront de contrôler l'ensemble des facteurs normalement examinés durant cette période de transition. Nous prévoyons que certaines variables contribueront à des degrés divers aux perceptions d'efficacité parentale, l'alliance parentale ayant fort probablement le plus de poids. Les pères et les mères de l'échantillon seront examinés en deux groupes distincts, et ce, dans l'objectif d'identifier ce qui est commun à l'expérience des deux parents.

Méthodologie

Participants et déroulement

Les sujets de l'étude proviennent de la région urbaine immédiate et environnante de l'Outaouais Québécois. La sélection des parents participants s'est déroulée de mars à août 2000. Tous les nouveaux parents admissibles à l'étude ont été systématiquement approchés par l'assistante de recherche avant

¹⁸ Les tableaux et figures apparaissent à la fin de ce chapitre (pp.120-128).

leur congé du centre hospitalier, afin de participer à une étude dont l'objectif était de « connaître les événements qui furent le plus importants pour eux lors de leur séjour à l'hôpital après la naissance de l'enfant et l'aide qui fût apportée par les infirmières ». Ils ont ensuite été rencontrés à leur domicile, à un temps qui leur convenait, en moyenne la seizième journée postnatale (+/-9 jours), afin de compléter individuellement, pendant environ une heure, un cahier-questionnaire. L'échantillon comprend 170 mères et 165 pères, parents d'un premier enfant, vivant ensemble et capables de parler, comprendre et lire le français. Ni la mère ni l'enfant ne présente de déficit de santé en période postnatale. L'âge moyen des pères est de 29,9 (e.t.=5,5) et celui des mères est de 27,2 (e.t.=4,6). Quarante-trois pour cent des couples sont mariés alors que 57% vivent en union de fait, depuis en moyenne 4,5 ans (e.t.=3). Vingt-huit pour cent des mères et 36 % des pères ont un niveau de scolarité de niveau secondaire ou moindre. Quarante pour cent des pères et 42% des mères détiennent un diplôme universitaire. Soixante-quatre pour cent des couples ont un revenu familial de moins de 60,000\$, alors que 75% des mères et 85,6% des pères travaillent à temps complet. Au niveau obstétrical, 77,7% des mères ont accouché par voie vaginale, dont 55,4 % avec épidurale. Près des trois-quarts des mères sont demeurées entre un à trois jours en centre hospitalier. 84% des mères allaitaient leur bébé au moment du congé de l'hôpital.

Variables à l'étude et instruments de mesure¹⁹

Les perceptions d'efficacité parentale en période postnatale²⁰

La variable dépendante, les *perceptions d'efficacité parentale*, sont définies comme « l'ensemble des croyances qu'un parent construit sur ses capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour rencontrer les exigences du parentage » et sont mesurées à l'aide de la version française du Parenting Expectations Survey (PES) de Reece (1992 ; Reece & Harkless, 1998). Cet instrument a été construit pour mesurer les perceptions et croyances d'efficacité personnelle des mères tôt en période postnatale, et a été validé auprès de mères et pères d'enfants d'un mois par Reece & Harkless (1998). Comportant 25 énoncés, le PEPP utilise une échelle de type Likert en dix points (je ne peux le faire - je peux certainement le faire). Le score est établi en additionnant tous les énoncés et en divisant par le nombre total de questions. Cet instrument a été préféré au PSOC (Parental Sense of Competence) de Gibaud-Wallston (1977, Ohan, Leung, & Johnston, 2000) car, à l'instar de Coleman & Karraker (1997), nous appuyons la recommandation de Bandura (1989b) d'utiliser un instrument de mesure à

¹⁹ Ces instruments, ainsi que le questionnaire de consentement et la lettre d'autorisation du comité d'éthique se retrouvent en appendice D.

²⁰ Cet article découle d'un projet de recherche plus large où différentes variables ont été considérées. Les principales variables du modèle ainsi que leur instrument de mesure sont présentés de façon détaillée, alors que les variables secondaires sont présentées plus brièvement.

facettes multiples pour évaluer les perceptions personnelles reliées à différents comportements spécifiques, par exemple « je suis capable de gérer les fièvres associées aux maladies de mon bébé » à l'opposé d'un index comportant des items globaux tel : « je suis capable de gérer les défis du parentage » .

Savard (1997) a utilisé la procédure suggérée par Spielberger & Sharma (1976) pour traduire le PES. La consistance interne de l'instrument traduit est de 0,92, alors que l'original a une consistance interne de 0,91. La validité de concomitance du PEPP a révélé des corrélations modérées (0,75 et 0,64) avec la sous-échelle « évaluation du parentage » de l'instrument " What being the parent of a baby is like " (WPL-R, Pridham & Chang, 1989) démontrant que les outils sont conceptuellement similaires tout en étant différents. Dans la présente étude, la consistance interne est de 0,91 pour les mères et les pères.

Les pratiques d'aide et de collaboration des infirmières

Trois instruments permettent de mesurer les pratiques d'aides des infirmières. En premier lieu, l'échelle des *pratiques d'aide* (Dunst & Trivette, 1994; Dunst, Trivette, & Deal, 1995 ; Dunst, Trivette, & Hamby, 1996) mesure « les représentations que se font les parents de l'aide reçue de professionnels, en terme d'habilitation » . Cet instrument de 16 énoncés a été traduit en français par le GREDEF (1997a) en travaillant avec les auteurs sur la signification de

chacune des 16 questions et en vérifiant auprès d'eux la compréhension du traducteur du contenu des énoncés (Lacharité, et al., 1999). Le parent indique, sur une échelle à cinq points, sa perception du comportement du professionnel : plus le score est élevé, plus celle-ci est positive. Dans cette étude, le parent complète cet instrument en se référant à une infirmière qui a été significative, soit parce que la relation était bonne, soit parce qu'elle était mauvaise, soit parce qu'il l'a rencontrée plus souvent, selon une procédure élaborée et validée par Lacharité, et al., (1999). Cette façon de procéder favorise la cueillette d'informations plus variées que de centrer la réponse sur la relation avec l'équipe d'infirmières en général. L'analyse de consistance interne présente un indice alpha de 0,94 pour les mères et de 0,90 pour les pères.

Deuxièmement, l'inventaire sur la *collaboration parent-intervenant* (Lacharité, et al., 1999) est composé de 15 énoncés qui permettent au parent de décrire « ses représentations d'avoir été *engagé dans une relation de collaboration et d'intimité* qui favorise *l'empowerment* » avec l'intervenant de l'équipe avec lequel il a eu des contacts significatifs. Cet instrument est conçu à partir de deux instruments ; le Questionnaire sur le lien institution -famille à 12 items de Mc Grew & Gilman (1991) qui mesure « les perceptions qu'ont les membres d'une famille de collaborer avec l'intervenant » et trois questions, tirées de l'échelle « Fear of intimacy » de Descutner & Thelen (1991), qui « porte sur le degré de confiance du parent avec l'intervenant » (Lacharité, et

al., 1999, p. 301). La consistance interne est de 0,76 pour les 15 énoncés (Lacharité et al., 1999). Dans la présente étude, le coefficient alpha de l'échelle de 15 énoncés est de 0,81 pour les mères et de 0,72 pour les pères. Toutefois, les questions 11 et 10 étant soit négativement ou faiblement corrélées aux autres, nous avons corrigé cette échelle pour produire une échelle à 13 questions, pour laquelle l'alpha corrigé est de 0,84 pour les mères et 0,75 pour les pères.

Finalement, l'échelle de perception de contrôle (Affleck, Tennen & Rowe 1991) mesure la *perception de contrôle* des parents en rapport avec l'aide reçue qui se définit comme « la perception qu'a le parent d'avoir de l'influence sur les services et les interactions avec les intervenants » (Lacharité et al., 1999, p. 34). Cette échelle d'un énoncé mesure jusqu'à quel point les individus ont pu se procurer les ressources, le soutien et les services nécessaires d'un aidant donné. La perception de contrôle est mesurée sur une échelle de Likert de 10 point où 1 représente très peu de contrôle perçu et 10 représente beaucoup de contrôle.

Les événements de la période postnatale

Les *événements critiques de la période postnatale* immédiate sont définis comme « les moments significatifs pour les parents dans la période postnatale

immédiate susceptible d'influer sur leur adaptation parentale » (deMontigny & Lacharité, accepté). L'inventaire des moments critiques²¹ de la période postnatale (deMontigny & Lacharité, 2000) est conçu à partir des résultats d'une recherche qualitative auprès de 26 parents primipares en période postnatale immédiate. Il comporte 85 énoncés décrivant des incidents critiques de la période postnatale regroupés en cinq catégories : composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale ; composer avec les exigences du rôle parental ; maintenir le fonctionnement de la cellule conjugale ; échanger de l'information avec le personnel infirmier ; et composer avec les exigences de l'environnement hospitalier. Le parent doit dire s'il a vécu l'incident (non=1, oui=2) et déterminer si cet incident a été négatif ou positif pour lui, sur une échelle de 1 (très difficile) à 9 (très facile). Le score global est fonction de la moyenne de la quantité d'événements multipliés par la moyenne de la valence ($xq \times xv$), un score bas signifiant peu d'événements et/ ou des événements à valence négative, un score élevé reflétant des événements nombreux et positifs, selon une approche conçue par Fishbein & Ajzen (1975 : voir Valois, Godin & Desharnais, 1991).

²¹ Les étapes de construction de cet inventaire sont décrites à l'appendice C.

Autres variables à l'étude

. Tel que mentionné auparavant, les écrits en rapport avec la période entourant la naissance du premier enfant et le développement des perceptions d'efficacité des parents nous portent à inclure un ensemble de variables susceptibles de contribuer, comme éléments de l'environnement interne et externe des parents, à leur expérience. En ce sens, l'alliance parentale, le soutien social, les perceptions des parents du tempérament de l'enfant, l'anxiété situationnelle, le style relationnel, l'expérience antérieure avec des enfants, le revenu et l'éducation ont été retenus. Le tableau 4.2 présente les scores moyens des pères et des mères en fonction des variables à l'étude.

Le concept *d'alliance parentale*, (Abidin & Brunner, 1995), c'est-à-dire jusqu'à quel point les conjoints forment une équipe pour remplir les diverses fonctions parentales est mesuré à l'aide de l'inventaire sur l'alliance parentale d'Abidin (1992, Abidin & Brunner, 1995) qui est constitué de 20 énoncés sur une échelle de Likert en 5 points. Plus la cote obtenue est élevée, plus le parent a une perception positive de former une équipe avec son partenaire pour remplir les diverses fonctions parentales (Lacharité et al., 1999). Traduit par le GREDEF (1997b), sa consistance interne est excellente, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,90 pour les mères et de 0,89 pour les pères.

La *qualité du soutien social* est mesurée à l'aide du questionnaire de soutien social (Dunst et al., 1996) de 18 énoncés qui demandent à l'individu d'identifier « jusqu'à quel point les personnes de son réseau ont été aidantes dans les dernières semaines » . La consistance interne de cet outil révèle une valeur de coefficient alpha de Cronbach de 0,79 et la fidélité par la méthode de segmentation de l'échelle (Spearman-Brown) est de 0,77. La magnitude de ces résultats démontre que l'échelle a une consistance interne substantielle et qu'elle mesure bien le construit identifié « soutien social » (Dunst et al., 1996).

L'inventaire des perceptions néonatales (IPN) de Broussard & Hartner, (1970) consiste en 5 énoncés sur une échelle de Likert en 5 points. Il mesure « les *perceptions des parents des comportements de leur enfant* par rapport à ceux d'un bébé moyen sur des éléments tels : pleurs, régurgitation, sommeil, alimentation, élimination et la prévisibilité de l'horaire. » Le score de l'IPN est obtenu en soustrayant le score du bébé du score de l'enfant moyen. Cette différence permet de classer l'enfant comme meilleur, pareil ou plus difficile qu'un bébé moyen. Un score élevé reflète une perception positive du comportement du bébé, alors qu'un score bas ou négatif est indice d'une perception parentale négative de son enfant. Ce questionnaire a été traduit pour

les fins de cette étude par les auteurs de façon indépendante. La version française²² obtient un alpha de 0,76 pour les mères et les pères.

L'inventaire d'*anxiété situationnelle* de Spielberger (1983) sert à évaluer à l'aide de 20 énoncés sur une échelle de Likert de 4 points « comment l'individu se sent maintenant, à ce moment-ci, en terme d'appréhension, de tension, de nervosité ou d'inquiétudes ». La consistance interne de cette échelle, mesurée en utilisant la valeur de coefficient alpha du Cronbach, est rapportée à >0,90. La consistance interne de l'échelle auprès de notre échantillon est de 0,91 pour les mères et de 0,84 pour les pères, avec la question 18 retirée, car négativement corrélée aux autres énoncés. Pour les fins de cohérence entre les échelles de cette étude, les scores négatifs ont été recodés afin qu'un score plus élevé signifie un plus grand calme, et un score plus bas, un état d'anxiété plus élevé.

Le questionnaire sur les *styles relationnels* (Bartholomew & Horowitz, 1991) comprend 4 énoncés qui décrivent quatre styles d'attachement : sécure, évitant, préoccupé et craintif. Le style d'attachement sécure se caractérise, entre autres, par des croyances positives envers soi et les autres (Bartholomew & Horowitz, 1991) et des caractéristiques relationnelles positives comme la

²² La consistance interne de la version originale de l'inventaire des perceptions néonatales de Broussard n'est pas disponible dans la littérature.

confiance et l'intimité (Hazan & Shaver, 1987). Le style préoccupé comporte une perception négative de soi et une perception positive, souvent idéalisée de l'autre (Feeney & Noller, 1990) alors que le style évitant comprends des croyances positives défensives de soi et des attentes négatives envers l'autre. La personne craintive a une perception négative de soi et d'autrui et utilise la distance pour se protéger de l'intimité et du rejet.

Un questionnaire socio-démographique (deMontigny, 1999) permet avec 20 questions de recueillir des données socio-démographiques, comme le revenu et la scolarité, et des données obstétricales, l'état de santé du parent (selon que le parent se perçoit en bonne, moyenne ou mauvaise santé après l'accouchement) et l'expérience antérieure du parent. L'expérience antérieure des parents est cotée comme un facteur global d'expérience où le type d'expérience (l'expérience antérieure avec des enfants, la participation aux rencontres prénatales et la cohabitation) est multiplié par l'intensité (l'évaluation que fait le parent à l'effet d'avoir peu, moyennement ou pas d'expérience avec les enfants et le nombre d'heures de cohabitation) afin d'obtenir une variable globale, selon l'approche de Fishbein & Ajzen (1975 : voir Valois & al., 1991).

Analyses statistiques

Le modèle hypothétique A (figure 4.1) a été testé selon un processus en trois étapes. Premièrement, des analyses préliminaires des variables ont permis de vérifier que les données ne violaient pas les prémisses de bases inhérentes aux analyses multivariées (Stevens, 1996). Deuxièmement, des analyses d'équations structurelles (SEM) à l'aide du logiciel AMOS (4.0) ont été basées sur les matrices de covariance présentées au tableau 4.3 (matrice de covariance de l'échantillon des mères) et au tableau 4.4 (matrice de covariance de l'échantillon des pères) en utilisant la technique d'estimation de la vraisemblance maximale. SEM a été privilégié comme mode d'analyse des données car cette approche permet la vérification d'hypothèses, procure des estimés explicites des paramètres d'erreurs de variances (Byrne, 2001) et permet de tester plusieurs groupes simultanément (Marsh & Grayson, 1995). Le modèle a été testé pour l'égalité entre les deux groupes (pères et mères) en contraignant l'égalité des paramètres²³.

²³La contrainte de l'égalité des paramètres permet de vérifier si les mêmes facteurs sont liés de la même façon dans les deux groupes (Coulombe, 2001), ce qui répond à notre objectif de recherche.

L'évaluation de la plausibilité du modèle pour chaque parent et du modèle d'égalité s'est basée sur des indices d'ajustement absolu²⁴, des indices comparatifs²⁵ et des indices d'ajustement parcimonieux²⁶ selon les recommandations de Hoyle & Panter, (1995).

Résultats

Analyses préliminaires

Les données provenant des 170 mères et des 165 pères ont été examinées de façon indépendante. Les cas dont plus de 10% des données

²⁴ Le chi-carré, un test statistique du manque d'ajustement du modèle résultant d'une sur-identification (Bollen, 1989), est particulièrement fiable pour des échantillons plus grand que 100 et plus petits que 200. Une valeur faible du chi-carré indique que les matrices des covariances observées et estimées ne sont pas statistiquement différentes, donc que le modèle s'ajuste bien aux données (Coulombe, 2001). L'indice d'adéquation (GFI), un indice de la quantité relative des variances observées et des covariances expliquées par le modèle (Tanaka & Huba, 1989) pour lequel des valeurs supérieures à 0,90 indiquent un ajustement raisonnable. Le carré moyen de l'erreur d'approximation (RMSEA) représente l'écart entre les matrices de variances-covariances prenant en compte l'erreur d'approximation. Un RMSEA plus petit que 0,05 représente un très bon ajustement.

²⁵ L'indice d'ajustement non normé (NNFI) ou indice de Tucker-Lewis (TLI) (Tucker & Lewis, 1973) compare le manque d'ajustement du modèle testé par rapport au manque d'ajustement du modèle d'indépendance et est approprié pour des échantillons plus grand que 150. Une valeur supérieure à 0,90 indique un ajustement adéquat. L'indice comparatif d'ajustement (CFI) est un indice indiquant la réduction relative du manque d'ajustement d'un modèle testé (utilisant le χ^2) comparativement au modèle d'indépendance. Adapté du FI/RNI, il varie de 0 à 1.

²⁶ Deux modèles empiriques s'étant avérés également plausible, des indices d'ajustement parcimonieux ont été utilisés pour comparer les modèles, afin de guider le choix du modèle le mieux ajusté aux données. Avec l'indice d'ajustement normé parcimonieux (PNFI), des différences de 0,06 à 0,09 sont proposées comme indicatrices de différences substantielles entre les modèles, plus la valeur de PNFI est élevée, plus on peut dire que l'ajustement est bon (Coulombe, 2001). Le critère de AKAIKE (AIC) a une valeur faible lorsque la valeur du chi-carré est faible avec peu de paramètres estimés, l'ajustement est alors bon et parcimonieux (Coulombe, 2001).

étaient manquantes ont été retirés, ainsi que le(la) conjoint(e), afin de ne conserver que les pères et mères des mêmes couples dans l'échantillon final. Dix mères et cinq pères ont ainsi été retirés, pour un échantillon final de 160 pères et 160 mères. La substitution par la moyenne a été utilisée comme stratégie lorsque moins de 10% des données étaient manquantes (Coulombe, 2001). L'examen des cas extrêmes par l'examen des distributions univariées (analyse d'histogrammes et de diagrammes de boîtes) révèlent quelques pères et mères dont les perceptions d'efficacité sont bien en dessous de la moyenne. Ces parents ont été conservés dans l'échantillon final, afin de conserver la variance de l'échantillon. La forme de distribution de chaque variable individuellement a ensuite été examinée, en divisant l'échantillon selon le sexe. Les variables étaient dans les limites pour les deux groupes, donc considérées comme distribuées normalement. Pour chaque échantillon, un examen visuel des valeurs prédites vs les résidus a suggéré que les relations entre les variables indépendantes et dépendantes étaient linéaires, et soutenaient le postulat de normalité multivariée.

Le modèle de l'expérience postnatale des parents

Modèle a priori

Une stratégie de développement de modèle ²⁷a été privilégiée (Joreskog, 1993). Le modèle A ²⁸ (figure 4.1) a été soumis à des analyses d'équations structurelles à l'aide du logiciel AMOS (4.0). Ce modèle se base sur l'hypothèse qu'il existe un lien direct entre les pratiques d'aide et les perceptions d'efficacité, et entre les perceptions d'événements et les perceptions d'efficacité. De même, une relation indirecte est attendue entre les pratiques d'aides et les perceptions d'efficacité, par le biais des événements. Le modèle A tel que proposé n'était pas plausible ($X^2(150, N=160/160)=629,211$, $p=0,000$; $GFI=0,771$, $CFI=0,272$, $TLI=0,117$, $RMSEA=0,100$) le chi-carré étant significatif et les indices d'ajustement ne démontrant pas un ajustement adéquat aux données.

Modèle révisé B

Le modèle A a été modifié, en se basant sur des rationnels théoriques et

²⁷ L'analyse à composante principale a permis la spécification d'un modèle avec variables latentes; le ratio variable-sujet étant de 1:8, nous avons choisi de tester un modèle avec variables manifestes.

²⁸ Les variables de perceptions d'efficacité et d'événements sont endogènes, en ce sens qu'elles sont déterminées en partie par les autres variables du modèle, alors que les autres variables sont exogènes, c'est-à-dire qu'elles affectent les autres variables, tout en étant elles-mêmes influencées par des variables non incluses dans le modèle.

statistiques. Des variables ont été retirées, car leurs relations avec la variable dépendante n'étaient pas significatives ($C.R.=$ ou $<1,96$) et des liens directs entre des variables ont été ajoutés basés sur les indices de modifications, en autant que les modifications se justifiaient théoriquement. Les figures 4.2 et 4.3 présentent les estimés standardisés et indices d'ajustement du modèle d'égalité B. L'examen de ce modèle indique que le modèle révisé B représente un ajustement adéquat aux données, en plus d'être pertinent sur le plan théorique, quoique le p de ce modèle demeure petit ($p=0,003$).

Modèle révisé C (Modèle de l'expérience postnatale des parents)

La variable « éducation » étant isolée et ayant un coefficient de régression plus faible, l'hypothèse est faite que le retrait de la variable « éducation » améliorera l'ajustement du modèle aux données. Ce modèle révisé C est soumis à Amos qui suggère des liens additionnels entre les variables de collaboration et événements, ainsi qu'entre collaboration et anxiété ($r=1,87$). Les figures 4.4 et 4.5 présentent les estimés standardisés et les indices d'ajustement du modèle révisé C. Quoique les coefficients de régression entre les variables soient quelque peu différents entre les pères et les mères, il demeure que le modèle d'égalité C (avec paramètres contraints) présente des indices d'ajustement qui permettent de reconnaître ce modèle comme plausible.

Le modèle révisé C est choisi comme modèle s'ajustant mieux aux données, en se basant sur l'indice de parcimonie de Aikake, qui est plus bas pour ce modèle.

Ce modèle révisé C permet de mettre en évidence que les parents ont une expérience commune de la période postnatale immédiate tout en appuyant partiellement les hypothèses 1 et 2 à l'étude. Ainsi, tant la qualité des pratiques d'aide des infirmières que la collaboration infirmière-parent sont liées directement aux perceptions des parents des événements de l'expérience postnatale. De plus, la qualité des pratiques d'aide et de collaboration influe indirectement sur la perception des événements, par l'intermédiaire des perceptions de contrôle. On constate une association en cascade entre les perceptions de collaboration et de pratiques d'aide et les perceptions d'efficacité parentale, qui est congruente avec l'hypothèse voulant que, tant les pratiques d'aide des infirmières que les événements critiques de la période postnatale immédiate, prédiront les perceptions d'efficacité parentale des parents d'un premier enfant.

Tout comme dans des études antérieures (Reece & Harkless, 1998), le modèle révisé C de l'expérience postnatale rend compte de l'importance de l'état psychologique de l'individu dans la construction de ses perceptions d'efficacité, l'anxiété situationnelle étant directement liée aux perceptions

d'efficacité des deux parents, de sorte que plus le parent est calme, plus il se perçoit efficace.

Contrairement toutefois à ce que nous laisse supposer la théorie de Bandura (1997) et les études antérieures (Savard, 1997 ; Zahr, 1993), ni l'état de santé physiologique (caractéristiques de la personne) des parents de cette étude, ni leur histoire de réussites et d'échec en terme d'expérience antérieure auprès d'enfants (contexte social) n'ont été liés à leurs perceptions d'efficacité. Une autre caractéristique du contexte social (soutien social) ainsi que certaines caractéristiques du contexte interpersonnel (style relationnel du parent et tempérament du bébé) et du contexte économique (éducation et revenu) n'ont pas été retenues comme variables contribuant aux perceptions d'efficacité des parents. Ces résultats infirment ce qui fut observé auprès d'autres échantillons où le niveau d'éducation des mères avait été lié à leurs perceptions d'efficacité (Perreault, 1996).

Analyses complémentaires

Le logiciel Answer Tree a ensuite été utilisé pour vérifier les formes d'associations entre les variables. Tout comme prévu dans l'hypothèse 3, il est possible de constater que l'alliance parentale est associée aux perceptions d'efficacité parentale ($p < 0.001$; $F = 30,97$, $df = 2,32$) de façon telle que le parent

qui a une perception très positive de son alliance conjugale (de 4,65- à 5) maintient une perception très positive de son efficacité ($X=8,67$, e.t.=1,01). Dans ces cas, les événements et les perceptions d'aide et de collaboration ne sont pas associés aux perceptions d'efficacité des parents. L'inverse est remarqué, une perception d'alliance faible (de 3,2- à 4,3) étant associée à une perception d'efficacité faible ($X=7,58$, e.t.=1,06). Pour ces parents ($N=70$), les perceptions d'aide sont associées aux perceptions d'efficacité de façon telle que lorsque les perceptions d'aide sont faibles (de 1,07- à 3,25), les perceptions d'efficacité chutent ($X= 6,5$, e.t.=0,91) alors que lorsque les perceptions d'aides sont élevées (de 3,25- à 5), les perceptions d'efficacité le sont aussi ($X= 7,7$, e.t.=1,01).

Limites

La plausibilité d'un modèle n'en assure pas la véracité. Ce modèle étant le produit de plusieurs modifications, il nécessite d'être répliqué avec un autre échantillon.

Bien que cet échantillon représente une diversité au niveau socio-économique, il serait opportun que la répllication de cette étude puise son échantillon dans un bassin de population différent, tant au niveau du milieu que du centre hospitalier, afin de s'assurer que ce modèle ne soit pas plausible

uniquement comme modèle de l'expérience des parents primipares de l'Outaouais.

Interprétation et discussion

À partir des données recueillies auprès de 160 mères et 160 pères des mêmes couples, cette étude visait à examiner la nature des relations entre les perceptions d'efficacité des pères et des mères d'un premier enfant et leurs perceptions des pratiques d'aide des infirmières et des événements critiques de la période postnatale, après avoir tenu compte de la qualité de l'alliance conjugale, de la qualité du soutien social, de l'expérience et de l'anxiété parentale, des perceptions parentales du tempérament du bébé et du style d'attachement du parent. Un premier modèle basé sur l'hypothèse que, tant la qualité des pratiques d'aide des infirmières que les événements critiques de la période postnatale immédiate prédiront les perceptions d'efficacité parentale des parents d'un premier enfant, a été présenté. Nous croyions de plus que les perceptions positives de pratiques d'aides prédiraient positivement les perceptions des événements de la période postnatale. Ce modèle a été modifié, selon les indices de modifications suggérés par Amos et deux modèles plausibles de l'expérience postnatale (modèle révisé B, modèle révisé C) ont été examinés. Le modèle révisé C démontre un meilleur ajustement aux données, tel que démontré par un indice d'AIKAKE plus faible. Il est donc retenu comme

modèle de l'expérience postnatale commun aux deux parents. Des éléments de ce modèle sont discutés.

Pratiques d'aide, de collaboration, événement de la période postnatale et perceptions d'efficacité

L'amorce de ce modèle de l'expérience postnatale par la variable « collaboration » plutôt que par la variable « pratique d'aide » ne fut pas uniquement un choix statistique étant donné qu'AMOS ne prédit pas la direction d'une relation entre deux variables. Cette direction fut choisie sur des bases conceptuelles, en nous appuyant sur ce qui était mesuré par les outils. L'instrument mesurant la collaboration explorait « les représentations du parent d'avoir été *engagé dans une relation de collaboration et d'intimité* qui favorise *l'empowerment* », alors que l'instrument mesurant les pratiques d'aide regardait « les représentations que se font les parents *de l'aide reçue de professionnels, en terme d'habilitation et d'empowerment.* » Il semble logique de présumer que l'on doit avant tout être engagé dans une relation pour recevoir de l'aide, d'où la direction du lien entre ces deux variables. Le modèle de l'expérience postnatale des parents illustre donc que la qualité de la collaboration infirmière-parents contribue directement aux perceptions de ceux-ci d'avoir été aidés dans une perspective d'habilitation et d'empowerment. Ces deux formes d'aide, par ailleurs, contribuent directement et indirectement aux perceptions de contrôle et

aux perceptions des parents des événements de la période postnatale. Ces quatre variables forment un construit, qu'il y a lieu d'identifier comme les « processus proximaux », ces interactions étant suffisamment fortes pour contribuer, par l'entremise de l'alliance conjugale, à la construction des perceptions d'efficacité parentale en période postnatale immédiate, tel que stipulé dans les hypothèses appuyant cette étude.

Ce type de liens entre l'aide prodiguée par un professionnel et les perceptions d'efficacité des aidés a déjà été observé dans d'autres contextes. Par exemple, Dunst, et al. (1988, 1996) ainsi que McGrew & Gilman (1991) ont noté une association positive entre certaines orientations d'aide et les sentiments d'efficacité, de perception de contrôle et de bien-être psychosocial rapportés. Lacharité et al. (1999) abondent dans le même sens en notant qu'une perception positive chez les parents des pratiques d'aide des intervenants contribue à une perception de contrôle, c'est-à-dire une perception « d'avoir de l'influence sur les services et les interactions avec les intervenants » (Lacharité et al., 1999, p. 34).

La découverte de ces liens, directs et indirects, entre les processus proximaux et l'issue de développement « perceptions d'efficacité parentale » vient légitimer les travaux de Bronfenbrenner, et constitue un élément porteur de sens pour la prestation des soins infirmiers. Dans un contexte social où les

soins à la mère et l'enfant ont été modifiés tant au niveau des pratiques hospitalières (unité mère-enfant intégrée, par exemple), que des intervenants (intégration des sages-femmes, par exemple) que de la philosophie (promotion de l'allaitement maternel, par exemple), il est significatif pour les professionnels de la santé de pouvoir visualiser la place des soins infirmiers dans l'expérience des parents.

Alliance parentale et anxiété parentale

Le modèle de l'expérience postnatale des parents met en relief que la relation d'alliance avec le conjoint est un facteur déterminant des perceptions d'efficacité parentale lors de la période postnatale. Ce résultat va dans le sens des résultats observés dans des études antérieures, tant auprès des mères (Belsky, 1981 ; Majewsky, 1986 ; Reece & Harkless, 1998 ; Teti & Gelfand, 1991) que des pères (Bolté, 1994 ; Gibaud-Wallston, 1977). Ceci va aussi dans le sens des propos de Bronfenbrenner (1996) et Bronfenbrenner et Morris (1998) à l'effet que les relations les plus importantes pour l'individu sont susceptibles d'être des processus proximaux du développement. Compte tenu des associations observées avec le logiciel Answer Tree, nous nous demandons si la qualité de la relation d'alliance est une variable protectrice pour les parents, étant donné que les parents qui rapportent une perception d'alliance

forte ne semblent pas touchés par la qualité de l'aide des infirmières et les événements de la période postnatale.

Bandura (1984, 1997) a souvent fait état que l'anxiété et les perceptions d'efficacité étaient deux concepts définis et mesurés différemment. Se percevoir efficace dans un comportement ne veut pas dire être calme face à ce comportement. Par contre, se sentir calme ou anxieux face à un comportement peut affecter les perceptions d'efficacité. Bandura (1997) rapporte que des degrés élevés d'anxiété inhibent les perceptions d'efficacité, et éventuellement, la performance dans un comportement donné, ce que confirme les études de Teti et Gelfand (1991) qui ont lié les perceptions d'efficacité des mères aux comportements de compétence maternelle. Le modèle de l'expérience postnatale montre comment les processus proximaux influent sur les caractéristiques de la personne (anxiété) et sur les perceptions d'efficacité parentale, une perception positive des uns entraînant une perception de bien-être et d'efficacité parentale. En nous appuyant sur les auteurs cités ci-haut, nous envisageons possible que les processus proximaux (collaboration infirmière-client, pratiques d'aide, perceptions des événements et perception de contrôle) aient un effet sur les comportements réels adoptés par les parents auprès de leur enfant.

Ces constatations nous permettent de jeter un éclairage nouveau sur l'expérience postnatale des parents et de constater la contribution particulière et importante qu'apporte la collaboration et l'aide des infirmières, les événements de la période postnatale, la perception de contrôle et l'alliance parentale à la construction des perceptions d'efficacité des parents. Nous constatons, tout comme Small & Luster (1990), que les processus proximaux exercent un plus grand effet lorsque l'environnement est moins favorable, dans cette étude, lorsque l'alliance parentale est moins forte. On note, tout comme Bronfenbrenner (1996), que les processus qui interviennent dans le développement le font de façon non linéaire. C'est ainsi que les pratiques d'aide influent sur les perceptions d'efficacité lorsque celles-ci sont faibles, mais cette variable n'influence presque plus les perceptions d'efficacité lorsque celles-ci sont plus fortes.

Conclusion

Ce modèle contribue à démontrer que les processus proximaux de « perceptions de collaboration, d'aide, de contrôle et d'événements » de la période postnatale immédiate influent sur l'issue de développement des « perceptions d'efficacité parentale », tel que prédit dans les hypothèses de recherche. Les transactions d'aides étant complexes, il n'est pas possible de dégager de cette étude une recette de comportements-clé. Il ressort toutefois

que, tel que supposé par Dunst et al. (1996), les comportements, les attitudes, les croyances mis de l'avant par les professionnels de la santé, spécifiquement par les infirmières, font une différence dans les perceptions parentales en période postnatale immédiate. Ces résultats novateurs fournissent des avenues intéressantes pour la recherche, l'enseignement et la pratique.

Retombées pour la recherche

À la lumière de ces résultats, il apparaît souhaitable que cette étude soit reproduite afin de confirmer la plausibilité du modèle de l'expérience postnatale des parents. Ces résultats éveillent aussi une curiosité par rapport aux perceptions des intervenants en regard des facteurs influant sur les perceptions d'efficacité parentale. De même, il s'avère nécessaire de poursuivre dans cette avenue afin de mieux connaître ce qui, dans les interventions des infirmières, est le plus signifiant pour les parents dans la construction de leurs perceptions d'efficacité.

Retombées pour l'enseignement

Ce modèle a comme particularité de mettre en évidence l'association entre les pratiques d'aide des intervenants, la collaboration professionnel-parent, les événements de l'expérience postnatale et la construction des

perceptions d'efficacité parentale. Il interpelle tant les formateurs que les intervenants à former et être formés pour intervenir dans une perspective de collaboration, d'habilitation et d'empowerment des familles.

Retombées cliniques

Des études antérieures, telles celles de Reece et Harkless (1998) et de Froman & Owen (1990), ont recommandé aux intervenants d'agir sur les perceptions d'efficacité des parents, par l'entremise des sources d'efficacité préconisées par Bandura (1997). Ainsi, la persuasion verbale, par la mise en mots des succès des parents, le modelage, par l'expertise de l'intervenante, la diminution des tensions physiques, par le soulagement de la douleur et les occasions d'expériences concrètes, étaient perçus comme susceptibles de favoriser les perceptions d'efficacité des parents. Sans négliger ces suggestions, ce modèle de l'expérience postnatale des parents ouvre de nouvelles perspectives en démontrant clairement que la forme de l'aide offerte par les infirmières contribue autant aux perceptions d'efficacité que son contenu. Les pratiques d'aide de collaboration, celles qui suscitent l'intimité avec le client et favorisent l'empowerment et une perception de contrôle sur les événements, sont à privilégier dans la pratique quotidienne auprès des parents. Un contexte dans lequel le changement est susceptible de se produire doit être créé par les infirmières (Wright, Watson & Bell, 1996). Ce contexte se met en place en

offrant des questions, des idées, des informations, en renforçant les croyances des clients en leur efficacité personnelle (Bandura, 1992), mais principalement en construisant une relation de collaboration. Finalement, un soutien particulier doit être offert aux conjoints, de la période prénatale à la période postnatale, par chaque professionnel de la santé, afin de saisir toutes les opportunités pour renforcer la relation conjugale.

Tableau 4.1

Analyse à Composantes principales

	Processus proximaux professionnel	Contexte économique	Contexte social	Processus proximaux personnel	Caractéristiques de la personne
Revenu familial		,833			
Niveau de scolarité		,849			
Perception de contrôle	,777				
Style relationnel				,509	
État de santé depuis la naissance : restreint mes activités à la maison					,853
Soutien Alliance			,629		
Perception du tempérament du bébé				,584 ,699	
Anxiété					,499
Perception d'aide	,875				
Perception de collaboration	,756				
Expérience antérieure			,760		
Événements	,521				

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après six itérations.

Tableau 4.2

Moyennes et écarts-types des variables à l'étude

Variables	Mères	Pères
Perception d'efficacité parentale		
M.	8,45	8,15
É.T.	0,92	1,20
Pratiques d'aide		
M.	4,22	4,07
É.T.	0,72	0,63
Collaboration parents-intervenants		
M.	3,87	3,66
É.T.	0,74	0,60
Événements critiques		
M.	10,56	10,14
É.T.	1,57	1,64
Alliance parentale		
M.	4,61	4,58
É.T.	0,36	0,33
Anxiété ^a		
M.	3,38	3,42
É.T.	0,45	0,35
Soutien		
M.	3,76	3,64
É.T.	0,74	0,70
Perceptions du tempérament du bébé ^b		
M.	3,17	4,33
É.T.	3,14	3,37
Expérience antérieure		
M.	11,69	7,97
É.T.	5,43	4,58
Perception de contrôle		
M.	7,49	7,34
É.T.	2,28	2,08

Note. Un test d'anova univarié entre les variables « sexe » et « perceptions d'efficacité » a révélé un effet sexe à $p < 0,01$, ce qui justifie d'examiner les pères et les mères séparément.

^a Plus le score d'anxiété est élevé, plus le parent est calme.

^b Plus le score est élevé, plus le parent perçoit son bébé positivement.

Tableau 4.3

La matrice de covariance de l'échantillon des mères

	Collaboration	Perception d'aide	Soutien social	Style relationnel	État de santé	Anxiété situationnelle	Revenu familial
Collaboration	0,547						
Perception d'aide	0,336	0,521					
Soutien social	0,120	0,053	0,538				
Style relationnel	0,029	0,007	0,009	0,381			
État de santé	-0,009	0,001	-0,005	0,008	0,202		
Anxiété situationnelle	0,016	0,018	0,036	0,037	0,027	0,201	
Revenu familial	0,084	0,034	0,034	0,048	-0,039	-0,028	0,875
Niveau d'éducation	0,022	-0,026	0,030	0,058	-0,043	-0,018	0,370
Expérience antérieure	0,307	0,494	0,803	-0,016	0,114	0,717	-0,594
Perception du tempérament du bébé	0,045	0,137	0,102	0,134	-0,159	0,127	0,367
Alliance parentale	0,033	0,031	0,046	0,050	0,008	0,028	-0,003
Événements critiques	0,529	0,611	0,213	0,091	0,020	0,157	-0,023
Perception de contrôle	0,693	1,086	0,133	-0,095	0,014	0,153	-0,157
Perception d'efficacité	0,015	0,076	0,102	0,037	0,044	0,142	-0,175

	Niveau d'éducation	Expérience antérieure	Perception du tempérament du bébé	Alliance parentale	Événements critiques	Perception de contrôle	Perception d'efficacité
Collaboration							
Perception d'aide							
Soutien social							
Style relationnel							
État de santé							
Anxiété situationnelle							
Revenu familial							
Niveau d'éducation	0,706						
Expérience antérieure	-0,364	29,275					
Perception du tempérament du bébé	0,139	0,045	9,765				
Alliance parentale	-0,018	0,128	0,131	0,131			
Événements critiques	-0,300	2,068	0,528	0,219	2,442		
Perception de contrôle	-0,324	1,732	0,092	0,082	1,747	5,162	
Perception d'efficacité	-0,208	1,060	0,576	0,124	0,402	0,268	0,834

Tableau 4.4

La matrice de covariance de l'échantillon des pères

	Collaboration	Perception d'aide	Soutien social	Style relationnel	État de santé	Anxiété situationnelle	Revenu familial
Collaboration	0,358						
Perception d'aide	0,209	0,389					
Soutien social	0,112	0,125	0,489				
Style relationnel	0,038	0,058	0,014	0,374			
État de santé	0,007	0,008	0,009	-0,001	0,024		
Anxiété situationnelle	0,041	0,041	0,042	0,021	0,004	0,125	
Revenu familial	0,085	0,061	0,020	-0,010	-0,005	0,028	0,875
Niveau d'éducation	0,094	0,015	0,002	-0,023	0,001	-0,016	0,465
Expérience antérieure	-0,214	-0,482	0,098	-0,102	0,037	-0,104	-0,615
Perception du tempérament du bébé	-0,315	-0,239	-0,215	0,089	-0,004	0,111	0,138
Alliance parentale	0,020	0,034	0,034	0,021	0,006	0,026	-0,035
Événements critiques	0,196	0,178	0,241	0,111	0,011	0,037	-0,046
Perception de contrôle	0,332	0,595	0,147	0,274	-0,004	0,071	-0,191
Perception d'efficacité	0,035	0,123	0,025	0,088	0,052	0,100	-0,216

	Niveau d'éducation	Expérience antérieure	Perception du tempérament du bébé	Alliance parentale	Événements critiques	Perception de contrôle	Perception d'efficacité
Collaboration							
Perception d'aide							
Soutien social							
Style relationnel							
État de santé							
Anxiété situationnelle							
Revenu familial							
Niveau d'éducation	0,793						
Expérience antérieure	-0,230	20,868					
Perception du tempérament du bébé	-0,073	0,466	11,244				
Alliance parentale	-0,062	-0,015	0,110	0,111			
Événements critiques	-0,226	1,410	0,408	0,139	2,696		
Perception de contrôle	-0,161	-1,296	-0,416	0,070	0,784	4,286	
Perception d'efficacité	-0,258	0,469	0,172	0,178	0,438	0,234	1,421

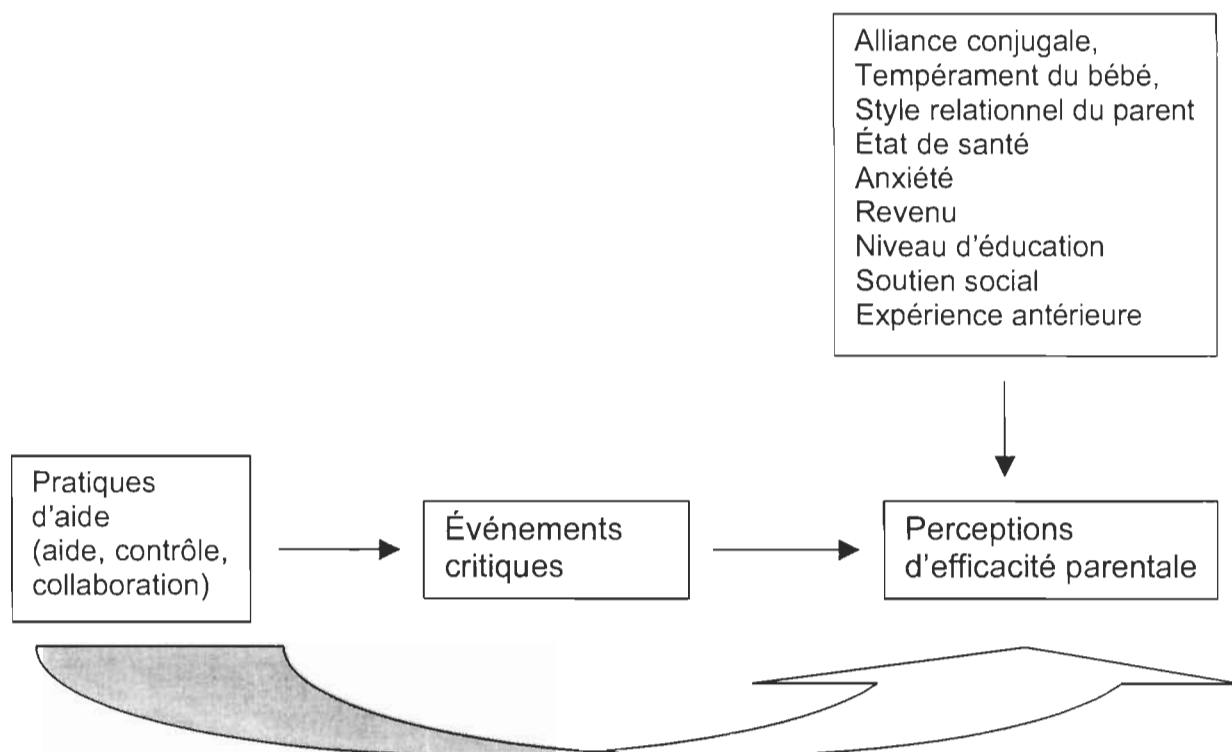


Figure 4.1. Modèle hypothétique A de l'expérience postnatale des parents.

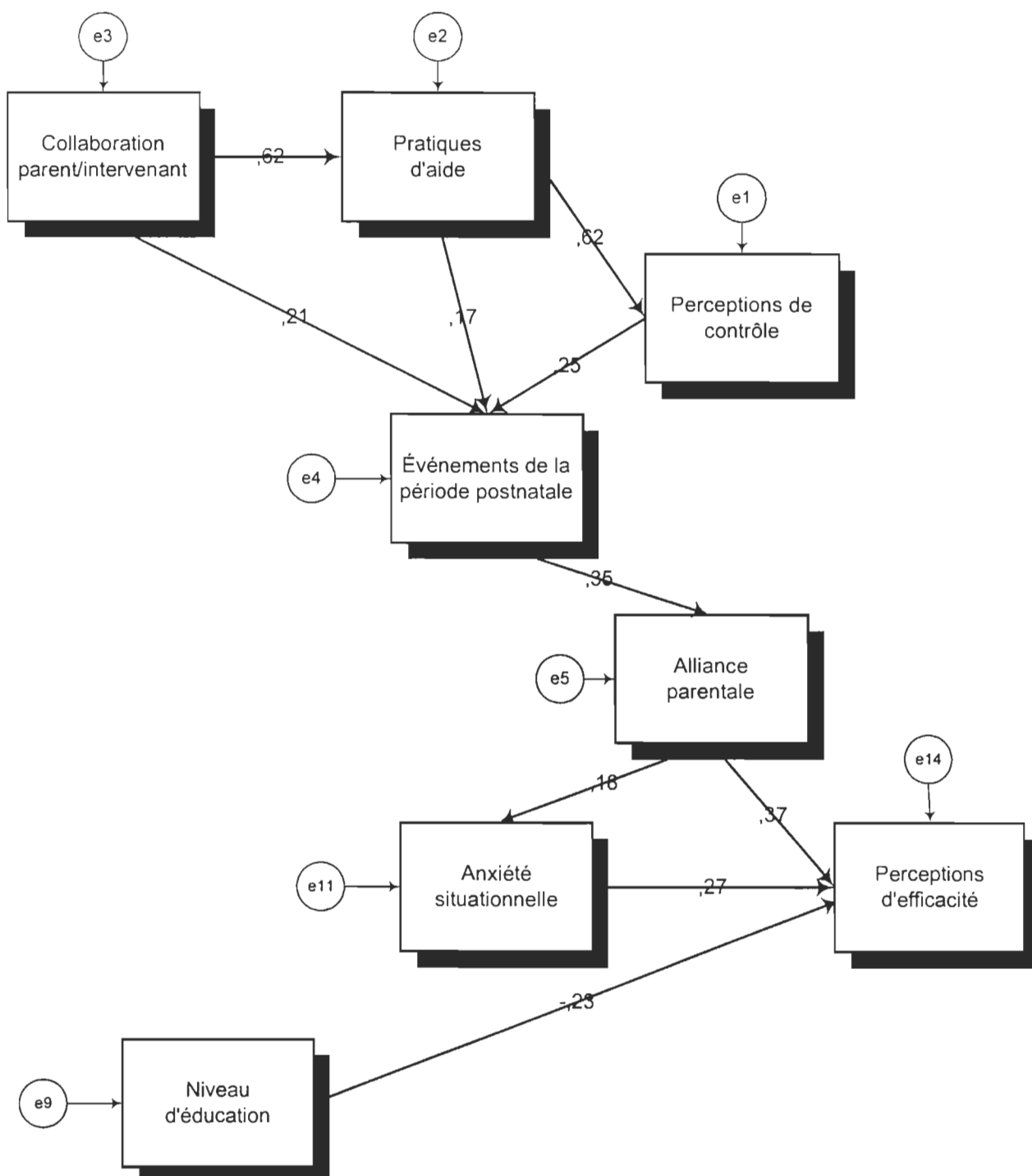


Figure 4.2. Modèle révisé B. Modèle égalité B de l'expérience postnatale des mères.

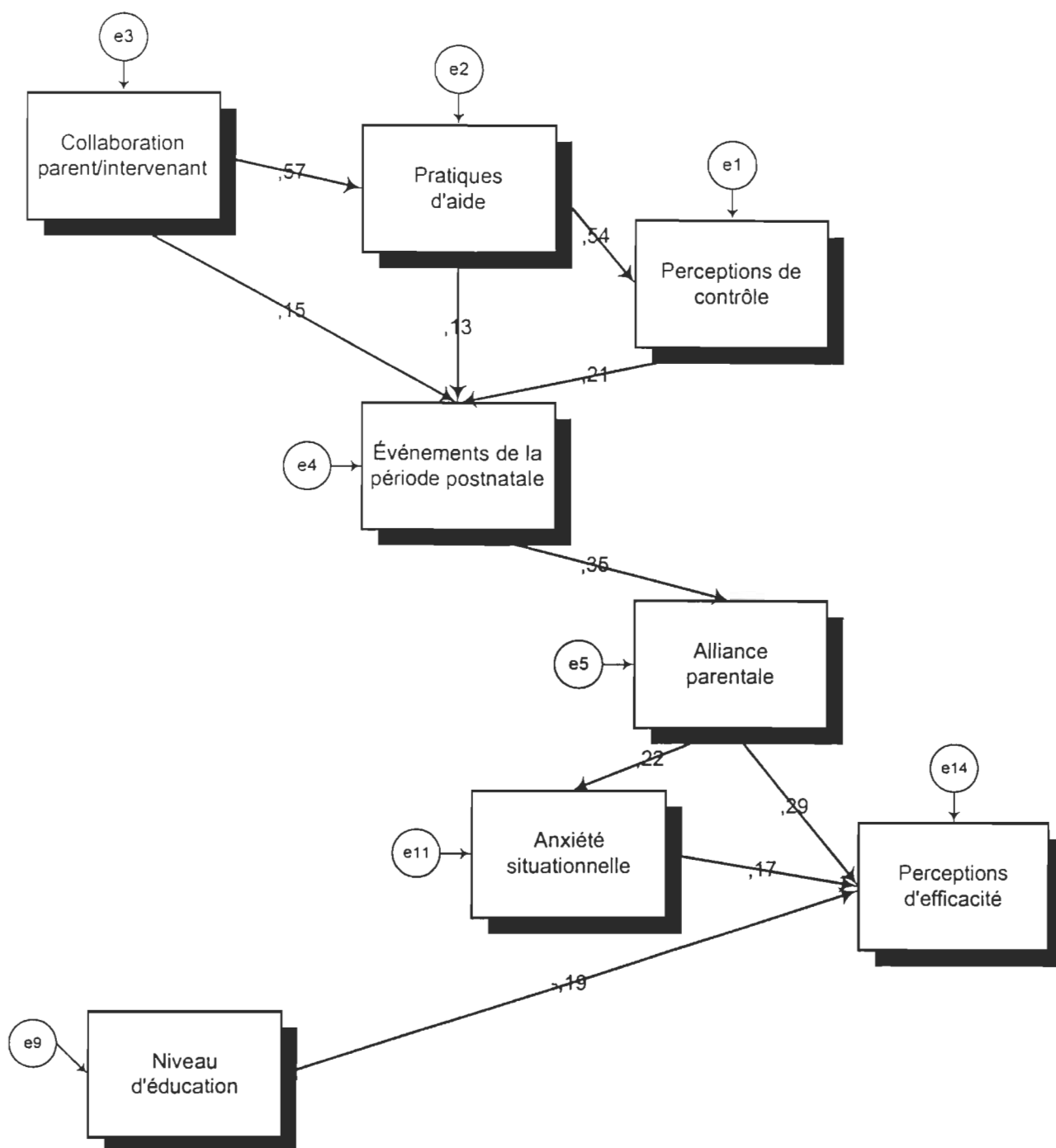


Figure 4.3. Modèle révisé B. Modèle égalité B de l'expérience postnatale des pères.

Modèle égalité B de l'expérience postnatale des parents avec estimés standardisés.
 $\chi^2 (46, N=160/160) = 76,394, p=0,003, CMIN/DF = 1,661, GFI = 0,946, RMSEA = 0,046, TLI = 0,926, CFI = 0,939, PNFI = 0,709, AIC = 128,394.$

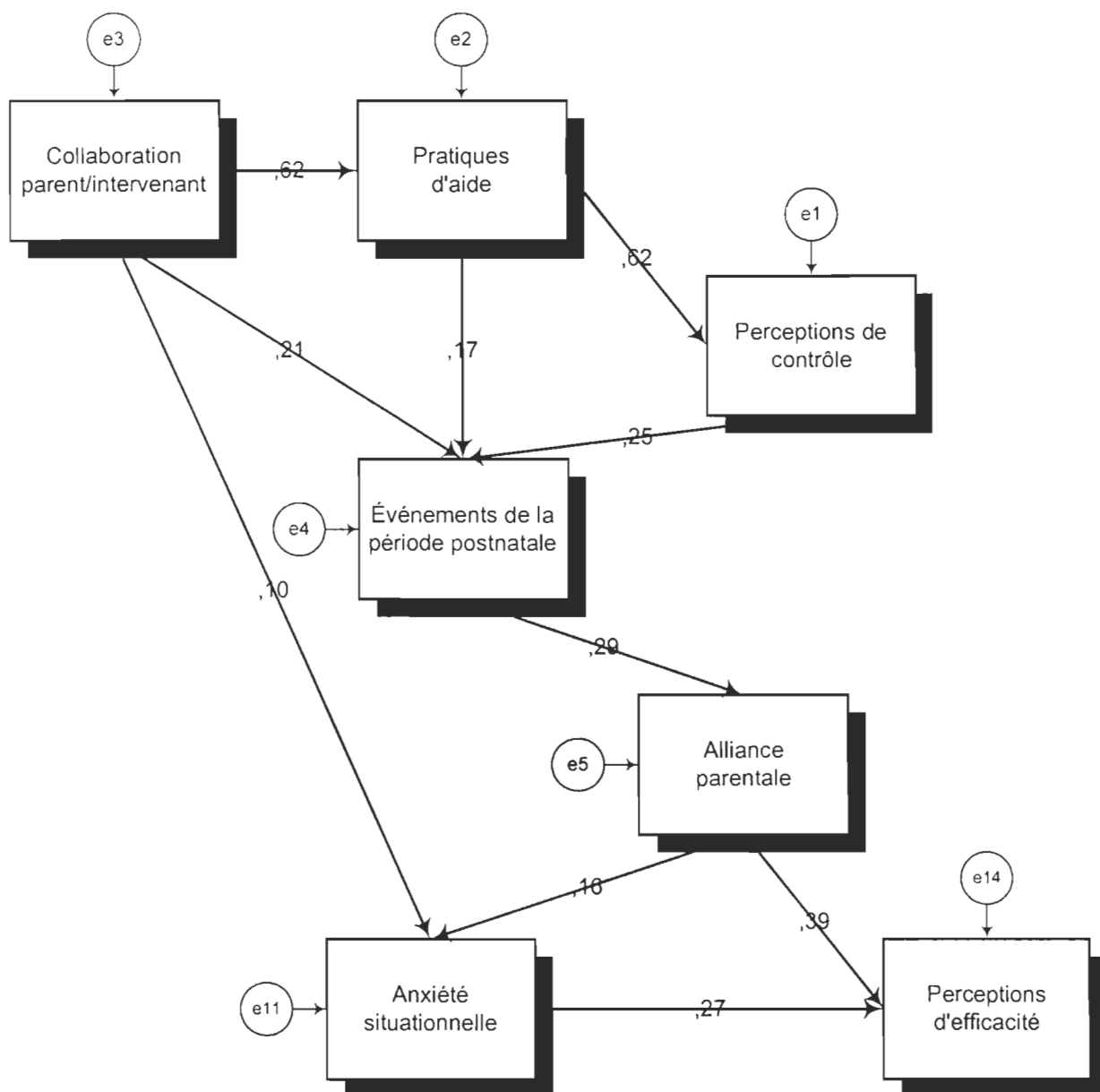


Figure 4.4. Modèle révisé C. Modèle égalité C de l'expérience postnatale des mères.

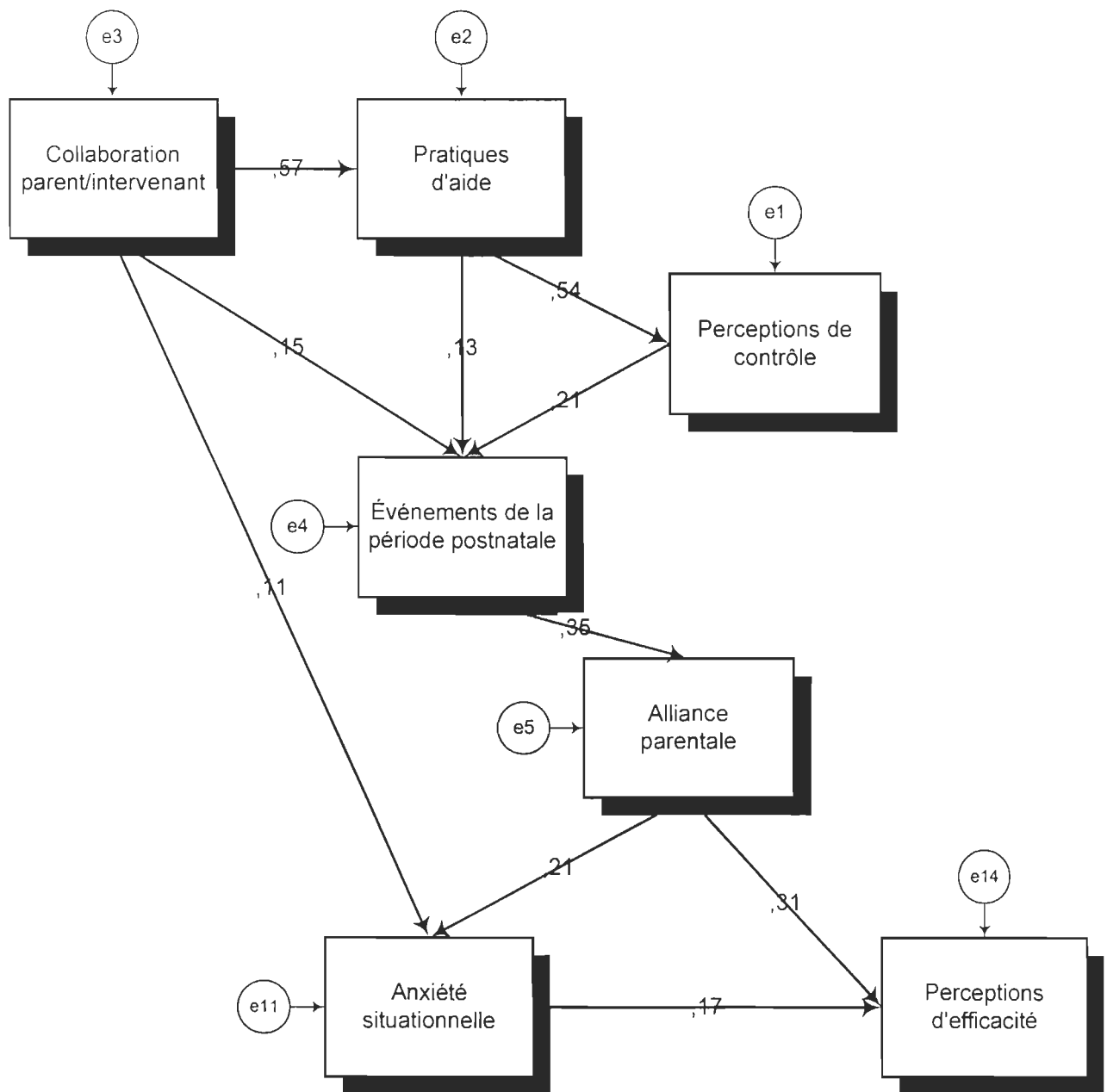


Figure 4.5. Modèle révisé C. Modèle égalité C de l'expérience postnatale des pères.

Modèle égalité C de l'expérience postnatale des parents avec estimés standardisés.
 $\chi^2 (46, N=160/160) = 41,378, p=0,124, CMIN/DF = 1,293, GFI = 0,966, RMSEA = 0,030, TLI = 0,974, CFI = 0,980, PNFI = 0,700, AIC = 89,378.$

CHAPITRE 5
DISCUSSION GÉNÉRALE

Limites

Plusieurs limites de cette étude ont déjà été identifiées lors de la présentation des résultats spécifiques à chaque partie de cette thèse. Toutefois, il semble opportun de replacer ces limites dans le contexte global de la thèse.

Une limite de cette étude se rapporte à l'échantillon, et les contraintes qui en résultent sur la généralisation des résultats. En premier lieu, l'échantillon étant volontaire, il est possible que les parents ayant choisi de ne pas participer aient une expérience différente de la période postnatale. De même, bien que répartis sur un vaste territoire urbain, ces parents provenaient d'un seul centre hospitalier régional québécois, ce qui peut faire en sorte que leur expérience ne reflète pas nécessairement celle de la population de parents primipares. Enfin, quoique l'échantillon soit bien réparti selon différentes variables socio-

démographiques (revenu, éducation, âge, par exemples), l'aspect culturel, une caractéristique importante des habitants des milieux urbains québécois, est peu représenté dans cet échantillon principalement composé d'individus blancs et francophones.

Les instruments de mesure utilisés constituent une autre limite de cette étude. La sélection des instruments de mesures s'est portée sur des outils solides théoriquement, bien construits et validés auprès d'échantillons québécois. Toutefois, les questionnaires auto-administrés peuvent, d'une part, susciter chez l'individu le désir de répondre de façon socialement acceptable, et d'autre part, sont limités par la qualité du rapport de l'individu sur sa propre expérience. Ces deux facettes de l'instrumentation peuvent avoir influé sur les réponses des parents, dressant ainsi un portrait plus positif de leur réalité. De plus, la qualification binaire (positive et négative) des incidents critiques, bien que nuancée par la possibilité de répondre « neutre », ne permet pas aux parents de rendre compte des aspects à la fois positifs et négatifs d'une même expérience. Enfin, la mesure de certains concepts à l'aide d'instruments différents de ceux utilisés lors d'études antérieures, par exemple l'expérience parentale, est susceptible d'avoir contribué aux différences observées dans les résultats de cette étude par rapport aux études antérieures.

Finalement, soulignons que la plausibilité d'un modèle empirique tel que mis en relief dans le chapitre 4 n'en assure pas la véracité. Le modèle de l'expérience postnatale des parents est le produit de plusieurs modifications, il requiert donc d'être répliqué auprès d'un échantillon indépendant.

Discussion

Malgré les recherches relativement abondantes ayant pour thème la transition à la maternité (fin des années cinquante) et à la paternité (fin des années soixante-dix), il demeure que les études qui tiennent compte de l'expérience des deux parents sont rares. Les intervenants de la santé ont peu d'informations sur l'expérience commune aux deux parents de la transition à la parentalité, ces rares études ayant plutôt souligné les différences entre les deux parents (Ferketich & Mercer, 1994 ; Mercer & Ferketich, 1994).

Par ailleurs, bien que le fait de se percevoir efficace comme parent ait été occasionnellement mentionné comme fondamental à la relation parent-enfant (Williams et al., 1987 ; Zahr, 1991), on constate que peu de recherches ont étudié spécifiquement le concept des perceptions d'efficacité parentale. Les études sur le sujet ont plutôt privilégié des concepts moins clairement définis, tels l'estime de soi, la compétence ou la confiance parentale (Johnston & Mash, 1989 ; Jones & Lenz, 1986 ; Mercer, Ferketich, Joseph, 1993 ; Watters &

Kristiansen, 1995). Ceci a contribué à créer une certaine confusion tant au niveau du sens du concept recherché qu'au niveau de sa mesure et des résultats obtenus (deMontigny & Lacharité, soumis).

Afin de se distinguer des recherches antérieures, cette thèse étudie l'expérience des deux parents de la période postnatale immédiate en milieu hospitalier de façon à mieux cerner la nature de cette expérience qui est commune aux deux parents. Pour remédier à toute confusion conceptuelle, le concept de perceptions d'efficacité parentale tel que défini par Bandura est choisi. Ce concept est mesuré à l'aide du PEPP (Reece, 1992 ; Reece & Harkless, 1998), conçu afin d'explorer les perceptions d'efficacité des mères et des pères en période postnatale et validé auprès de cette clientèle.

Inspirées des écrits de Bronfenbrenner (1996), nous nous demandons comment les interactions spécifiques du parent avec des personnes significatives de son environnement contribuent, en période postnatale immédiate, au développement de ses perceptions d'efficacité comme parent. Notre intérêt est d'identifier la présence et la force de la contribution des infirmières à cette étape cruciale du développement humain et familial. Il englobe aussi la compréhension de la nature et du rôle des événements de la période postnatale comme moteur de ce développement. Ce regard sur l'expérience parentale en période postnatale immédiate en milieu hospitalier

requiert de tenir compte d'un ensemble de variables susceptibles aussi d'influer sur la construction des perceptions d'efficacité des parents. Il ressort de cette investigation trois points qui méritent d'être soulignés : la richesse de l'expérience parentale des événements de la période postnatale et sa diversité selon le sexe du parent ; la contribution des processus proximaux à la construction des perceptions d'efficacité; et les retombées conceptuelles, cliniques, méthodologiques et pédagogiques de cette recherche.

L'expérience parentale des événements de la période postnatale

Les résultats de cette thèse offrent un nouveau regard de l'expérience parentale des événements de la période postnatale immédiate en milieu hospitalier. Avant cette recherche, nous savions que les mères avaient des besoins particuliers en période postnatale (Fortier, 1999 ; Perreault, 1996 ; Rocheleau et al., 1998). Toutefois, les événements comme tel de la période postnatale, et leur sens particulier pour les parents n'avaient jamais été explorés. Nous croyions que ces événements influaient sur les perceptions d'efficacité parentale comme des éléments du contexte des parents (Bronfenbrenner, 1996). Il s'avère que les événements sont construits en fonction des interactions que les parents ont avec les différents acteurs de leur système social. Par exemple, dans le domaine « soi et à l'autre comme parent », les événements comportent une large part d'interactions avec le

nouveau-né, à travers des situations « d'allaiter, de s'approprier l'un l'autre et de prendre soin ». Dès lors, il apparaît que les événements de la période postnatale ne sont pas des éléments du contexte, mais bien des processus proximaux du développement humain, ce qui fut confirmé par les analyses statistiques. Le fait que ces événements se révèlent fortement associés aux perceptions d'efficacité des parents va alors dans le sens des écrits de Bronfenbrenner (1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998), pour qui les processus proximaux sont les moteurs du développement humain.

L'analyse de l'information révèle que l'expérience de la période postnatale comporte quatre-vingt cinq incidents qui s'organisent autour de cinq domaines principaux, cinq catégories et douze sous catégories. Bien que ces quatre-vingt cinq incidents se regroupent en cinquante événements distincts (en fusionnant « recevoir de l'information contradictoire sur les soins du bébé » , « recevoir de l'information contradictoire sur l'allaitement » , « recevoir de l'information contradictoire sur la santé du bébé et de la mère » en un seul incident, « recevoir de l'information contradictoire » , par exemple), nous avons construit l'inventaire des incidents critiques à partir de la liste initiale de 85 incidents, afin d'éviter d'introduire un biais dans la cueillette de données quantitative.

Les propos des parents révèlent une gamme variée d'événements significatifs en période postnatale immédiate. Certains aspects reliés à chacun de ces domaines sont discutés car des retombées pour la clinique, la recherche et l'enseignement s'y rattachent.

Soi et à l'autre comme individu

« Éprouvée des douleurs suite à l'accouchement » , pour la mère, et « être épuisé » , pour le père, représentent les événements les plus fréquemment cités dans ce domaine. Les résultats observés par Martell (2001), dans une étude récente auprès de 32 mères primipares, corroborent que leurs préoccupations physiques, la douleur, la fatigue et l'inconfort, par exemple, sont au cœur du processus d' « appréciation de leur corps » en période postnatale immédiate.

Soi et à l'autre comme parent

La signification des interactions avec le nouveau-né, tant pour la mère que pour le père, a déjà été discutée au chapitre deux et trois. « Prodiguer les soins à son bébé » et « faire connaissance avec le bébé » sont des expériences très satisfaisantes pour les parents.

Nous sommes saisis par l'ampleur des difficultés exprimées par les parents dans la catégorie « alimenter son bébé », particulièrement en ce qui a trait à l'expression des émotions (préoccupations, inquiétudes, satisfactions) par rapport à l'allaitement maternel. Bien que les professionnels de la santé québécois (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1997 ; Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 1999), canadiens (Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998 ; AWHONN, 2001), et internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, 1990 ; Unicef, 1992) prônent l'allaitement maternel, bien que des formations aient été suivies par les professionnels de la santé en général et du milieu investigué en particulier, il demeure, pour les parents qui choisissent l'allaitement, que cet aspect du rôle parental nécessite un approvisionnement qui exige un accompagnement particulier.

Soi et à l'autre comme conjoint

L'importance de « maintenir le fonctionnement de la cellule conjugale » lors de la période postnatale n'est pas nouveau dans la littérature. Des études portant sur l'importance du soutien du conjoint en période postnatale avaient déjà lié la qualité de la relation maritale à l'acceptation par la femme de son rôle maternel (Shereshefsky et Yarrow, 1973) et à sa facilité à effectuer la transition au rôle de mère (Majewsky, 1986). Ce que cette étude nous apprend, c'est que « l'expression des besoins, préoccupations et inquiétudes à son conjoint » est

l'événement de cette catégorie le plus important et le plus satisfaisant pour les partenaires durant cette période. Nous avons aussi pu constater que certains pères n'ont pas rapporté d'expériences de partages avec leur conjointe. Ceci peut indiquer que la période d'hospitalisation est susceptible d'isoler les partenaires l'un de l'autre. Cette hypothèse est préoccupante, dans le contexte où cette période constitue les premiers moments dans la formation de la cellule familiale.

Soi et à l'autre en interaction avec l'environnement

L'interaction avec l'environnement en période postnatale immédiate porte principalement sur la connaissance des routines hospitalières et la capacité des individus à composer avec ces routines de sorte à avoir l'impression de contrôler leur environnement. Bien que les mères semblent être les premières personnes touchées par ces routines, les résultats de cette étude montrent qu'elles s'accommodent plutôt facilement des contraintes reliées à l'hospitalisation. On peut penser que leur énergie est accaparée par leur propre bien-être physique et l'apprentissage des soins au nouveau-né. Par contre, ce domaine se révèle particulièrement préoccupant pour les pères de cette étude. Le contexte culturel, qui encourage les hommes à jouer un rôle de protecteur et de responsable du bien-être physique de la famille, peut expliquer en partie les événements rapportés par les pères. Toutefois, les différences dans l'expérience paternelle qui sont, ici, fonction du degré de présence du père à

l'unité, laissent entrevoir une transformation du rôle paternel vers un plus grand engagement en période postnatale immédiate. Engagement qui doit être encouragé par les intervenants afin que ceux-ci se sentent soutenus dans leurs efforts.

Soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier

Tout en soulignant l'importance pour les parents « d'échanger de l'information avec le personnel infirmier » , les résultats de l'étude qualitative mettent en évidence le grand nombre d'interactions non thérapeutiques vécues par les parents. Pourtant, les interactions souhaitées par les parents font partie intégrante du rôle de l'infirmière, que l'on songe à « répondre aux besoins physiques et émotifs de l'individu et sa famille » , « donner et recevoir de l'information pertinente, rapide et juste » , ou encore « donner de la rétroaction aux parents » . Bien que la formation infirmière collégiale au Québec vise l'intervention auprès de « la personne et de ses proches » (Comité des spécialistes, 2000), il demeure qu'il reste ardu pour celles-ci de transférer ces connaissances auprès de l'unité mère - père - bébé comme membres d'un même système familial.

*La contribution des processus proximaux à la construction
des perceptions d'efficacité parentale*

Tout en nous dévoilant le rôle des événements de la période postnatale comme processus proximaux du développement parental, cette étude permet aussi de cerner la contribution spécifique des pratiques d'aides des infirmières au développement humain. Il ressort que, tel que supposé par Dunst et al. (1996), les comportements, les attitudes et les croyances mis de l'avant par les professionnels de la santé, spécifiquement par les infirmières, font une différence dans les perceptions parentales en période postnatale immédiate. De Brazelton (1992 ; Nugent & Brazelton, 1989), nous savions que la période postnatale immédiate est une période de développement qui est propice à des interventions pouvant avoir davantage d'effets sur les parents. Les résultats de cette étude démontrent que ces effets peuvent être de l'ordre d'une diminution de l'anxiété, d'une perception plus positive de l'alliance parentale et de perceptions accrues en leur efficacité parentale.

À ce propos, le quatrième chapitre de cette thèse illustre, par l'étude d'un modèle commun de l'expérience postnatale des parents, la nature des relations entre les perceptions d'efficacité des parents, les événements critiques de la période postnatale et les perceptions des pratiques d'aide des infirmières et ce, après avoir tenu compte d'un ensemble de variables reliées. De ce modèle,

nous constatons que l'aide apportée par le personnel infirmier a un effet significatif sur les perceptions des parents d'avoir un contrôle sur les événements ainsi que sur leurs façons de percevoir les événements de la période postnatale. De même, ces événements ont un effet sur la relation parentale, l'anxiété et les perceptions d'efficacité de sorte que plus les événements sont nombreux et positifs, plus le parent se sent allié à son conjoint, calme et efficace avec son bébé. À l'inverse, un parent qui vit une période postnatale difficile, perçoit avoir peu d'aide du personnel et a une alliance faible avec son conjoint, est susceptible de ressentir de l'anxiété et d'avoir de faibles perceptions d'efficacité.

Ces résultats confirment les présomptions du modèle de Bronfenbrenner (1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998), selon lesquelles les processus proximaux sont des moteurs du développement humain. Ils nous offrent une nouvelle vision de ce qui constitue des processus proximaux contribuant aux perceptions d'efficacité des deux parents en période postnatale immédiate. La structure de l'expérience postnatale articule une forme de médiatisation que peuvent prendre les événements critiques de la période postnatale et l'alliance parentale, ce dernier facteur étant déterminant des perceptions d'efficacité parentale. Ces résultats en particulier corroborent ceux d'études antérieures. Par exemple, dans l'étude de Teti & Gelfand (1991), les mères ayant un partenaire se percevaient plus compétentes, comme mère, que les mères

seules. D'après Belsky (1981), la qualité de la relation conjugale a une influence sur la compétence parentale, les parents ayant un ajustement personnel et conjugal anténatal de qualité ayant plus de facilité à effectuer la transition au rôle de parent.

Des différences toutefois peuvent être observées entre les résultats obtenus dans cette étude et ceux des études antérieures auprès de populations similaires. Ainsi, plusieurs études ont relevé l'expérience antérieure avec de jeunes bébés comme étant un facteur important de prédiction du sentiment de confiance maternelle (Gross et al., 1989 ; Zahr, 1993). Ces résultats ne furent pas répliqués dans notre étude. Quatre explications se profilent. En premier lieu, comme nous étions à la recherche de facteurs communs aux deux parents, les variables non significatives pour un des deux parents ont été retirées du modèle, une par une, en commençant par celles qui étaient le moins significatives. En deuxième lieu, notre mesure de l'expérience antérieure est le produit d'un score combiné de « type d'expérience » par « intensité de l'expérience », la variable étudiée n'étant donc pas identique aux autres études. Troisièmement, la mesure de perceptions d'efficacité parentale était différente des études de Zahr (1993) et Gross et al. (1989). Finalement, il est possible que les parents ayant peu d'expérience antérieure, celle-ci influe peu sur leurs perceptions d'efficacité parentale.

Par ailleurs, la qualité et la disponibilité du réseau de soutien social ont régulièrement été identifiées comme facteurs déterminant de l'adaptation et du sentiment de compétence parentale par Lepage (1984) et Mercer (1990). Ces résultats non plus ne furent pas répliqués. Il est plausible que les mêmes explications que celles avancées ci-haut s'appliquent, en ce qui concerne la sélection des variables communes aux deux parents, au concept étudié et à sa mesure.

Retombées de la thèse

Cette thèse a établi que l'expérience des deux parents de la période postnatale immédiate est dense, que celle des pères a des caractéristiques distinctes, et qu'il existe un modèle de l'expérience postnatale qui est commun aux deux parents. Nous voulons maintenant créer un espace pour regarder différemment les soins aux mères et aux pères en période postnatale immédiate. Pour ce faire, nous invitons les partenaires dans les soins aux jeunes familles à réfléchir sur des retombées concrètes susceptibles d'avoir une portée significative au niveau du bien-être personnel, conjugal, parental et familial des parents. Nous désirons que ces retombées s'inscrivent dans le contexte social québécois et canadien, c'est-à-dire qu'elles tiennent compte du phénomène du court séjour ainsi que des ressources budgétaires et humaines restreintes. Ces propositions ne sont nullement des prescriptions de

comportements, mais plutôt le fruit de la réflexion suscitée à la fois par les résultats de cette thèse ainsi que notre pratique clinique et éducative auprès des parents primipares. Nous les présentons sous forme de retombées pour la recherche, pour la clinique et pour l'enseignement. Les retombées conceptuelles et méthodologiques sont abordées dans la conclusion.

Retombées pour la recherche

Dès 1974, Cronenwett & Newmark déterminaient que les contacts fréquents et précoces entre le père et son enfant étaient importants dans leurs relations subséquentes. Palkovitz (1984) a confirmé ceci, observant que le nombre d'heures que le père passait à l'hôpital en période postnatale immédiate prédisait son engagement avec son bébé de cinq mois. Notre étude apporte un complément d'informations dans le sens que les pères rapportant un plus long séjour en terme d'heures et de jours en milieu hospitalier rapportaient aussi une expérience plus riche et plus variée d'événements significatifs pour eux.

Des études récentes nous apprennent que les attitudes des pères (Mc Bride & Rane, 1997) et leurs croyances (Pleck, 1997) par rapport au rôle parental jouent un rôle important dans leur motivation et leur engagement réel dans les activités liées à l'enfant. En ce sens, il semble intéressant de proposer que des recherches soient effectuées afin d' :

- Explorer les attitudes et croyances des pères fortement engagés en période postnatale, par rapport aux pères moins fortement engagés,
- Identifier des approches d'enseignement qui facilitent l'apprentissage des pères aux soins à l'enfant.

Devault (2000), a illustré dans une autre recherche récente que les réactions des mères sont encore un facteur majeur qui freine la participation des pères. En ce sens, nous recommandons que soient :

- Explorées les attitudes et croyances des mères qui ont un partenaire fortement engagé, comparé aux mères dont le partenaire est moins engagé en période postnatale immédiate.

Par ailleurs, des études auprès des infirmières découlent de cette recherche, spécifiquement :

- Explorer les croyances, attitudes et interventions des infirmières auprès des mères et des pères,
- Examiner les perceptions des intervenants des moments critiques pour les parents et de l'aide apportée lors de la période postnatale.

Le modèle de l'expérience postnatale des parents appuie les prémisses du modèle « Processus- Personne- Contexte- Temps » et en ce sens, contribue à l'étude du développement de la parentalité. Un lien indirect est révélé entre les pratiques d'aide des infirmières et les perceptions d'efficacité parentale; toutefois, nous ignorons s'il existe un lien spécifique entre les perceptions d'efficacité des parents et la compétence réelle démontrée par ceux-ci. La présence d'un lien direct entre l'alliance parentale et les perceptions d'efficacité

nous invite à poursuivre cette étude dans le cadre d'un devis longitudinal, qui tiendrait compte différemment du facteur « temps » du modèle de Bronfenbrenner. Ceci nous permettrait de vérifier comment les pratiques d'aide, l'alliance parentale, les perceptions d'efficacité et les conduites parentales auprès de l'enfant s'articulent au fil du temps. Ainsi, il semble essentiel de :

- Répliquer cette étude, afin de vérifier la plausibilité du modèle de l'expérience postnatale,
- Explorer le type et la forme de la contribution du facteur « temps » dans la construction des perceptions d'efficacité parentale, en adoptant un devis longitudinal de recherche portant de la période prénatale à la période postnatale.

Retombées cliniques

Différents auteurs ont contribué à produire un portrait de plus en plus précis de l'aide apportée par les infirmières durant la période périnatale. Alors que de nombreux auteurs (Cobbett, 1995 ; Fields, 1987 ; Hodnett, 1989, 2000 ; Kintz, 1987 ; Quance, 2001 ; Shields, 1978 ; Weaver, 1989), ont dévoilé l'importance du soutien infirmier durant le processus d'accouchement, Paul et ses collaboratrices ont ouvert une nouvelle perspective sur le soutien offert en période postnatale immédiate (Paul, Lambert, St-Cyr-Tribble et Lebel, 1995 ; St-Cyr-Tribble, Gallagher, Paul, et Archambault, 2001).

Notre étude apporte des connaissances novatrices sur l'apport de l'infirmière en période postnatale immédiate. Elle permet de saisir de quelles façons l'infirmière peut soutenir les différents partenaires de la triade mère-père-bébé. En intégrant les résultats de cette thèse, aux travaux de Miron (1998), de Wright et Leahey (1994, 2001), de Wright, Watson et Bell (1996), de Dunst (1990, 1996 ; Dunst & Trivette, 1994) à nos travaux antérieurs auprès des couples (deMontigny, 1988 ; 1991), nous identifions deux pistes d'interventions infirmière qui peuvent être mise en place par celles-ci : créer un contexte pour le changement et créer une relation de collaboration et d'empowerment, afin de soutenir les relations privilégiées du parent, avec son enfant, avec son conjoint et avec son réseau. Ces pistes sont interreliées et consistent en différentes stratégies, dont les principales sont énumérées ci bas. Bien que certaines de ces stratégies soient plus pertinentes en période postnatale immédiate, d'autres par contre peuvent être appropriés à tout moment de la transition à la parentalité. De même, certaines ne sont pas dans le champs exclusif de l'infirmière, mais peuvent être intégrées dans la pratique de tout intervenant auprès des parents en cette période de transition.

Créer un contexte pour le changement

Wright, Watson et Bell (1996, p. 129) affirment que « la création d'un contexte propice au changement... » est le point central et fondamental du

processus thérapeutique. Cette construction d'un contexte n'est pas uniquement un pré requis, mais constitue en soi une intervention car l'engagement de l'intervenant (de Montigny, 1992 ; Tomm & Wright, 1979 ; Wright & Leahey, 2001) avec chacun des conjoints est un facteur primordial dans la mise en place et le maintien d'un changement (Beaudry et Boisvert, 1988 ; Elkaïm, 1989, Lacharité, 1991). Cette alliance thérapeutique se bâti lorsque l'infirmière offre une structure à la relation, en se présentant, en expliquant son rôle, en utilisant des outils de cueillettes d'informations systémiques tel le génogramme (deMontigny, 1992 ; Wright et Leahey, 2001) et la carte écologique famille-millieu (deMontigny et Beaudet, 1997). L'infirmière démontre sa neutralité en manifestant intérêt, chaleur, sincérité, honnêteté, écoute, respect et attention à chacun des membres. Lors de cette étude, les pères ont exprimé le désir que la spécificité de leur expérience et de leurs besoins soit reconnue. Pour ce faire, l'infirmière s'adresse tant au père qu'à la mère, démontrant sa curiosité pour leurs perceptions respectives. Ces caractéristiques de l'aidant sont nécessaires pour établir une relation de collaboration et d'empowerment avec le parent (Dunst, et al., 1996).

Créer une relation de collaboration et d'empowerment

Construire une relation de collaboration et d'empowerment exige de l'infirmière qu'elle croit en l'importance, tant pour le parent que pour elle-même,

d'être engagée dans cette relation. De même, croire dans les forces et les compétences du parent, en sa capacité à prendre en charge les situations de sa vie sont des attributs essentiels à l'aidant, selon Dunst, et al., (1996). Ces croyances s'articulent dans des pratiques d'aides « d'engagement participatif »²⁹ (Dunst, et al, 1996). Mettre en place des pratiques d'aides « d'engagement participatif » dépasse le niveau de la compétence technique en relation d'aide. Quoique celle-ci demeure importante, la relation de collaboration et d'empowerment requiert une redéfinition de l'espace thérapeutique. Le pouvoir de décision n'est plus alors le champs exclusif du professionnel, mais devient un terrain partagé où le parent exerce du contrôle sur les événements. Alors que le parent prend ses propres décisions concernant sa santé, la santé du bébé et le bien-être de sa famille, l'infirmière offre questions, idées, informations et soutien pour accompagner ces décisions et leur application.

Soutenir les relations privilégiées du parent avec son enfant.

Les caractéristiques de l'aidant, ses compétences techniques et son « engagement participatif » contribuent à créer une relation de collaboration qui peut influencer sur les perceptions d'efficacité des parents. Dans le cadre de cette collaboration, un ensemble de stratégies visant le modelage, l'acquisition d'expériences, la persuasion verbale (Bandura, 1995; Strecher, et al., 1986)

²⁹ Traduction libre par l'auteur de "participatory involvement".

sont aptes à renforcer ou confronter les croyances des parents en leur efficacité parentale, tout en soutenant leur relation avec leur nouveau-né. Les exemples ci-bas s'inspirent des propos des parents lors de la cueillette de données qualitatives de cette thèse :

- Soutenir et confirmer les habiletés parentales déjà développées (Ballenski & Cook, 1982) ; soutenir l'apprentissage et la pratique de nouvelles habiletés (Coleman & Karraker, 1997), par la cohabitation, par exemple, qui offre des occasions d'expériences concrètes,
- Créer des occasions de succès en identifiant les aspects spécifiques qui ont besoin d'être développés comme habiletés et en fragmentant les apprentissages des parents en composantes plus faciles,
- Mettre en mots les succès des parents, afin de leur démontrer leur progrès dans une tâche,
- Permettre aux parents d'observer d'autres parents en relation avec leur enfant,
- Enseigner aux parents comment décoder les habiletés et les comportements de leur nouveau-né (Higley & Miller, 1996), comment déterminer que le bébé se porte bien (Martell, 2001),
- Offrir des conseils par anticipation (Leonard et al., 1998), qui permettent, par exemple, au parent d'envisager des situations éducatives avec l'enfant et de trouver des façons d'y répondre,
- Faciliter l'expérience de l'allaitement en aidant les parents à trouver leurs façons de faire, sur la base de principes et non de règles (Green, 2001) et en donnant des occasions d'exprimer ses sentiments face à l'allaitement,

Enfin, les interventions centrées principalement sur le contenu ou l'acquisition d'habiletés se sont avérées insuffisantes (Coleman & Karraker,

1997 ; deMontigny & Dumas, 1993), les parents submergés d'informations devenant confus face à l'action à choisir. Miron (1998) propose comme alternative « l'intervention réflexive ». Cette forme d'intervention invite les parents à réfléchir à leurs problèmes et leurs difficultés, à expérimenter de nouvelles approches et à évaluer leurs actions, de sorte à poursuivre ou modifier leurs conduites parentales.

Soutenir les relations privilégiées du parent avec son conjoint.

Une attention particulière doit être portée à explorer les perceptions de chaque parent, car ceux-ci ne sont pas un miroir l'un de l'autre. En comparant les perceptions de chaque parent, en explorant leurs opinions des forces de chacun comme individu, comme parent, comme conjoint, chacun peut prendre conscience des perceptions de l'autre. Tout au long de cette thèse, on a pu constater l'importance d'offrir des stratégies de soutien à la relation conjugale en période périnatale, telles :

- Observer les interactions conjugales, tant ce qui est dit que comment cela est dit,
- Donner à chacun des occasions de communiquer et d'exprimer ses sentiments et ses besoins,
- Enseigner de nouveaux modes d'interactions par le modelage,
- Ouvrir la discussion sur le partage des tâches,
- Soutenir la recherche de moyens pour se soutenir mutuellement (de Montigny, 1988, 1991).

Soutenir les relations privilégiées du parent avec son réseau.

Les infirmières sont dans une position privilégiée pour aider le parent à faire des ponts avec les membres de son réseau formel et informel, par exemple en :

- Identifiant des moyens pour répondre à ses besoins physiologiques (repos, soulagement de la douleur, propreté) que psychologiques (expression de sentiment, relaxation),
- Expliquant les routines hospitalières,
- Aidant le parent à identifier son réseau de soutien,
- Facilitant le développement et la mise en place de groupe de soutien pour les parents.

Retombées pour l'enseignement

Deux éléments novateurs de cette thèse méritent d'être intégrés dans les curriculum d'enseignement en santé des mères, des pères et des bébés en période périnatale : les événements de la période postnatale et le modèle de l'expérience postnatale des parents.

De nombreux auteurs ont fait état de l'utilité des incidents critiques dans la formation en sciences infirmières (Benner, 1984 ; Dachelet, 1981). Les événements critiques identifiés par les parents peuvent servir d'éléments déclencheurs de discussion tant avec les apprenants qu'avec les cliniciennes,

en utilisant les mots des parents pour ouvrir le dialogue avec les cliniciennes afin d'explorer leurs perceptions des moments critiques de la période postnatale, lors de formations continues, par exemple.

Quant au modèle de l'expérience postnatale des parents primipares, il a comme particularité de mettre en évidence l'association entre le bien-être dans la relation parentale et la construction des perceptions d'efficacité parentale. Il interpelle tant les formateurs que les intervenants à former et être formés pour agir comme catalyseur et comme soutien des interactions parentales et conjugales. Déjà, en 1988, deMontigny recommandait que les infirmières soient formées « pour intervenir auprès de systèmes familiaux en acquérant non seulement des connaissances théoriques mais une formation pratique qui leur permettraient de soutenir le couple durant cette phase de transition » (p. 103). Bien que les programmes québécois de formation en sciences infirmières au premier cycle universitaire ciblent « le soutien des personnes et des familles » (Comité des spécialistes, 2000), il demeure que les soins en maternité sont bien souvent des soins « mère - enfant » . La vision de l'unité « mère – père - bébé » comme cible de soins reste encore à développer, afin que les milieux deviennent non seulement « amis des bébés » mais surtout « amis des familles » . Ceci peut se réaliser en :

- Structurant les expériences cliniques des étudiantes en sciences infirmières au premier cycle universitaire de façon à sortir des cadres traditionnels d'intervention et ouvrir vers l'intervention auprès d'unité « mère - père- bébé » ,

- Donnant des occasions aux étudiantes de mettre en pratique leurs habiletés à évaluer et intervenir auprès de jeunes familles, de la période prénatale à la période postnatale,
- Favorisant la réflexion sur les pratiques d'aides,
- Favorisant le contact avec des modèles de rôles.

Ces recommandations soutiennent une perspective de recherche, de pratique et d'enseignement centrées sur le développement de l'unité familiale. L'adoption de routines hospitalières plus flexibles et la création d'espaces de cohabitation qui tiennent compte des besoins physiques des pères et des mères sont autant d'éléments qui contribueront à améliorer l'expérience postnatale des parents.

CONCLUSION

Cette thèse explore l'expérience postnatale immédiate des parents d'un premier enfant et démontre que le séjour en milieu hospitalier après la naissance de l'enfant est un moment important tant pour les pères que pour les mères. Les deux parents sont perçus comme pouvant vivre des événements et des interactions avec les infirmières suffisamment intenses pour modifier leurs perceptions en tant que parents.

Une démarche en trois volets est choisie, chacun de ces volets abordant une facette du projet doctoral global, contribuant ainsi au processus synergique de construction des connaissances.

Le premier volet identifie, par une étude qualitative auprès de 26 parents (treize couples) les moments critiques de la période postnatale immédiate en milieu hospitalier, tels que perçus par les parents. L'analyse de cette information révèle que l'expérience postnatale des parents est riche et significative pour ceux-ci, les parents relatant de sept à cinquante incidents marquants durant leur séjour. Un inventaire des moments critiques de la période postnatale est construit à partir des événements identifiés par les parents.

Ce premier volet met en lumière les spécificités de l'expérience paternelle de la période postnatale. Le deuxième volet se penche donc sur l'analyse de cette expérience et la description de ces particularités. Une typologie de l'expérience des pères de la période postnatale immédiate est distinguée, en fonction de la présence du père sur l'unité.

Ces deux premiers volets ont permis d'identifier que les infirmières sont des intervenantes significatives pour les deux parents durant cette période. Le troisième volet de cette thèse vise alors à explorer la nature des liens entre les moments critiques de la période postnatale, les pratiques d'aide des infirmières et un ensemble de variables contextuelles et personnelles. Un modèle de l'expérience postnatale des parents est conçu et vérifié, en se basant sur la théorie de Bronfenbrenner. Un modèle de l'expérience parentale des parents, commun aux deux parents, est identifié comme plausible.

Cette thèse, effectuée dans un cadre interdisciplinaire, permet « l'intégration mutuelle de concepts directeurs » propres à la discipline infirmière et à la discipline de la psychologie, « de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et de l'organisation même de la recherche » (deKoninck, 1996). Les concepts de « perceptions d'efficacité » et de « perception de contrôle » permettent d'explorer l'expérience des parents alors que la théorie socio-cognitive (Bandura, 1996) et la théorie bio-écologique du développement

humain (Bronfenbrenner, 1996) encadrent cette démarche. La technique de l'incident critique, fréquemment utilisée en sciences infirmières, tant en recherche (Benner, 1984) qu'en éducation (Dachelet, 1981), a guidé la démarche qualitative de la thèse. La démarche quantitative s'est appuyée sur des instruments construits dans le cadre des deux disciplines, citons deMontigny (1999), deMontigny & Lacharité (2000), Reece (1992), Broussard (1978), en sciences infirmières et Dunst, et al., (1995), Spielberger (1983), Bartholomew & Horowitz (1991), Abidin & Brunner (1995), Lacharité, et al., (1999) en psychologie, ce qui entraîne des retombées méthodologiques pour ces deux disciplines.

L'intégration de ces points de vue, instrumentations et méthodologies, résulte en une collaboration interdisciplinaire efficace et est garante d'une optimisation de la qualité du produit (Kappeli, 1995). C'est ainsi que cette thèse a des retombées conceptuelles, en validant les prémisses sous-jacentes à la théorie bio-écologique du développement humain, telle la contribution des processus proximaux dans le développement humain. Les résultats nous apprennent que lors de moments de développement critique pour l'adulte, tel la naissance d'un premier enfant, les processus proximaux de courte durée peuvent être aussi significatifs dans la construction des perceptions d'efficacité des parents que ceux qui sont offerts sur une période continue et durable. De plus, cette étude précise que les perceptions d'efficacité sont touchées par les

pratiques d'aide des intervenants et confirme que, tel que pressenti par Bandura (1997), les perceptions d'efficacité découlent des perceptions de contrôle des individus. D'autres nuances conceptuelles sont découvertes, en particulier aux écrits de Bandura. Ainsi, l'expérience antérieure n'est pas associée, dans cette étude-ci, aux perceptions d'efficacité parentale, alors que cette variable était un facteur clé dans des études antérieures (par exemple, Savard, 1997). Par contre, l'anxiété et l'alliance parentale jouent un rôle aussi important dans la construction des perceptions d'efficacité parentale que précédemment identifié dans d'autres études (par exemple, Reece & Harkless, 1998).

Les connaissances de cette thèse contribuent également au développement des sciences infirmières, en nous informant de l'ampleur de l'expérience parentale en période postnatale immédiate, de la contribution de ces événements et des pratiques d'aide des infirmières aux perceptions d'efficacité des parents en période postnatale immédiate. Cette thèse dévoile le rôle unique que l'infirmière a la possibilité de jouer auprès des pères, des mères et de leur enfant à un moment crucial du développement de la famille qu'est la naissance du premier enfant.

Références

- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behavior. Journal of Clinical Child Psychology, 21(4), 407-412.
- Abidin, R., Brunner, J. (1995). Development of a parenting alliance inventory. Journal of Clinical and Child Psychology, 24, 31-40.
- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1991). Infants in Crisis: How Parents Cope With Newborn Intensive Care and its Aftermath. New York: Springer-Verlag.
- Ament, L. A. (1990). Maternal tasks of the puerperium re-identified. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, 19, 330-335.
- Anderson, B. E., & Nilsson, S. G. (1964). Studies in the reliability and validity of the critical incident technique. Journal of Applied Psychology, 48(6), 398-403.
- AWHONN. (1999). Standards for perinatal nursing. AWHONN Canada.
- AWHONN. (2001). Baby Friendly position. AWHONN Canada
- Ballenski, C. B., & Cook, A. S. (1982). Mothers' perceptions of their competence in managing selected parenting tasks. Family Relations, 31(4), 489-494.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychiatric Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-145.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. Cognitive Therapy and Research, 8(3), 231-255.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1989a). Human agency in social cognitive theory. American Psychologist, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1989b). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. Developmental Psychology, 25, 729-735.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden (Ed), Neurobiology of Learning, Emotion and Affect (pp. 229-270) (IV ed.,). New York: Raven.
- Bandura, A. (1992). Self-Efficacy: Thought Control of Action. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bandura, A. (1995a). Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies. Cambridge : Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1995b). Manual for the construction of self-efficacy scales. Stanford: Stanford University.
- Bandura, A. (1996). Ontological and epistemological terrains revisited. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27(4), 323-345.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Compagny.
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), 805-814.
- Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood : A socio-cultural analysis. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 1013-1020.
- Bardin, L. (1991). L'analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France.
- Barnes, L. P. (1996). Meeting the challenge of early discharge. American Journal of Maternal Child Nursing, 21, 129.
- Barnett, R. C., & Baruch, G. K. (1988). Correlates of fathers' participation in family work. In P. Bronstein, & C. P. Cowan. Fatherhood Today: Men's changing role in the family, (pp. 66-79). Toronto: John Wiley& Sons.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 226-244.
- Bar-Yam, N. B., & Darby, L. (1997). Father and breastfeeding: A review of the

- literature. Journal of Human Lactation, 13(1), 45-50.
- Beaudry, M., & Boivert, J. M. (1988). La psychologie du couple. Montréal: Méridien.
- Beger, D., & Cook, C. A. L. (1998). Postpartum teaching priorities: The viewpoints of nurses and mothers. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 27(2), 161-168.
- Bell, L. (1996). Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Bellemare, C. (1993). Influence des facteurs du réseau social sur le sentiment de compétence parentale de mères ayant des enfants d'âge préscolaire. Mémoire de maîtrise non publié, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Belsky, J. (1981). Early human experience : a family experience. Developmental Psychology, 17(1), 3-23.
- Belsky, J. (1994). Transition to Parenthood : How a First Child Changes a Marriage : Which Couples Grow Closer or Apart, and Why. New York: Delacorte.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. (1984). Menlo Park, Californie: Addison-Wesley Publishing.
- Bittman, S., & Zalk, S. R. (1978). Expectant Fathers. New York: Ballantine.
- Bloch, H., Chemama, R., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postel, J., Moscovici, S., Reuchlin, M., & Vurpillot, E. (1996). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse Borduas.
- Bollen, K. A. (1989). Structural Equations with Latent Variables. New York: Wiley.
- Bolté, C. (1994). L'évolution du sentiment de compétence parentale chez les nouveaux parents d'enfants nés prématurés. Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Québec.
- Brazelton, T. B. (1992). Touchpoints. Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Brickman, P., Kidder, L. H., Coates, D., Rabinowitz, V., Cohn, E., & Karuza, J. (1983). The Dilemmas of Helping: Making Aid Fair and Effective. New York: Academic Press, Inc.

- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J. Jr., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models in helping and coping. American Psychologist, 37(4), 368-384.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle "Processus- personne- contexte- temps" dans la recherche en psychologie du développement : Principes, applications et implications. In R. Tessier, & G. M. Tarabulsky, Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant. Ste-Foy: PUQ.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective : Bioecological model. Psychological Review, 101(4), 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In W. Kessen, & P. H. Mussen (Eds.), Handbook of Child Psychology: vol. 1. History, Theory, and Methods . (pp.115-125) New York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century : Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. Social Development, 9(1), 115-125.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R.M. Lerner. (Ed.), Handbook of Child Psychology (5th edition, Volume 1). (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Brookfield, S. (1990). The Skillfull Teacher: On Technique, Trust and Responsiveness in the Classroom. San Francisco: Jossey-Bass.
- Broom, B. L. (1998). Parental differences and changes in marital quality, psychological well-being, and sensitivity with firstborn children. Journal of Family Nursing, 4(1), 87-112.
- Broussard, E. R. (1978). Psychosocial disorders in children : Early assessment of infants at risk. Continuing Education, 44-57.
- Broussard, E. R., & Hartner, M. S. S. (1970). Maternal perception of the neonate as relates to development. Child Psychiatry and Human Development.1(1), 16-25.
- Brown, S. G., & Johnson, B. T. (1998). Enhancing early discharge with home follow-up : A pilot project. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 27(1), 33-38.
- Bryan, A. A. (2000). Enhancing parent-child interaction with a prenatal couple intervention. Maternal Child Nursing, 25, 139-145.

- Byrne, B. M. (2001). Structural Equation Modeling with AMOS Basic Concepts, Applications, and Programming. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Campbell, I. E. (1992). Early postpartum discharge : An alternative to traditional hospital stay. Midwifery, 8, 132-142.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books.
- Care, W. D. (1996). Identifying the learning needs of nurse managers. Journal of Nursing Staff Development, 12(1), 27-30.
- Carpentier, D. (1992). Paternité : Élaboration d'un instrument de collecte de données explorant les besoins des pères en périnatalité. Département de santé communautaire. Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke.
- Cobbett, S. L. (1995). Nurse Caring Behaviors During Labour: Perceptions of Postpartum Mothers. Mémoire de maîtrise non publié, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. Developmental Review, 18, 47-85.
- Comité des spécialistes. (2000). Projet de formation infirmière intégrée. Rapport soumis en décembre 2000 au comité directeur sur la formation infirmière intégrée.
- Coulombe, D. (2001). Analyse d'équations structurelles avec AMOS 4.0 Formation. UQAH.
- Courville, F. (1995). Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel: un élément clé du soutien en soins infirmiers. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières non publié, Université Laval, Québec.
- Cowan, P. A. (1991). Individual and family life transitions : A proposal for a new definition. In P. A. Cowan, & Hetherington (Eds), Family Transitions. (pp. 3-30). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1987). Men's involvement in parenthood: Identifying the antecedents and understanding the barriers. In P.W. Berman, F.A., Pedersen, Men's Transitions to Parenthood . (pp.145-173). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cox, K., Bergen, A., & Norman, I. J. (1993). Exploring consumer views of care provided by the Macmillan nurse using the critical incident technique. Journal of Advanced Nursing, 18, 408-415.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). Doing Qualitative Research. Newbury Park, Californie: Sage publications.
- Cronenwett, L.R., & Newmark, L.L. (1974). Fathers' responses to childbirth. Nursing Research, 23, 210-217
- Cronenwett, L.R., & Brickman, P. (1983). Models of helping and coping in childbirth. Nursing Research, 32(2), 84-88.
- Curry, M. A. (1983). Variables related to adaptation to motherhood in "normal" primiparous women. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 2, 115-121.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. Child Development, 57, 1507-1518.
- Dachelet, C. Z., Wemett, M. F., Garling, E. J., Craig-Kuhn, K., Kent, N., & Kitzman, H. J. (1981). The critical incident technique applied to the evaluation of the clinical practicum setting. Journal of Nursing Education, 20(8), 15-31.
- Daly, F. (1993). Reshaping fatherhood: Finding the models. Journal of Family Issues, 14(4), 510-530.
- de Montigny, F. (1988). Une intervention systémique à caractère multifamilial effectuée par l'infirmière auprès de couples en période prénatale. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- de Montigny, F. (1991). Une intervention de groupe d'orientation systémique auprès des couples en période prénatale. Revue Canadienne de santé mentale communautaire, 10(1), 167-183.
- de Montigny, F. (1992). L'entrevue familiale: une expérience dirigeable. Nursing Québec, 12(4), 31-37.
- de Montigny, F. (1999). Guide d'entrevue d'incident critique. Inédit.
- deMontigny, F. (2000). Questionnaire socio-démographie. Inédit.
- de Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). Lorsque la vie éclate: impact de la mort d'un enfant sur la famille. Montréal: ERPI.

- de Montigny, F., & Dumas, L. (1993). Le fonctionnement conjugal en période prénatale et postnatale : Expérimentation et évaluation d'une intervention systémique auprès de couples primipares. Rapport de recherche remis à la RRSSO, Outaouais.
- deMontigny, F., Lacharité, C. (2000). Inventaire des événements critiques de la période postnatale. Inédit.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (accepté) . Perceptions de pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des premières 72 heures postnatales. Revue Québécoise en psychologie.
- deMontigny, F. & Lacharité, C. (soumis). Perceived parental efficacy. Journal of Advanced Nursing.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of-intimacy scale. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(2), 218-225.
- Deslauriers, J. P. (1991). Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: McGraw Hill.
- Devault, A. (2000). Besoins exprimés par les pères et services existants : les résultats préliminaires d'une recherche exploratoire en Outaouais. Bulletin de Liaison du Conseil de Développement de la Recherche sur la Famille du Québec, 2(3), 1-8.
- Dickie, J. R. (1987). Interrelationships within the mother- father-infant triad. P. W. Berman, & F. A. Pedersen. Men's Transitions to Parenthood (pp. 113-143). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dubeau, D., & Coutu, S. (2000). Le choix d'une mesure de l'engagement paternel. In XXIIIe congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie. Communication.
- Dubouloz, C. J. (1996). Analyse des données en recherche qualitative. In M. F. Fortin (Éd.), Processus de la recherche . Montréal: McGraw-Hill.
- Dulac, G. (1997). Les demandes d'aides des hommes. Montréal: AIDRAH.
- Dulac, G. (1998). L'intervention auprès des pères: des défis pour les intervenants, des gains pour les hommes. P.R.I.S.M.E, 8, 190-206.
- Dulude, D., Bélanger, C., & Wright, J. (1999). L' adaptation parentale à la venue d'un nouvel enfant: perspectives et prospectives. Psychologie Canadienne, 40(4), 359-369.

- Dumas, L., & Lepage, M. (1999). Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale en promotion de l'allaitement. Rapport de recherche, Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais, Outaouais.
- Duncan, S. W., & Markman, H. J. (1988). Intervention program for the transition to parenthood: Current status from a prevention perspective. In G. Y. Michaels, & W. A. Goldberg (Eds.), The Transition to Parenthood. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dunst, C. J. (1990). Family support principles: checklists for program builders and practitioners. Family Systems Intervention Monograph, (5), 1-48.
- Dunst, C. J., Leet, H. E., & Trivette, C. M. (1988). Family resources, personal well-being, and early intervention. The Journal of Social Education, 22(1), 108-116.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1994). What is effective helping? In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Eds), Supporting & Strengthening Families: Methods, Strategies and Practices (chap. 13). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1995). Supporting & Strengthening Families. Methods, Strategies and Practice. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1996). Measuring the helpgiving practices of human services program practitioners. Human Relations, 49(6), 815-835.
- Dyers, E. D. (1963). Parenthood as a crisis: A re-study. Marriage and Family Living, (25), 196-201.
- Elkaim, M. (1989). Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Paris: Seuil.
- Entwisle, D. R., & Doering, S. G. (1981). The First Birth: A Family Turning Point. London: John Hopkins University Press.
- Epstein, N. B., Bishop, D. A., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. Journal of Marriage and Family Counselling, 4, 19-31.
- Evans, C. J. (1995). Postpartum care in the United States. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 24, 180-186.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult

- romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 281-291.
- Fein, R. A. (1976). The first weeks of fathering: the importance of choices and supports for new parents. Birth and The Family Journal, 3(2), 53-58.
- Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1994). Predictors of paternal role competence by risk status. Nursing Research, 43(2), 80-85.
- Field, P. A. (1987). Maternity nurses: How parents see us. International Journal of Nursing Studies, 24, 191-199.
- Fishbein, E. G. (1984). Expectant father's stress- due to the mother's expectations? Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, Sept.-Oct. 325-328.
- Fishbein, E. G., & Burggraf, E. (1998). Early postpartum discharge: How are mothers managing ? Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 27(2), 142-148.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. Psychological Bulletin, 51, 327-358.
- Fortier, M. (1999). Perceptions des parents primipares de leurs besoins dans le cadre d'un court séjour hospitalier. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Fox, M. L. (1989). Parental competence : Determinants of parental involvement with infants. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Austin, Texas.
- Freed, G. L., Fraley, K., & Schanler, R. J. (1992). Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. Pediatrics, 90(2), 224-227.
- Freed, G. L., Fraley, K., & Schanler, R. J. (1993). Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. The Journal of Family Practice, 37(2), 148-152.
- Freeman, T. (1951). Pregnancy as a precipitant of mental illness in man. British Journal of Medical Psychology, 24, 49-54.
- Froman, R. D., & Owen, S. V. (1990). Mothers' and nurses' perceptions of infant care skills. Research in Nursing and Health, 13, 247-253.
- Gamble, D., & Morse, J. (1993). Father of breastfed infants : postponing and types of involvement. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 22, 358-363.

- Geifer, M. A., & Nelson, C. (1981). A method to help new father develop parenting skills. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 10, 455-457.
- Gibaud-Wallston, J. (1977). Self-Esteem and Situational stress: Factors Related to Sense of Competence in New Parents. Unpublished doctoral dissertation. George Peabody College for teachers. Michigan.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). Development and utility of the parenting sense of competence scale. Conference Proceedings American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Giugliani, E. R. J., Caiaffa, W. T., Vogelhut, J., Witter, F. R., & Perman, J. A. (1994). Effect of Breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. Journal of Human Lactation, 10(3), 157-161.
- Goldberg, S. (1977). Social competence in infancy: A model of parent-infant interaction. Merrill-Palmer Quarterly, 23(3), 163-175.
- Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1998). Foundations of Maternal-Newborn Nursing. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Gottman, J. M. (1991). Chaos and regulated change in families : A metaphor for the study of transitions. In P. A. Cowan, & M. Hetherington (Eds), Family Transitions (pp. 247-272). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Graham, M. (1993). Parental sensitivity to infant cues : Similarities and differences between mothers and fathers. Journal of Pediatric Nursing, 8(6), 376-384.
- Gredef (1997a). Échelle des pratiques d'aide: traduction du Helping Practices Scale. Document interne.
- Gredef (1997b). Inventaire sur l'alliance parentale : traduction du Parenting Alliance inventory. Document interne.
- Green, M. (2001). Understanding the cultural context in North America : The breastfeeding dilemma . Scaling New Heights in Perinatal and Women's Health . Vancouver.
- Gross, D., Rocissano, L., & Roncoli, M. (1989). Maternal confidence during toddlerhood: Comparing preterm and fullterm groups. Research in Nursing & Health, 12, 1-9.
- Hakulinen, T., Laippala, P., & Paunonen, M. (1998). Relationships between infant temperament, demographic variables, and family dynamics of

- childrearing families. Journal of Advanced Nursing, 27, 458-465.
- Halpern, L. F., & McLean, W. E. Jr. (1997). "Hey mom, look at me!". Infant Behavior & Development, 20(4), 515-529.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52(3), 511-524.
- Helson. (1964). Adaptation level theory. New York: Harper & Row.
- Henderson, A. D., & Brouse, A. J. (1991). The experience of new fathers during the first three weeks of life. Journal of Advanced Nursing, 16, 293-298.
- Higley, A. M., & Miller, M. A. (1996). Development of parenting: Nursing resources. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25(8), 707-713.
- Hodnett, E. D., & Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. Research in Nursing & Health, 12, 289-297.
- Hodnett, E. D. (2000). Caregiver support for women during childbirth. In The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
- Holland, A. (1995). Fatherhood in transition: Men finding their feet as fathers. Australian Journal of Early Childhood, 20(2), 7-12.
- Hoyle, R. H., & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. In R. H. Hoyle (Ed), Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications (Chap. 9). Thousand Oaks, California: Sage.
- Huberman, M.A. & Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Montréal : ERPI.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. Journal of Clinical Child Psychology, 18(2), 167-175.
- Jones, L. C., & Lenz, E. (1986). Father-newborn interaction: Effects of social competence and infant state. Nursing Research, 35(3), 149-153.
- Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood. Nursing Research, 39(1). 11-16.
- Jordan, P. L., & Wall, V. R. (1990). Breastfeeding and fathers: Illuminating the darker side. Birth, 17(4), 210-213.
- Jöreskog, K. G. (1993). Testing structural equation models. In K. A. Bollen, & J.

- S. Long (Eds), Testing structural equation models (pp. 294-316) . Newbury Park, CA: Sage.
- Karuza, J. Jr., Coates, D., Cohn, E., Kidder, L., & Rabinowitz, V. C. (1983). Responsibility and helping. Academic Psychology Bulletin, 5(juin), 183-195.
- Kintz, D. L. (1987). Nursing support in labor. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 16, 126-130.
- Konold, T. R., & Abidin, R. R. (2001). Parenting alliance: A multifactor perspective. Assessment, 8(1), 47-65.
- Lacharité, C. (1991). Les défis de la psychologie face aux phénomènes conjugaux contemporains. Santé mentale au Québec. XVI,1,17-23.
- Lacharité, C., Moreau, M.-L., & Moreau, J. (1999). Agir ensemble: Le point de vue des parents sur la collaboration avec l'équipe en pédopsychiatrie. Rapport de recherche inédit, Centre Hospitalier régional de Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Lamb, M.E. (2001). Fathers, Mothers and Families: Shaping Child Development. Communication. VIII congrès international de l'Association internationale de formation et de recherche en éducation familiale (AIFREF), St Sauveur.
- LaRossa, R. (1988). Fatherhood and social change. Family Relations, 37, 451-457.
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et estime de soi. Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- Le Masters, E. E. (1957). Parenthood as crisis. Marriage and Family Living, (19), 352-355.
- Leonard, B. J., Skay, C. L., & Rheinberger, M. M. (1998). Self-management development in children and adolescents with diabetes: the role of maternal self-efficacy and conflict. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 13(4), 224-233.
- Lepage, L. (1984). Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social : application en soins infirmiers . Thèse doctorale non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Lessard, N., & Gagné, M. (1996). Analyse des besoins d'enseignements des mères qui quittent à 48 heures et moins postpartum. Rapport de recherche inédit. Sherbrooke: CUSE.
- Littman, H., Medendorp, S., & Goldfarb, J. (1994). The decision to breastfeed :

- The importance of a father's approval. Clinical Pediatrics, 33(4), 214-219.
- Magnusson, D., & Stattin, H. (1998). Person context interaction theories. In W. Damon (Ed), Handbook of Child Psychology (5th ed.)(ch.12). United States of America: John Wiley & Sons.
- Mahlmeister, L. (1996). Breastfeeding. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 25(1), 15.
- Majewsky, J. L. (1986). Conflicts, satisfactions and attitudes during transition to the maternal role. Nursing Research, 35(1), 10-14.
- Marsh, H. W., & Grayson, D. (1995). Latent variable models of multitrait-multimethod data. In R. H. Hoyle (Ed.), Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications (pp.177-198) . California: Sage.
- Martell, L. K. (2001). Heading toward the new normal: A contemporary postpartum experience. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 30(5), 496-506.
- Martell, L. K., & Mitchell, S. K. (1983). Rubin's puerperal change reconsidered. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 13, 145-149.
- May, K. A. (1982a). Factors contributing to first time father's readiness for fatherhood : An exploratory study. Family Relations, 31, 353-361.
- May, K. A. (1982b). Three phases of father involvement in pregnancy. Nursing Research, 31(6), 337-342.
- May, K. A., & Mahlmeister, L. R. (1994). Maternal and neonatal nursing: Family centered care. Philadelphia, Pennsylvania: J.B. Lippincott Co.
- McBride, B. A., & Rane, T. R. (1997). Role identity, role investments, and paternal involvement: Implications for parenting programs for men. Early Childhood Research Quarterly , 12, 173-197.
- McDonald, W. T. (1989). The Perceptions of Children Experiencing Parental Separation, Divorce, and Remarriage: An Approach Using the Critical Incident Technique. Unpublished doctoral dissertation, The University of Alberta, Edmonton, Alberta.
- McGrew, K. S., & Gilman, C. J. (1991). Measuring the perceived degree of parent empowerment in home-school relationships through a home-school survey. Journal of Psychoeducational Assessment, 9, 353-362.
- Ménard, A. M. (1999). Représentations du rôle paternel chez les infirmières. Mémoire de maîtrise non publié, Université d'Ottawa, Ontario.

- Mercer, R. T. (1985). Obstetric nursing research: past, present, and future. Birth Defects, 21(3), 29-70.
- Mercer, R. T. (1990). Predicting paternal role enactment. Western Journal of Nursing Research, 12(2), 156-158.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of family functioning eight months following birth. Nursing Research, 39(2), 76-82.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. Nursing Research, 43(1), 38-43.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. Research in Nursing and Health, 16(1), 45-56.
- Michlitsch, J. E., & Frankel, S. (1989). Helping orientations: Four dimensions. Perceptual and Motor Skills, 69, 1371-1378.
- Ministère de la santé et des services sociaux (M.S.S.S.) . (1997). Priorités nationales de santé publique 1997-2002 . Québec: M.S.S.S.
- Ministère de la santé et des services sociaux (M.S.S.S.). (1990). Naître égaux et grandir en santé : Un programme intégré de la promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Québec : M.S.S.S.
- Miron, J. M. (1998). La compétence parentale: une pratique réflexive. Journal of Educational Thought, 32(1), 21-42.
- Norman, I. A., Redfern, S. J., & Tomalin, D. A. O. S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. Journal of Advanced Nursing, 17, 590-600.
- Nugent, J. K., & Brazelton, T. B. (1989). Preventive intervention with infants and families: The NBAS model. Infant Mental Health Journal, 10(2), 84-99.
- Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The parenting sense of competence scale : Evidence of a stable factor structure and validity. Canadian Journal of Behavioural Science, 32(4), 251-261.
- Organisation Mondiale de la Santé . (1990). Innocenti Declaration : On the Protection, Promotion, and Support of Breast-Feeding. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1996). Champ d'exercice de la profession d'infirmière. Document de travail.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). Allaitement maternel: prise de position. Montréal: O.I.I.Q.
- Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of Practice. St-Louis: The C. V. Mosby Compagny.
- Orlando, I. J. (1961). The Dynamic Nurse-Patient Relationship. New York: Putnam.
- Orlando, I. J. (1972). The Discipline and Teaching of the Nursing Process. New York: Putnam.
- Osofsky, H. J., & Osofsky, J. D. (1980). Normal adaptations to pregnancy and new parenthood. In P. M. Taylor (Ed.), Parent-Infant Relationship (chap. 2). New York: Grune and Stratton Inc.
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 58(3), 472-486.
- Palkovitz, R. (1984). Parental attitudes and fathers' interactions with their 5 month old infants. Developmental Psychology, 20, 1054-1060.
- Palkovitz, R. (1992). Changes in father-infant bonding beliefs across couples' first transition to parenthood. Maternal Child Nursing Journal, 20(3-4), 141-153.
- Palm, G. F., & Palkovitz, R. (1988). The challenge of working with new fathers: Implications for support providers. In R. Palkovitz, M.B. Sussman, Transitions to parenthood (pp. 357-375). New York: The Haworth Press.
- Parke, R. D., & Sawin, D. B. (1978). The father's role in infancy: A re-evaluation. Birth and the Family Journal, 5(4), 365-371.
- Parse, R. R. (1987). Man-living-health theory of nursing. In R. R. Parse (Ed.), Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques (pp. 159-180). Philadelphia: W. B. Saunders Compagny.
- Paul, D., Lambert, C., St-Cyr-Tribble, D., & Lebel, P. (1995). L'intervention infirmière dans une perspective d'habilitation aux compétences parentales lors de la visite post-natale. Rapport de recherche non publié, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Pedersen, F. A. (1987). A perspective on research concerning fatherhood. In P. W. Berman, & F. A. Pedersen Men's Transitions to Parenthood (pp. 1-12). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Peplau, H. E. (1952). Interpersonal Relations in Nursing: A conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Perreault, É. (1996). La perception d'efficacité maternelle de primipares québécoises et le congé post-partum précoce. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Pleck, J. H. Father involvement: Levels, sources, and consequences. In M.E. Lamb The Role of the Father in Child Development (3rd. ed. ed., pp. 66-103). New York: Wiley.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilization. Philadelphie: J.B.Lippincott cie.
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1989). What being the parent of a new baby is like: Revision of an instrument. Research in Nursing & Health, 12, 323-329.
- Pridham, K. F., Lytton, D., Chang, A. S., & Rutledge, D. (1991). Early postpartum transition: Progress in maternal identity and role attainment. Research in Nursing & Health, 14, 21-31.
- Pruett, K. (1998). Research perspectives: Role of the father. Pediatrics, 102(5), 1253-1261.
- Quance, M. (2001). Needles or hands: Cure or care for pain in labor. Scaling New Heights in Perinatal and Women's Health. Vancouver.
- Ramos, M. C. (1992). The nurse-patient relationship: Theme and variations. Journal of Advanced Nursing, 17, 496-506.
- Reece, S. M. (1992). The parent expectations survey. Clinical Nursing Research, 1(4), 336-346.
- Reece, S. M. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 55. Maternal Child Nursing Journal, 21(3), 91-98.
- Reece, S. M., & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. Journal of Family Nursing, 4(2), 198-215.
- Reed, J. (1994). Phenomenology without phenomena: a discussion of the use of phenomenology to examine expertise in long term care of elderly patients. Journal of Advanced Nursing, 19, 336-341.
- Rimon, D. (1979). Nurses' perception of their psychological role in treating rehabilitation patients: a study employing the Critical incident technique. Journal of Advanced Nursing, 4, 403-413.

- Rocheleau, L., Boudreau, C., & Lacharité, C. (1998). Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité: Résultats d'une étude qualitative menée auprès de 12 femmes des CLSC Les Blés d'Or et Nicolet-Yamaska. Rapport de recherche inédit. Régie Régionale Mauricie/Centre du Québec..
- Rosenal, L. (1995). Exploring the learner's world: Critical incident methodology. Journal of Continuing Education Nursing, 26(3), 115-118.
- Roy, C. (1984). Introduction to Nursing : an Adaptation Model. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Rubin, R. (1961). Puerperal change. Nursing Outlook, 9(12), 753-755.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer publishing company.
- Ruchala, P. L. (2000). Teaching new mothers: Priorities of nurses and postpartum women. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 29(3), 265-273.
- Russell, C. S. (1974). Transition to parenthood. Journal of Marriage and the Family, (5), 294-301.
- Rustia, J., & Abbott, D. A. (1990). Predicting paternal role enactment. Western Journal of Nursing Research, 12(2), 145-160.
- Rutledge, D. L., & Pridham, K. F. (1987). Postpartum mothers' perceptions of competence for infant care. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, mai-juin, 185-194.
- Savard, J. (1997). Efficacité parentale perçue par des mères primipares exposées ou non aux soins d'infirmières ayant reçu la formation spécifique au programme d'aide périnatale aux parents(PAPP). Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Québec.
- Shereshefsky, P. M., Yarrow, L. J. (1973). Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation. New York: Raven Press.
- Shields, D. (1978). Nursing care in labour and patient satisfaction : A descriptive study. Journal of Advanced Nursing, 3, 535-550.
- Small, S., Luster, T. (1990). Youth at risk for teenage parenthood. Communication à la Creating Caring Communities Conference, novembre. East Lansing, Mich.: Michigan State University.
- Snarey, J. (1993). How Fathers Care for the Next Generation. A Four-Decade Study. Boston, Mass. : Harvard University Press.

- Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada. (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Ottawa: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux du Canada.
- Spielberger, C. D., & Sharma, S. (1976). Cross-cultural measurement of anxiety. In C. D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-Cultural Anxiety*. Washington: Hemisphere Pub.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Californie: Consulting Psychologists Press.
- Statistique Canada. (1996). *Familles, ménages et logement*. Statistique Canada : Ottawa.
- St-Cyr-Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D., & Archambault, J. (2001). L'habilitation des parents: Étude évaluative qualitative de l'intervention infirmière et psychosociale. Communication. VIII congrès international de l'Association internationale de formation et de recherche en éducation familiale (AIFREF), St Sauveur.
- Stevens, J. (1996). Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. 3rd.ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.
- Strecher, V. J., DeVillis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13(1), 73-91.
- Stromberg, A., & Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. Heart and Lung, sept/oct, 334-341.
- Taggart, M. E. (1983). Acquisition des connaissances et comportements chez des primipares à la suite de deux types de programmes éducatifs postnatals. Unpublished doctoral dissertation, Université de Montréal, Montréal.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1989). A general coefficient of determination for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 42, 233-239.
- Taylor, E. J. (1934). Of what is the nature of nursing? American Journal of Nursing, 34(5), 473-476.
- Tessier, R., Piché, C., Tarabulsky, G. M., & Muckle, G. (1992). Mothers' experience of stress following the birth of a first child: Identification of stressors and coping resources. Journal of Applied Social Psychology,

22(17), 1319-1339.

- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. Child Development, 62(5), 918-929.
- Tomlinson, P. S. (1996). Marital relationship change in the transition to parenthood: A reexamination as interpreted through transition theory. Journal of Family Nursing, 2(3), 286-305.
- Towne, R. D., & Afterman, J. (1955). Psychosis in males related to parenthood. Bulletin of the Menninger Clinic, 19, 19-26.
- Travelbee, J. (1966). Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: Davis.
- Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: Davis.
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. Psychometrika, 38, 1-10.
- Unicef. (1992). Adoptez l'initiative des amis des bébés. New York: Unicef House.
- Valois, P., Godin, G., Desharnais, R. (1991). Théories de prédiction du comportement. Monographies en mesure et évaluation. Département de mesure et évaluation. Faculté des sciences de l'éducation. Québec : Université Laval.
- Wainwright, W. H. (1966). Fatherhood as a precipitant of mental illness. American Journal of Psychiatry, 123, 40-44.
- Wandersman, L., Wandersman, A., & Kahn, S. (1980). Social support in the transition to parenthood. Journal of Community Psychology, 8, 332-342.
- Wandersman, L. P. (1980). The adjustment of fathers to their first baby: The roles of parenting groups and marital relationship. Birth and The Family Journal, 7, 155-161.
- Watters, N. E., & Kristiansen, C. M. (1995). Two evaluations of combined mother-infant versus separate postnatal care. Research in Nursing and Health, 18(1), 17-26.
- Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., & Jackson, D. D. (Paris). Une logique de la communication. 1972: Éditions du Seuil.
- Weaver, D. F. (1989). Nurses' views on the meaning of touch in obstetrical nursing practice. JOGNN, 19(2), 157-161.

- Wente, A. S., & Crockenburg, S. B. (1976). Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband-wife relationship. The Family Coordinator, 25(4), 351-357.
- Wiedenbach, E. (1964). Clinical Nursing: A Helping Art. New York: Springer.
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travaix, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., Painter, S. L., & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. Infant Mental Health Journal, 8(3), 251-265.
- Williamson, J. A., Webb, R. K., & Pryor, G. L. (1985). Anesthesia safety and the critical incident technique. Australian Clinical Review, 5, 57-61.
- Wilson, H. S., & Hutchinson, S. (1991). Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory. Qualitative Health Nursing, 1(2), 263-276.
- Wong, S. (1978). Nurse-teacher behaviors in the clinical field: apparent effect on nursing students' learning. Journal of Advanced Nursing, 3, 369-372.
- Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. Canadian Journal of Counselling, 20(4), 242-254.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). Nurses and Families. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2001). Nurses and Families. 3rd. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). Beliefs: The Heart of Healing in Families and Illness. New York: Basic Books.
- Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. Research in Nursing & Health, 14(4), 279-286.
- Zahr, L. K. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. Research in Nursing & Health, 16(5), 335-342.

APPENDICE A

ÉTUDE PILOTE

Cette étude pilote visait à cibler la méthodologie de recherche de l'étude principale et à expérimenter les instruments de cueillette de données afin de sélectionner les questionnaires les mieux adaptés à l'expérience spécifique des parents en période postnatale immédiate.

La participation à cette étude pilote est offerte à huit couples en attente d'un premier enfant, durant la 36^{ième} semaine de grossesse. Les couples sont recrutés par l'intermédiaire d'un organisme offrant des rencontres prénatales, par raison d'ordre pratique, la procédure de recrutement de l'échantillon en centre hospitalier étant plus complexe pour un petit nombre de participants. Les huit couples sont donc rencontrés, en groupe, par la chercheure, afin de leur offrir une participation à cette étude. Lors de cette rencontre de groupe, la chercheure explique les buts de l'étude, la participation souhaitée et les retombées de cet engagement pour eux. Les couples reçoivent alors un questionnaire de consentement (appendice B) décrivant cette information par écrit.

Quatre couples communiquent par la suite avec la chercheure afin d'exprimer leur intérêt à participer à l'étude. Ces couples ont accouché d'un premier enfant à l'intérieur de la période prévue pour la cueillette de données. Pour ce volet pilote, des couples ayant vécu des expériences variées telles : accouchement naturel ou par césarienne, avoir choisi d'allaiter ou avoir choisi

l'alimentation au biberon étaient ciblés, et ce, pour avoir le maximum de variété d'expériences de la maternité et de représentations de la période postnatale. Le fait de procéder à la sélection en période prénatale a fait en sorte que cette variété fut naturelle.

Durant cette étude pilote, il s'agit de rencontrer les pères et les mères en entrevues individuelles, à leur domicile, en période postnatale (3 à 7 jours post-partum). Les entrevues auprès de l'un et l'autre des parents se font en privé et sont d'une durée maximale d'une heure et demie. Le bébé est habituellement sous les soins du parent qui n'est pas en entrevue. Au début de la prise de contact avec les parents, le but de la recherche est de nouveau expliqué aux deux parents et un questionnaire de consentement est signé par chacun. Les entrevues étant enregistrées, un consentement est signé pour autoriser l'enregistrement audio. La chercheuse vérifie auprès des parents lequel désire commencer. Chaque parent remplit un cahier questionnaire (appendice B) composé du questionnaire socio-démographique (deMontigny, 1999), le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale de Gibaud-Wallston (1977) et le questionnaire de collaboration parents/professionnels de McGrew & Gilman (1991) pendant l'entrevue de l'autre parent. Ceci lui prend environ 15 minutes.

Un guide d'entrevue semi-ouverte a été élaboré, en se basant sur l'expérience de la chercheure, afin d'explorer les attentes des pères et des mères envers l'expérience d'hospitalisation, envers les soins infirmiers, la collaboration perçue avec le personnel, les pratiques d'aide perçues et leur perception de l'expérience de parent. L'échelle de collaboration parents/professionnels de McGrew & Gilman ainsi que le questionnaire des pratiques d'aide de Dunst et al. (1994) ont été des éléments clés pour colliger ces questions d'entrevues. Ces questionnaires américains, traduits et validés en français par des chercheurs québécois, abordent les thèmes à l'étude, mais ne sont pas spécifiques aux domaines à l'étude : soit les pratiques d'aide des infirmières et la perception d'efficacité personnelle des parents en période postnatale immédiate. Il y avait donc lieu de tester ces questionnaires auprès d'un groupe restreint après leur adaptation à cette clientèle.

Huberman & Miles (1991) préconisent l'analyse en cours de recueil de données car elle permet d'alterner des périodes de réflexions sur les données recueillies avec des mises au point de stratégies de cueillette de sorte à corriger les défauts au fur et à mesure. Après chaque entrevue, une fiche synthèse de l'entretien est donc rédigée afin de résumer les faits saillants de l'entrevue et de dégager les impressions prédominantes chez la chercheure. Parallèlement, les données brutes (enregistrements audio en direct et observations au vol ou notes de terrain) sont retranscrites.

L'analyse de cette étape permet d'établir que le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale de Gibaud-Wallston, préalablement sélectionné, n'est pas adapté pour cette étude, car il n'est pas assez spécifique à la période postnatale. Par ailleurs, l'analyse de contenu des données obtenues lors de ce groupe pilote permet de relever que chaque conjoint a identifié un ou des incidents critiques de la période postnatale immédiate, qui étaient associés à des comportements et attitudes de l'infirmière qui ont été identifiés comme aidant ou non. Le groupe pilote a donc généré l'idée d'utiliser la technique de l'incident critique.

Finalement, l'information obtenue trois jours postnatals était aussi détaillée que celle obtenue huit jours postnatals. Il n'apparaît pas évident que de nouvelles informations auraient été obtenues lors d'une visite ultérieure (par exemple : à six semaines postnatales). Cette information a guidé l'élaboration du déroulement de l'étude principale, permettant d'éliminer la nécessité d'une démarche longitudinale

APPENDICE B

RECUEIL D'INSTRUMENTS POUR L'ÉTUDE PILOTE

Questionnaire de consentement

Projet de recherche explorant les perceptions des pères et des mères d'un premier enfant de l'aide apportée par les infirmières en période postnatale et de leur sentiment d'efficacité comme parent.

Chercheuse : Francine de Montigny, infirmière, M.Sc.Inf., étudiante doctorale en psychologie. UQTR.

Collaborateurs de recherche : Université du Québec à Hull

Devenir parent est un moment important dans votre vie. C'est pourquoi je désire vous rencontrer afin de mieux connaître comment vous percevez l'aide apportée par les infirmières durant votre séjour à l'hôpital après la naissance de votre enfant et votre sentiment d'efficacité comme parent. Les informations obtenues au cours de cette étude permettront aux infirmières de mieux comprendre ce que vivent les nouveaux parents et de connaître davantage de façons de les aider après la naissance de leur premier enfant.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous demanderai de :

- signer ce formulaire de consentement ,
- de me rencontrer, à votre domicile, à un temps qui vous convient, pour un entretien d'une durée approximative de quarante-cinq minutes, et ce, dans les premier dix jours suivant la naissance de votre enfant. Durant notre rencontre, je vous demanderai de remplir différents questionnaires.
- d'accepter que j'aies accès à votre dossier.

Votre participation à cette étude est volontaire et vous demeurez libre de vous retirer de l'étude en tout temps ou de refuser de répondre à certaines questions durant l'entrevue et ce, sans crainte pour les services et soins que vous êtes en droit de recevoir. Les données recueillies durant l'entrevue sont **confidentielles**. Dès le moment où vous signez ce consentement, un numéro de participant vous sera attribué, la liste des participants sera mise sous clé et en aucun cas votre nom ne sera divulgué.

Je.....ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'accepte librement de participer à l'étude conduite par Mme de Montigny.

Je conserve une copie de ce formulaire de consentement . Mes coordonnées sont :

Signature de la chercheuse

Date

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez vous adresser à Mme Francine de Montigny au numéro 568-0228.

Questionnaire socio-démographique (deMontigny, 1999)

1. Âge au moment de l'accouchement : _____
2. a) Êtes-vous née au Canada : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
b) Si non, pays de naissance : _____
c) Au Canada depuis : _____
3. Êtes-vous: 1. mariée ☐ ou 2. en union de fait ☐
4. Depuis combien d'années vivez-vous en couple avec le père de l'enfant : _____
5. Quel est votre niveau d'éducation :
 1. Primaire : ☐
 2. Secondaire : ☐
 3. Collégial : ☐
 4. Universitaire : ☐
6. Quel est votre statut d'emploi :
 1. Temps complet : ☐
 2. Temps partiel : ☐
 3. Temps occasionnel : ☐
 4. Étudiante : ☐
 5. Sans emploi : ☐
7. a) Est-ce votre première grossesse : 1. Oui : ☐ 2. Non : ☐
b) Si non, nombre de grossesses antérieures: _____
8. Quel était votre état de santé durant la grossesse :
 1. Mon état de santé ne restreignait pas mes activités : ☐
 - b) Cochez ce qui s'applique:
 2. Mon état de santé restreignait mes activités au travail : ☐
 3. Mon état de santé restreignait mes activités à la maison : ☐
 4. Mon état de santé restreignait mes activités à l'extérieur de la maison (magasinage, etc): ☐
 5. Mon état de santé restreignait mes activités sociales: ☐
9. Avez-vous suivi des rencontres prénatales: 1. Oui: 2. Non: ☐
10. Nombre de semaines de grossesse au moment de l'accouchement:
 1. <36 semaines: ☐
 2. 36-40 semaines: ☐
 3. > 40 semaines : ☐

11. Quel a été le type d'accouchement :
1. vaginal : ☐
 2. vaginal avec épidurale ou rachidienne : ☐
 3. césarienne avec épidurale ou rachidienne : ☐
 4. césarienne avec anesthésie générale : ☐
12. Quelle a été la durée du séjour en maternité :
1. 1 journée : ☐
 2. 2 journées : ☐
 3. 3 journées : ☐
 4. plus de 4 journées : ☐
13. Avez-vous cohabité avec bébé :
1. le jour : ☐
 2. la nuit : ☐
 3. le jour et la nuit : ☐
14. Quelle a été la durée de la cohabitation :
- | | | | | |
|--------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Jour 1 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
| Jour 2 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
| Jour 3 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
15. Avez-vous participé aux rencontres de groupe (soins au bébé) à l'hôpital:
1. Oui : ☐ 2. Non: ☐
16. Quel est votre choix d'alimentation pour le bébé :
1. allaitement au sein : ☐
 2. biberon : ☐
 3. alimentation mixte biberon-sein : ☐
17. Est-ce que votre état de santé depuis la naissance de votre bébé restreint vos activités?
- 1 Mon état de santé ne restreint pas mes activités : ☐
- Cochez ce qui s'applique:
- 2 Mon état de santé restreint mes activités à la maison : ☐
 - 3 Mon état de santé restreint mes activités sociales : ☐
 - 4 Mon état de santé restreint mes activités à l'extérieur(magasinage, etc): ☐
 - 5 Mon état de santé restreint mes activités au travail: ☐
18. Quel était l'état de santé de l'enfant au moment du congé :
1. Bon : ☐
 2. Moyen : ☐
 3. Pauvre : ☐
19. Avez-vous de l'expérience antérieure (gardiennage, etc) avec les bébés :
1. Beaucoup: ☐
 2. Moyen: ☐
 3. Peu ou pas du tout: ☐
20. Avez-vous reçu la visite de l'infirmière du CLSC:
1. Oui: ☐
 2. Non: ☐

Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale
(Gibaud-Wallston, 1977)

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE ÉDUCATIVE PARENTALE

(Bernard Terrisse et DenisTrudelle, 1988)

Adaptation et traduction du Parenting Sense Of Competence (Gibaud-Wallston, 1977)

Modifié par Francine de Montigny (UQAH / UQTR, 1998)

Version mère

No. Id. : _____

Date: _____

Instructions: Ce questionnaire présente une série d'énoncés qualifiant la façon dont les parents se sentent face à leur rôle.

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec chaque énoncé de la façon suivante :

Si vous êtes **tout à fait d'accord**, encerclez le chiffre 1

Si vous êtes **d'accord**, encerclez le chiffre 2

Si vous êtes **moyennement d'accord**, encerclez le chiffre 3

Si vous êtes **moyennement en désaccord**, encerclez le chiffre 4

Si vous êtes **en désaccord**, encerclez le chiffre 5

Si vous êtes **tout à fait en désaccord**, encerclez le chiffre 6

À la droite de chaque question apparaît une rangée de chiffre. Encerclez celui qui convient à votre choix de réponse. N'encerclez qu'un chiffre. Ne vous préoccupez pas de la parenthèse à l'extrême droite de la feuille.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez spontanément, votre réponse est la meilleure.

	1	2	3	4	5	6
	Tout à fait d'accord	D'accord	Moyennement d'accord	Moyennement en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1. Les problèmes liés à l'éducation d'un bébé sont faciles à régler quand on sait de quelle façon il réagit à ce que nous faisons.	1	2	3	4	5	6 _____
2. Être parent peut être gratifiant, mais moi je me sens frustrée parce que mon bébé est trop jeune.	1	2	3	4	5	6 _____
3. Lorsque je me couche le soir, j'ai l'impression de ne pas avoir fait grand chose pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6 _____
4. Quelquefois, lorsque je devrais contrôler la situation avec mon bébé, je m'en sens incapable.	1	2	3	4	5	6 _____

1 Tout à fait d'accord	2 D'accord	3 Moyennement d'accord	4 Moyennement en désaccord	5 En désaccord	6 Tout à fait en désaccord	
5. Ma mère était mieux préparée que moi à être une bonne mère.	1	2	3	4	5	6 ____
6. Un mère débutante pourrait apprendre à être une bonne mère en prenant exemple sur moi.	1	2	3	4	5	6 ____
7. On apprend à être parent, et la plupart des problèmes d'éducation sont faciles à résoudre.	1	2	3	4	5	6 ____
8. C'est difficile pour une mère de savoir si ce qu'elle fait avec son bébé est bon ou mauvais.	1	2	3	4	5	6 ____
9. Quelquefois, j'ai l'impression que je n'arrive à rien faire de bon en tant que mère.	1	2	3	4	5	6 ____
10. La compétence que j'acquiers en prenant soin de mon bébé répond à mes aspirations personnelles.	1	2	3	4	5	6 ____
11. Si quelqu'un peut trouver ce qui ne va pas chez mon bébé, c'est bien moi.	1	2	3	4	5	6 ____
12. Je ne suis pas intéressée à mon rôle de mère car mes compétences et mes intérêts se situent ailleurs.	1	2	3	4	5	6 ____
13. Bien que je sois mère depuis peu de temps, je me sens à l'aise dans ce rôle.	1	2	3	4	5	6 ____
14. Si être mère d'un jeune bébé était plus intéressant, je serais plus motivée à jouer mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6 ____
15. Je crois vraiment que j'ai toutes les compétences nécessaires pour être une bonne mère.	1	2	3	4	5	6 ____
16. Être mère me rend tendue et anxieuse.	1	2	3	4	5	6 ____
17. Être mère est satisfaisant en soi.	1	2	3	4	5	6 ____

Questionnaire de collaboration parents/professionnels
(McGrew & Gilman, 1991)

Questionnaire 3: Père

Instructions : En répondant aux questions suivantes, pensez à _____ qui a été une infirmière significative pour vous pendant le séjour de votre conjointe en maternité.

Pour chaque question, veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux votre relation avec cette personne. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à votre expérience, veuillez inscrire celle qui s'en rapproche le plus. **Votre première réaction à chaque question** devrait être votre réponse. Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 Fortement en accord	2 Généralement en accord	3 Parfois en accord parfois en désaccord	4 Généralement en désaccord	5 Fortement en désaccord	
1. L'infirmière s'intéressait et portait attention à mon bébé et à notre famille.	1	2	3	4	5
2. Les suggestions et les conseils de l'infirmière concernant les façons de s'y prendre avec mon bébé à la maison me rendaient inconfortable.	1	2	3	4	5
3. L'infirmière allait au devant des préoccupations et des besoins de notre famille.	1	2	3	4	5
4. L'infirmière et moi avions des idées différentes à propos de ce qui était le plus important concernant les services que mon bébé et ma conjointe recevaient.	1	2	3	4	5
5. Je suis la personne (avec ma conjointe) qui prenait les décisions les plus importantes concernant la poursuite ou les changements dans les services que recevaient mon bébé et ma conjointe.	1	2	3	4	5
6. J'ai rarement demandé à l'infirmière des conseils et des suggestions parce que ce qu'elle me proposait requérait habituellement trop d'effort de ma part ou était trop compliqué à appliquer.	1	2	3	4	5
7. L'infirmière m'a encouragé à chercher de l'aide auprès des autres membres de ma famille et auprès de mes amis lorsque j'en aurai besoin.	1	2	3	4	5
8. Les conseils et les suggestions de l'infirmière sur les façons d'aborder notre bébé à la maison ont rarement produit des résultats rapides.	1	2	3	4	5
9. En suivant les conseils et suggestions de l'infirmière concernant des situations difficiles, j'ai appris à mieux me débrouiller sans son assistance face à des situations similaires.	1	2	3	4	5
10. Je me serais senti inconfortable de donner des conseils ou de faire des suggestions à l'infirmière si elle m'avait demandé mon avis ou mon assistance.	1	2	3	4	5
11. J'ai l'impression que c'est moi, avec ma conjointe, qui était responsable de la plupart des succès que notre bébé et notre famille ont rencontrés.	1	2	3	4	5
12. Il était difficile, pour l'infirmière et pour nous, de travailler ensemble lorsqu'il s'agissait de planifier les services que notre bébé et ma conjointe devaient recevoir.	1	2	3	4	5
13. Je me suis senti à l'aise de discuter avec cette infirmière des problèmes et des difficultés que j'ai rencontrés dans mes activités de nouveau père.	1	2	3	4	5
14. Je me suis senti à l'aise de dévoiler à cette infirmière des choses qui me concernent personnellement et que je ne dis pas à tout le monde.	1	2	3	4	5
15. Je me suis senti à l'aise d'exprimer à cette infirmière les besoins que je ressentais dans mes activités de nouveau père.	1	2	3	4	5

Questionnaire d'échelle des pratiques d'aide
(Trivette & Dunst, 1997)

Échelle des pratiques d'aide (Dunst, et al., 1996) (Version mère)

Les diverses manières qu'ont les infirmières d'interagir avec les parents influencent parfois le caractère aidant et utile des conseils et du soutien qu'elles offrent. Les questions suivantes vous permettent de décrire vos impressions vis-à-vis l'aide que vous avez reçue d'une infirmière ou deux en particulier.

Y a-t-il une ou deux infirmières qui, durant votre séjour en maternité, après votre accouchement ont été plus significatives pour vous ?

1. oui _____ 2. non _____

Si non, continuez l'entrevue en examinant le personnel infirmier en général comme une "équipe d'infirmières".

Si oui, durant le cours de votre séjour en maternité, après votre accouchement, combien d'heures avez-vous été en contact avec cette infirmière.

Quantité de contacts durant le séjour en maternité

< 1 2 3 4 5 et +

Fréquence des contacts/jour

< 1 2 3 4 5 et +

Durant quel moment de la journée principalement avez-vous eu ces contacts.

matin après-midi soirée nuit

L'infirmière la plus significative pour vous est-elle celle avec laquelle vous avez eu le plus de contacts.

1. oui ____ 2. non ____ 3. je ne sais pas ____

Lisez bien chacun des énoncés suivants et encerclez la réponse qui décrit le mieux votre impression et votre idée vis-à-vis de l'aide que vous procure l'infirmière que vous avez identifiée sur la page ci-haut. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse à ce questionnaire. Nous souhaitons simplement connaître votre opinion sincère sur le sujet. Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. L'infirmière en question ne pourra y avoir accès sous aucune condition. Seulement le personnel de recherche manipulera ces informations confidentielles.

1. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à croire que les parents connaissent leurs besoins et leurs forces. Comment décririez-vous vos impressions que cette infirmière croyait que vous connaissiez vos besoins et vos forces.

1	2	3	4	5	
Ne me traitait à peu près jamais comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait rarement comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait parfois comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait habituellement comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait presque toujours comme si je connaissais mes besoins et mes forces	<input type="text"/>

2. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur façon de voir les parents sous un angle négatif ou positif. Quelles sont vos impressions que cette infirmière vous voyait sous un angle négatif ou positif.

1	2	3	4	5	
Me voyait presque toujours sous un angle négatif	Me voyait parfois sous un angle négatif	Ne me voyait ni négativement ni positivement	Me voyait parfois sous un angle positif	Me voyait presque toujours sous un angle positif	<input type="text"/>

3. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à supporter les décisions que prennent les parents concernant les manières d'agir vis-à-vis leur enfant. Comment décririez-vous jusqu'à quel point cette infirmière vous apportait du soutien lorsque vous preniez une décision concernant votre bébé.

1	2	3	4	5	
Ne me soutenait à peu près jamais dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait rarement dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait parfois dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait habituellement dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait presque toujours dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	<input type="text"/>

4. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à aider les parents à apprendre de nouvelles habiletés qui leur permettent d'obtenir ce qui leur faut (des services, du soutien, etc.) pour satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous aider à apprendre de nouvelles habiletés qui vous permettent d'obtenir ce qu'il faut pour satisfaire vos besoins.

1	2	3	4	5	
Ne m'aidait à peu près jamais à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait rarement à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait parfois à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait habituellement à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait presque toujours à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	_____

5. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à encourager les parents à prendre leurs propres décisions concernant ce qui est le mieux pour leur enfant. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous encourager à prendre vos propres décisions concernant votre enfant.

1	2	3	4	5	
Ne m'encourageait à peu près jamais à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait rarement à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait parfois à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait habituellement à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait presque toujours à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	_____

6. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à faire des suggestions qui sont directement très utiles aux parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point les suggestions que vous faisait cette infirmière vous apparaissaient utiles ?

1	2	3	4	5	
Ne m'offrait à peu près jamais des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait rarement des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait parfois des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait habituellement des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait presque toujours des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	<input type="text"/>

7. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois vis-à-vis l'importance qu'ils accordent à aider les parents à trouver des solutions à leurs problèmes. Comment décririez-vous l'importance qu'accordait cette infirmière à trouver des solutions à vos problèmes?

1	2	3	4	5	
N'accordait à peu près jamais d'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait rarement de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait parfois de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait habituellement de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait presque toujours de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	<input type="text"/>

8. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans la façon qu'ils ont d'aider les parents à faire des plans concernant ce qui s'en vient dans le futur ou à attendre que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et du soutien. Comment décririez-vous l'attitude de cette infirmière face aux efforts qu'elle faisait pour vous aider à planifier ce qui s'en venait dans le futur ou plutôt à attendre que les choses aillent mal avant d'agir.

1	2	3	4	5	
Attendait presque toujours que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et de l'aide	Attendait habituellement que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et de l'aide	Parfois attendait/parfois m'aidait à faire des plans	M'aidait habituellement à faire des plans concernant ce qui s'en venait	M'aidait presque toujours à faire des plans concernant ce qui s'en venait	<input type="text"/>

9. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à être honnêtes et sincères à l'endroit des parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point cette infirmière vous apparaissait honnête et sincère à votre endroit.

1	2	3	4	5	
À peu près jamais honnête et sincère à mon endroit	Rarement honnête et sincère à mon endroit	Parfois honnête et sincère à mon endroit	Habituellement honnête et sincère à mon endroit	Presque toujours honnête et sincère à mon endroit	_____

10. *Les personnes qui apportent de l'aide* offrent parfois des conseils et du soutien qui occasionnent plus de troubles et de soucis que de bénéfices aux parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point l'aide apportée par cette infirmière vous a causé ou vous cause encore des troubles et des soucis comparés à ce qu'elle a apporté ou apporte encore comme bénéfices.

1	2	3	4	5	
Les conseils et le soutien offerts ne valaient à peu près jamais les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient rarement les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient parfois les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient habituellement les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient presque toujours les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	_____

11. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans les efforts qu'ils mettent à essayer de comprendre les préoccupations des parents en tentant de se placer dans leur position. Comment décririez-vous les efforts que cette infirmière semblait faire pour comprendre vos préoccupations.

1	2	3	4	5	
N'essayait à peu près jamais de comprendre mes préoccupations	Essayait rarement de comprendre mes préoccupations	Essayait parfois de comprendre mes préoccupations	Essayait habituellement de comprendre mes préoccupations	Essayait presque toujours de comprendre mes préoccupations	_____

12. *Les personnes qui apportent de l'aide diffèrent parfois dans leur capacité à manifester de la chaleur et de l'attention bienveillante envers les parents. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière de manifester à votre endroit de la chaleur et de l'attention bienveillante.*

1	2	3	4	5	
Ne semblait à peu près jamais me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait rarement me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait parfois me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait habituellement me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait presque toujours me manifester de la chaleur et de l'attention	_____

13. *Les personnes qui apportent de l'aide diffèrent parfois dans leur capacité à considérer les parents comme étant des personnes capables d'apprendre de nouvelles habiletés leur permettant de mieux résoudre leurs problèmes et mieux satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous les habiletés de cette infirmière à considérer que vous êtes capable d'apprendre de nouvelles habiletés.*

1	2	3	4	5	
Ne semblait à peu près jamais me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait rarement me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait parfois me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait habituellement me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait presque toujours me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	_____

14. *Les personnes qui apportent de l'aide diffèrent parfois dans leur capacité à accorder aux parents le mérite pour le succès et les progrès à mieux résoudre leurs problèmes et à mieux satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous que cette infirmière semblait vous attribuer le mérite pour le succès et les progrès dans la résolution de vos problèmes et la satisfaction de vos besoins.*

1	2	3	4	5	
Ne m'attribuait à peu près jamais le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait rarement le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait parfois le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait habituellement le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait presque toujours le mérite pour les succès et les progrès	_____

15. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à écouter ce que les parents ont à dire sur leur enfant ou les autres membres de leur famille. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous écouter.

1	2	3	4	5	
N'écoutait à peu près jamais ce que j'avais à dire	Écoutait rarement ce que j'avais à dire	Écoutait parfois ce que j'avais à dire	Écoutait habituellement ce que j'avais à dire	Écoutait presque toujours ce que j'avais à dire	<input type="text"/>

16. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur façon d'exprimer aux parents qu'ils ont droit et qu'il mérite pleinement l'aide que leur enfant et eux reçoivent. Comment décririez-vous l'attitude de cette infirmière à vous exprimer que vous méritez pleinement de recevoir l'aide dont vous et votre bébé avez besoin.

1	2	3	4	5	
Ne m'exprimait à peu près jamais que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait rarement que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait parfois que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait habituellement que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait presque toujours que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	<input type="text"/>

17. Durant votre séjour à la maternité, jusqu'à quel point avez-vous eu l'impression d'avoir du contrôle sur le soutien et les services que vous et votre bébé avez reçu de cette infirmière. Sur une échelle de 0 à 10, indiquez-moi le degré de contrôle que vous avez l'impression d'avoir eu sur ce plan.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu de contrôle					Énormément de contrôle				

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Guide d'entrevue semi-ouverte

(deMontigny, 1998)

Questions guides d'entrevue
Élaborées par F. de Montigny (1998)
Groupe pilote
(Mère)

No id: _____

Date: _____

Bonjour, j'aimerais parler avec vous, aujourd'hui, de votre expérience de devenir parent. Cela ne fait que quelques jours que vous êtes devenue mère. J'aimerais comprendre comment cela se passe pour vous, qu'est ce que vous vivez dans cette expérience. Les informations que vous allez partager avec moi vont permettre aux infirmières de mieux comprendre ce que vivent les nouvelles mères et de connaître davantage de façons de les aider après la naissance de leur premier enfant.

1. Durant votre grossesse, quelles idées/ quelles attentes aviez-vous envers le séjour en centre hospitalier, après la naissance de votre enfant, pour vous ? pour votre conjoint ? pour votre bébé? *Pourriez-vous me les décrire?*
2. En pensant toujours aux jours qui ont suivi la naissance de votre enfant, à l'hôpital, aviez-vous des images/ *des attentes*, durant la grossesse, de l'aide que l'infirmière vous apporterait ? de l'aide qu'elle apporterait à votre conjoint ? de l'aide qu'elle apporterait à votre bébé? *Pourriez-vous me les décrire ?*
3. Durant cette période qui a suivi la naissance de votre enfant, cette période à l'hôpital, aviez-vous des besoins particuliers, *des choses que vous auriez voulu que l'on fasse pour vous, que l'on vous dise, que l'on s'occupe, des façons d'être traitée ou que votre bébé ou votre conjoint soient traités?* Pourriez-vous m'en nommer?
4. Quand vous pensez à ces quelques jours après la naissance de votre enfant et à la façon dont les choses se sont déroulées, quelles sont les pensées ou les sentiments qui vous reviennent le plus souvent ?
5. Quand vous pensez aux infirmières qui ont pris soin de vous, de votre bébé et avec lesquelles vous êtes entrée en contact comme individu et comme famille, y en a-t-il une qui a été plus significative pour vous ? Vous souvenez-vous de son nom par hasard? *Prendre questionnaire des pratiques d'aides de Dunst*
6. Comment vous sentiez-vous capable de discuter avec cette infirmière des problèmes et des difficultés que vous rencontriez comme nouvelle mère ? De lui dévoiler des choses vous concernant personnellement et que vous ne dites pas à tout le monde ? D'exprimer vos besoins ? De demander des conseils et de l'aide?
7. Par rapport aux besoins que vous avez décrit tantôt, comment décririez-vous que l'infirmière était capable d'y répondre ? Avez vous des exemples ?

8. Quelle est votre opinion des conseils et suggestions apportés par l'infirmière durant le cours de votre hospitalisation ? Ces conseils s'accordaient-ils avec vos opinions? Étaient-ils faciles ou compliqués à mettre en pratique ? Ces conseils et suggestions vous ont-ils aidé à vous débrouiller seule, dans d'autres circonstances similaires?
9. Vous sentiez-vous confortable de donner votre point de vue à l'infirmière ? De lui donner des conseils ? Des suggestions ?
10. Avez-vous été encouragée par cette infirmière à utiliser diverses sources d'aides au besoin? *amis, proches, réseau* ?
11. Avez-vous l'impression d'avoir eu votre mot à dire dans les soins et les services que vous receviez avec votre bébé et votre conjoint? Dans l'information que vous receviez ? des exemples ?
12. Si je vous demandais de décrire l'expérience d'être mère à l'aide de 5 qualifications et de me donner un exemple, que répondriez-vous? "Jusqu'à maintenant, être parent c'est.....
13. Est-ce qu'il y a des moments où vous avez l'impression de vraiment savoir comment répondre aux besoins de votre enfant ? des exemples ? comment vous sentez-vous à ces moments-là ?
14. Est-ce qu'il y a des moments où vous avez l'impression de ne pas savoir quoi faire pour votre enfant ? Des exemples? Comment vous sentez-vous à ces moments-là?
15. Depuis la naissance de votre enfant, qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous ?
16. Qu'est-ce qui a été le plus facile pour vous?

Fiche synthèse de l'entretien

(deMontigny, 1999)

Fiche-synthèse

No id:

Mère ou père:

Date de l'entretien:

Remplie par:

Nombre de jours postnatal:

Nom du bébé :

Thèmes ou questions qui m'ont frappée le plus dans cet entretien: _____

Résumer les informations que vous avez pu obtenir ou que vous n'avez pas pu obtenir sur chacune des questions cible de cet entretien: _____

Y-a-t-il quoi que ce soit d'autre qui vous est apparu comme frappant, intéressant, révélateur ou important dans ce contact : _____

APPENDICE C

CONSTRUCTION D'UN INVENTAIRE DES MOMENTS CRITIQUES DE LA PÉRIODE POSTNATALE

Phase 1 : Élaboration d'une première version

Dans les chapitres deux et trois de cette thèse, l'auteur décrit la cueillette de données effectuée auprès de vingt-six parents, par la technique de l'incident critique, afin d'identifier les moments critiques de la période postnatale immédiate, en centre hospitalier. L'analyse de ces données, telle que décrite dans ces chapitres, a permis la construction d'une première ébauche de l'inventaire des moments critiques de la période postnatale. Cette première version (voir tableau C-1 et C-2) est soumise à une validation de contenu auprès de quatre juges experts en périnatalité : une infirmière-enseignante; une infirmière-chercheure; une infirmière en santé communautaire et une infirmière clinicienne généraliste. Ces juges jugent la pertinence de chaque énoncé ainsi que sa clarté. Elles déterminent ensuite si les catégories identifiées semblent pertinentes et si le nombre d'énoncés est exhaustifs. Finalement, elles jugent la clarté des instructions aux parents.

Phase 2 : Élaboration d'une deuxième version

La validation auprès de juges experts permet d'ajuster l'inventaire des moments critiques en fonction de plusieurs points.

- Les instructions aux parents sont corrigées, car considérées, par une des expertes, comme étant d'un niveau de lecture inaccessible aux parents moins lettrés.
- L'échelle est révisée car une des juges émet la critique que les scores de -3 et 3 sont imprécis, n'étant ni très difficile, ni difficile.
- Les niveaux des « domaines catégories et sous-catégories » remplacent les niveaux d'origine de « catégories, sous-catégories et sous-sous catégories ».
- Des catégories sont spécifiées, des incidents sont regroupés.

C'est ainsi que la catégorie et la sous-catégorie « reliée à la santé de la mère et du père : dimension physiologique » sont renommées comme domaine « relié à soi et à l'autre comme individu » et catégorie « composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale », car elles ne reflètent pas, selon l'ensemble des juges, les incidents qui y sont regroupés. Les énoncés reliés à l'accouchement vaginal et ceux reliés à la césarienne sont regroupés, afin de simplifier l'inventaire. De même, les exemples sont mis entre parenthèses, plutôt que comme des énoncés distincts.

La catégorie « reliée à la santé du bébé » est reformulée afin d'englober les énoncés reliés tant au bébé qu'à l'allaitement. Il s'avère évident que ce

domaine a trait au parentage, d'où l'appellation « relié à soi et à l'autre comme parent » et la catégorie « composer avec les exigences du rôle parental ». L'incident « toucher son bébé » est éliminé, car jugé trop difficile à distinguer de l'expérience de « prendre son bébé ». « Réaliser pourquoi son bébé pleure » est remis, et des exemples sont ajoutés pour l'énoncé « vivre une situation inattendue ». Enfin, les énoncés abordant l'allaitement maternel sont catégorisés en fonction des difficultés rencontrées par la mère et celles liées à l'enfant.

La catégorie « reliée aux routines/ protocoles du centre hospitalier » est renommée comme domaine « relié à soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier ». Mis à part la spécification des thèmes d'informations et l'ajout d'un énoncé portant sur « devoir attendre que l'infirmière apporte le bébé de la pouponnière », les modifications ici portent surtout sur le choix du vocabulaire.

La catégorie « reliée aux interaction avec le personnel infirmier » est renommée comme domaine « relié à soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier ». Suite aux commentaires des juges, les modifications visent à rendre les énoncés plus observables. Certains sont conservés plus détaillés, afin de fournir de l'information plus spécifique.

Un juge questionne la présence d'incidents uniquement reliés aux infirmières comme membre du personnel. Les incidents sont relus, afin de vérifier que nul n'a été omis. On peut ainsi constater que des incidents portant sur la relation entre les conjoints n'ont pas été mis en évidence dans l'inventaire. Les énoncés sont donc ajoutés à la grille, sous le domaine « relié à soi et à l'autre comme conjoint », avec comme catégorie « maintenir le fonctionnement de la cellule familiale ». Les travaux d'Epstein, Bishop, & Levin (1978) influencent la structure de ces incidents.

Phase 3 : Élaboration de la version finale

De cette validation, un questionnaire révisé prends forme (version 2 au tableau C-3). Soumis à deux juges experts, la pertinence des restructurations effectuées, la cohérence de l'inventaire et sa lisibilité sont vérifiés. Trois couples de nouveaux parents prennent ensuite connaissance de l'inventaire, afin de vérifier si les questions sont aisément compréhensibles et si elles sont complètes ainsi que la durée d'administration. Cet inventaire des moments critiques de la période postnatale (Appendice D) est utilisé lors de la cueillette de données quantitatives décrite au chapitre quatre, après avoir été simplifié dans sa forme par l'élimination des divisions en catégories et sous catégories.

Phase 4 : Analyses statistiques préliminaires

L'inventaire des moments critiques de la période postnatale mesure « les moments significatifs pour les parents dans la période postnatale immédiate susceptible d'influer sur leur adaptation parentale » à l'aide de 85 énoncés décrivant des incidents critiques. Il comporte deux échelles. En premier lieu, l'échelle « a » mesure la quantité d'événements dont le parent rapporte avoir fait l'expérience (le parent dit s'il a vécu l'incident : non=1, oui=2). Ensuite, l'échelle « b » mesure la valence de ces événements, c'est à dire si le parent rapporte que cet incident ait été négatif ou positif pour lui, sur une échelle³⁰ de 1 (très difficile) à 9 (très facile). Le score global est fonction du produit de la moyenne de la quantité d'événements et de la moyenne de la valence ($x_q \times x_v$), un score bas signifiant peu d'événements et/ ou des événements à valence négative, un score élevé reflétant des événements nombreux et positifs (Valois, Godin, & Desharnais, 1991).

La consistance interne de l'échelle « a » est excellente, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,89 pour les mères et de 0,92 pour les pères, indiquant que l'échelle mesure bien le construit identifié « moments significatifs de la période postnatale ». La consistance interne de l'échelle « b » ne peut être mesuré, ce score étant dépendant du score de l'échelle « a ».

³⁰ L'échelle de -4 (très difficile) à +4 (très facile) a été recodée pour les analyses statistiques.

Une analyse à composante principale est effectuée sur les 85 énoncés, (variable « a ») afin de dégager les facteurs mesurés par cet inventaire. À cette fin, les énoncés sont regroupés, selon les domaines identifiés lors de l'analyse qualitative, c'est à dire, les énoncés un à 10; 11 à 40; 41 à 50; 51 à 62; et 63 à 85. Les tableaux C-4 à C-8 rapportent les résultats de cette analyse.³¹

³¹ Une analyse à composantes principales avec les 85 énoncés permet d'identifier vingt-huit facteurs, après 39 itérations, expliquant 76,25% de la variance.

Tableau C-1 (version 1)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale : Instructions aux parents

Instructions aux parents

Durant la période postnatale, certains événements vécus par les parents lors du séjour en maternité à l'hôpital sont significatifs pour ceux-ci, c'est-à-dire les marquent de façon positive ou négative. Des parents ont identifiés les événements dans la première colonne comme ayant été, à divers degrés, importants pour eux dans leurs relations soit avec leur bébé, soit l'un avec l'autre ou avec l'infirmière.

Nous aimerions que vous identifiez :

1) Quels sont les événements qui font partie de votre expérience en période postnatale immédiate (les jours après la naissance de votre enfant, au centre hospitalier). Encercler oui ou non, dans la deuxième colonne, selon que vous avez vécu cette expérience ou non.

2) Si oui, qualifiez cette expérience en intensité, dans la troisième colonne, selon que l'événement a été significatif pour vous, de façon positive ou négative. Inscrivez 0 seulement quand vous ne savez vraiment pas comment interpréter cet événement comme positif ou négatif pour vous.

3) Si vous n'avez pas vécu cette expérience, utilisez le score NA dans la troisième colonne, pour non applicable.

Non Applicable NA	Cet événement a été très difficile		Cet événement a été difficile			Incertain 0	Cet événement a été facile		Cet événement a été très facile		
	-5	-4	-3	-2	-1		1	2	3	4	5
1. Est-ce que les instructions aux parents vous semblent claires ?											
2. Que changeriez-vous ?											
3. Qu'ajouteriez- vous ?											
4. Qu'enlèveriez -vous?											

Tableau C-2

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

(deMontigny & Lacharité, 2000)

Reliés à la santé de la mère et du père	Relié à la catégo	Cet énoncé est : Pertinent	Clarté
Dimension physiologique			
1. Éprouver des douleurs liées à l'accouchement	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. points de suture.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. périnée	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. hémorroïdes.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d. constipation	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
e. autres.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
2. Être épuisé(e)	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
3. Être préoccupée par les changements dans son corps.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
4. Vivre une(des) complication(s) de l'accouchement	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. hémorragie.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. autres.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
5. Vivre une(des) complication(s) de la césarienne	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. infection.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. fièvre.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. plaie qui coule.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
autres.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
5. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ?	0 : pas du tout pertinent/pas du tout clair		
6. Est-il relié à la sous-catégorie identifiée ?	1 : très peu pertinent/ très peu clair		
7. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?	2 : peu pertinent/ peu clair		
8. Est-ce que l'énoncé est clair (facilement identifiable, suffisamment descriptif, peut-il être observé?)	3 : suffisamment pertinent/ suffisamment clair		
9. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?	4 : très pertinent/ très clair		
10. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter?	5 : extrêmement pertinent/ extrêmement clair		
11. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?			
12. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi			

Tableau C-2 (suite)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

Reliés à la santé de la mère et du père	Relié à la catégorie	Cet énoncé est : Pertinent	Clarté
Dimension psychologique			
6. Revivre l'expérience de l'accouchement (penser à l'accouchement, son déroulement, revivre les émotions, etc).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
7. Revivre l'expérience de la césarienne (idem).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
8. Vivre les blues postpartum (ex. avoir envie de pleurer sans raison).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
9. Éprouver des inquiétudes vs la santé de la mère	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
10. Avoir l'impression de ne pas avoir fait ce qu'il faut	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. pour le bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. pour la mère.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d. selon les règles de l'établissement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
11. Avoir l'impression d'être utile (de faire comme il faut).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. pour le bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. pour la mère.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. selon les règles de l'établissement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
6. les énoncés 15 et 16 viennent généraliser des situations où les parents ont eu l'impression de: ne pas agir selon les attentes de l'inf., d'être pris en défaut d'avoir oublié un soin, de réussir à être utile pour la mère (ex : l'aider dans l'allaitement), ces incidents devraient ils être reformulés en : « faire comme il faut » et « ne pas faire comme il faut », pour qu'ils soient observables ?	0 : pas du tout pertinent/pas du tout clair 1 : très peu pertinent/ très peu clair 2 : peu pertinent/ peu clair 3 : suffisamment pertinent/ suffisamment clair 4 : très pertinent/ très clair 5 : extrêmement pertinent/ extrêmement clair		
7. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ? à la sous-catégorie ?			
8. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?			
9. Est-ce que l'énoncé est clair ?			
10. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?			
11. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter?			
12. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?			
13. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi?			

Tableau C-2 (suite)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

Reliés au bébé	Relié à la catégorie	Cet énoncé est :	
		Pertinent	Clarté
<i>Faire connaissance avec bébé</i>			
12. Toucher son bébé.....	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
13. Prendre son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
14. Cohabiter avec son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
15. Vivre une situation inattendue avec son bébé (ex. bébé pleure, est hospitalisé en néonatal, etc).....	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
16. Réconforter son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
17. Se sentir en amour avec son bébé.....	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
18. Éprouver des inquiétudes vs l'état de santé du bébé.....	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
<i>Faire les soins du bébé</i>			
19. Donner le bain à son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
20. Changer la couche de son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
21. Faire les soins du nombril de son bébé	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
22. Donner un biberon à son bébé.....	O / N	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
14. L'énoncé « toucher son bébé » n'a pas été identifié par les parents, mais par la chercheuse. Est-ce nécessaire ?	0 : pas du tout pertinent/pas du tout clair 1 : très peu pertinent/ très peu clair 2 : peu pertinent/ peu clair 3 : suffisamment pertinent/ suffisamment clair 4 : très pertinent/ très clair 5 : extrêmement pertinent/ extrêmement clair		
15. L'énoncé 21 : l'incident-type est décrit par plusieurs parents : bébé pleure, le parent réalise pourquoi bb pleure (ou ne le réalise pas et réussit à le réconforter (ou non). Est-il nommé de façon appropriée, ou serait-ce préférable de garder « réaliser pourquoi son bébé pleure ». Ce dernier énoncé dédouble-t-il « faire comme il faut » ?			
16. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ?			
17. Est-ce que l'énoncé semble être relié à la sous-catégorie identifiée ?			
18. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?			
19. Est-ce que l'énoncé est clair ?			
20. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?			
21. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter ?			
22. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?			
23. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi			

Tableau C-2 (suite)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

Reliés à l'allaitement	Relié à la catégorie	Cet énoncé est : Pertinent	Clarté
<i>Apprendre à allaiter</i>			
23. Composer avec :			
a) Un bébé endormi	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b) Un bébé qui tète mal	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c) Un bébé agité	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d) Installer bébé au sein (ou positionner ?).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
e) Utiliser la tétérrelle	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
f) L'absence de montée de lait	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
g) Des seins douloureux (ou : la douleur ressentie au sein ?).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
h) Des gerçures au(x) sein(s)	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
i) *L'absence d'intimité durant l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
j) * La difficulté à évaluer la quantité de lait prise par le bébé	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
k) Son ambivalence face à l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
l) L'ambivalence de son-sa conjoint-e.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
m) Utiliser le dispositif d'allaitement	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
n) Devoir retarder le début de l'allaitement	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
o) Allaiter un bébé en néonatalogie.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
p) La décision de cesser d'allaiter	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
24.Éprouver des inquiétudes face à l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
25.Éprouver des satisfactions face à son allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
24. Les énoncés * n'ont pas été identifiés par les parents, mais avec le mémoire de maîtrise de F. Courville . Est-ce pertinent de les rajouter ?	0 : pas du tout pertinent/pas du tout clair		
25. Devrais-je numéroter les énoncés de a à p à la suite : 34, 35, 36, etc ?	1 : très peu pertinent/ très peu clair		
26. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ?	2 : peu pertinent/ peu clair		
27. Est-ce que l'énoncé semble être relié à la sous-catégorie identifiée ?	3 : suffisamment pertinent/ suffisamment clair		
28. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?	4 : très pertinent/ très clair		
29. Est-ce que l'énoncé est clair ?	5 : extrêmement pertinent/ extrêmement clair		
30. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?			
31. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter?			
32. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?			
33. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi			

Tableau C-2 (suite)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

Reliés aux Interactions avec le personnel	Relié à la	Cet énoncé est :	
<i>Obtenir l'intérêt des infirmières</i>	catégorie	Pertinent	Clarté
26.pour les besoins physiques du père	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
27.pour les besoins physiques de la mère.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
28.pour les besoins émotifs du père (elle se préoccupe de ce que vit le père).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
29.pour les besoins émotifs de la mère (elle demande à la mère comment elle se sent)			
30.pour son expérience d'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
31.Être témoin que les besoins de son/sa partenaire sont reconnus par les infirmières	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
<i>Donner/recevoir de l'information</i>			
32.Partager avec les infirmières.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
a. ses besoins physiques et ses préoccupations.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. ses besoins émotifs et ses préoccupations.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. ses besoins et préoccupations envers l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d. ses inquiétudes vs l'état de santé du bébé	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
e. ses besoins et préoccupations vs prendre soin du bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
33.Obtenir de l'information			
a. sur la santé de son bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. sur la santé de la mère.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. sur l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
34.Apprendre que le congé de l'hôpital est retardé			
a. à cause de la santé de la mère.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. à cause de la santé du bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
35. Recevoir des conseils/informations différents des infirmières			
a. vs la santé de la mère	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. vs l'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. vs les soins du bébé.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
36.Recevoir du feedback			
a. Être reconnu-e comme parent par les infirmières (importance de sentir que l'engagement envers le bébé n'est pas en vain).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. Voir son conjoint-e reconnu-e comme parent par les infirmières.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. Être valorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on fait bien cela).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d. Être dévalorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on ne fait pas bien cela)	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
e. Être validée dans son expérience d'allaitement (idem, spécifique a l'allaitement)...	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5

34. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ?	0 : pas du tout pertinent / pas du tout clair
35. Est-ce que l'énoncé semble être relié à la sous-catégorie identifiée ?	1 : très peu pertinent/ très peu clair
36. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?	2 : peu pertinent/ peu clair
37. Est-ce que l'énoncé est clair ?	3 : suffisamment pertinent/ suffisamment cl
38. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?	4 : très pertinent/ très clair
39. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter?	5 : extrêmement pertinent/ extrêmement cla
40. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?	
41. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi	
42. Les énoncés devraient ils être généralisés dans une catégorie « personnel », même si tous les incidents ont été rapportés vs les infirmières ?	
43. Les médecins ont été notés à l'énoncé 33, mais c'est aux infirmières que l'on reprochait la difficulté de faire circuler l'information, ou d'obtenir l'info des MD.	

Tableau C-2 (suite)

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 1)

Reliés aux routines/ protocoles du centre hospitalier	Relié à la catégorie	Cet énoncé est : Pertinent	Clarté
<i>Connaître les routines hospitalières</i>			
37. Être informé sur :			
a. le déroulement de la cohabitation.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
b. les feuillets d'allaitement.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
c. les droits des pères qui cohabitent.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
d. l'utilisation du matériel et espace (cuisine, couches, etc).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
<i>Composer avec les routines hospitalières</i>			
38.Avoir des heures fixes pour les soins et services (ex : démonstration du bain)	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
39.Devoir interagir avec des infirmières différentes tous les jours.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
40.Devoir aller chercher le bébé à la pouponnière.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
41.Établir un bon moment pour recevoir de la visite.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
42.Devoir s'habiller pour entrer en néonatalogie.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
43.Devoir limiter le temps de visite en néonatalogie.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
<i>Composer avec la perte de contrôle sur son temps</i>			
44.avoir l'impression d'attendre les boires, les soins, le retour à la maison.....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
45.avoir l'impression de ne pas avoir de répit (toujours en train de faire quelque chose).....	Oui/non	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
44. Est-ce que l'énoncé décrit semble être relié à la catégorie identifiée ?	0 : pas du tout pertinent/pas du tout clair		
45.Est-ce que l'énoncé semble être relié à la facette identifiée ?	1 : très peu pertinent/ très peu clair		
46. Est-ce que l'énoncé est pertinent ?	2 : peu pertinent/ peu clair		
47. Est-ce que l'énoncé est clair ?	3 : suffisamment pertinent/ suffisamment clair		
48. Est-ce que tous les énoncés sont identifiés ?	4 : très pertinent/ très clair		
49. Si non, quels énoncés jugeriez-vous pertinents d'ajouter?	5 : extrêmement pertinent/ extrêmement clair		
50. Est-ce que des énoncés vous semblent répétitifs ?			
51. Quels énoncés jugeriez-vous pertinents de retirer ? Pourquoi			

Tableau C-3

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 2)

deMontigny & Lacharité (2000)

Instructions: Des parents nous ont racontés que certains événements ou situations vécus après la naissance de l'enfant, lors du séjour à l'hôpital, ont été significatifs pour eux, c'est-à-dire les ont marqués de façon positive ou négative. Dans **la première colonne**, vous trouverez des événements ou situations que les parents ont identifiés comme étant importants pour eux dans leurs relations avec leur bébé, avec leur conjoint(e) ou avec l'infirmière.

Nous aimerions savoir ce qu'il en est pour vous :

1) Dans **votre** expérience de votre séjour à l'hôpital, **après la naissance de votre enfant**, quels sont les événements ou situations que **vous** avez vécus ? Dans la **deuxième colonne**, encrer oui ou non, selon que vous avez vécu cette expérience ou non.

2) Dans la **troisième colonne**, dites-nous si cet événement a été significatif pour vous, de façon positive ou négative. Inscrivez 0 seulement quand vous ne savez vraiment pas comment interpréter cet événement comme positif ou négatif pour vous.

Cet événement a été très difficile					Incertain		Cet événement a été très facile				
-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4			

Événements ou situations vécus par les parents après la naissance de l'enfant, lors du séjour à l'hôpital

Reliés à soi et à l'autre Composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale											
1. Éprouver des douleurs liées à l'accouchement (ex. contractions utérines, points de sutures, périnée, hémorroïdes, constipation, ou autres).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
2. Se sentir épuisé (e).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
3. Être préoccupée par les changements dans son corps (ex. perte de poids, autres)...	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
4. Vivre une(des) complication(s) de l'accouchement (ex. fièvre, hémorragie, autres)...	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
5. Vivre une(des) complication(s) de la césarienne (ex. fièvre, infection à la plaie, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
6. Revivre l'expérience de l'accouchement (penser à l'accouchement, son déroulement, revivre les émotions, etc).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
7. Revivre l'expérience de la césarienne (penser à la césarienne, son déroulement, revivre les émotions, etc).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
8. Ressentir des effets secondaires de l'anesthésie ou des médicaments soulageant la douleur.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
9. Vivre les blues du postpartum (ex.avoir envie de pleurer sans raison).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	
10. Éprouver des inquiétudes face à la santé de la mère	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	

Reliés à soi et à l'autre comme parent Composer avec les exigences du rôle parental									
Faire connaissance avec bébé									
11. Prendre son bébé									
12. Cohabiter avec son bébé	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
13. Réaliser pourquoi son bébé pleure.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
14. Réconforter son bébé	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
15. Identifier les réactions de son bébé (ex. état d'éveil, fatigue, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
16. Se sentir en amour avec son bébé.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
17. Vivre une situation inattendue avec son bébé (ex. ne pas l'avoir pris dès sa naissance, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
18. Éprouver de l'inquiétude face à l'état de santé du bébé (ex. bébé pleure de façon excessive, est hospitalisé en néonatalogie, a la jaunisse, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
Prodiguer les soins de son bébé									
19. Donner le bain	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
20. Changer la couche	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
21. Faire les soins du nombril	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
Alimenter son bébé									
22. Alimenter son bébé au verre ou au biberon.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
23. Alimenter son bébé au sein.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
24. Devoir retarder le début de l'allaitement	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
25. Composer avec l'allaitement d'un bébé en néonatalogie.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
26. Positionner le bébé au sein.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
27. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé endormi.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
28. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé qui tête mal	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
29. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé agité	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
30. Lors de l'allaitement, composer avec des seins douloureux.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
31. Lors de l'allaitement, composer avec des mamelons douloureux.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
32. Lors de l'allaitement, composer avec des gerçures au(x) sein(s)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
33. Lors de l'allaitement, composer avec l'absence d'intimité	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
34. Composer avec son ambivalence face à l'allaitement.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
35. Composer avec l'ambivalence de son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
36. Utiliser des dispositifs d'aides à l'allaitement (téterelle, tire-lait, lactaid, bouclier, extraction manuelle de lait, etc).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
37. Prendre la décision de cesser d'allaiter	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
38. Reconnaître les signes de satisfaction de son bébé.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
39. Éprouver des inquiétudes face à l'allaitement (ex. crainte de ne pas avoir de lait, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4
40. Éprouver des satisfactions face à son allaitement (ex. bébé prends le sein facilement, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3 4

Reliés à soi et l'autre en interaction avec le personnel infirmier										
Obtenir une réponse des infirmières										
63. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins physiques du père (repos, nourriture, hygiène, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
64. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins physiques de la mère (repos, confort,etc)...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
65. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins émotifs du père (elle se préoccupe de ce que vit le père, l'inclut dans les conversations, etc.).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
66. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins émotifs de la mère (se préoccupe de ce que vit la mère, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
67. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins reliés à l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
Donner/recevoir de l'information des infirmières										
68. Partager avec les infirmières ses besoins physiques.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
69. Partager avec les infirmières ses besoins émotifs	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
70. Partager avec les infirmières ses préoccupations envers l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
71. Partager avec les infirmières ses inquiétudes face à l'état de santé du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
72. Partager avec les infirmières ses inquiétudes face à l'état de santé de la mère.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
73. Partager avec les infirmières ses besoins face aux soins du bébé.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
74. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur la santé de son bébé.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
75. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur la santé de la mère.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
76. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
77. Apprendre que le congé de l'hôpital est retardé à cause de la santé de la mère...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
78. Apprendre que le congé de l'hôpital est retardé à cause de la santé du bébé...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
79. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à la santé de la mère	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
80. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à la santé du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
81. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à l'allaitement	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
82. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face aux soins du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
Recevoir du feedback des infirmières										
83. Être valorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on fait bien cela).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
84. Etre dévalorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on ne fait pas bien cela)...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
85. Être valorisée dans son expérience d'allaitement	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

Tableau C-4

Analyse à Composantes principales

„Relié à soi et à l'autre comme individu : Composer avec les changements
physiques et psychologiques de la période postnatale

Événements	Expériences postnatales liées à la césarienne	Vivre des inconforts liés à l'accouchement	Vivre des inquiétudes liées à la santé de la mère
1 : douleurs accouchement		,68	
2 : épuisement		,50	
3 : préoccupé changements corps		,69	
4 : complications acc.			,62
5 : complications césarienne	,83		
6 : repenser accouchement			,54
7 : repenser césarienne	,84		
8 : effets sec. médicaments	,43		
9 : blues post-partum		,62	
10 : inquiétudes santé mère			,74

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après six itérations. Les facteurs expliquent 50% de la variance.

Tableau C-5 Analyse à Composantes principales

Relié à soi et à l'autre comme parent : Composer avec les exigences du rôle parental

Événements	Faire connais sance avec son bébé	Alimenter son bébé au sein	Vivre des Inconforts aux seins liés à l'allaitement	Prendre soins de son bébé	Vivre de l' ambivalence à allaiter	Composer avec l'inattendu	Alimenter son bébé autrement	Cohabiter
11- Prendre bb	,783							
16- Sentir amour	,782							
14- Réconforter	,769							
15- Réactions	,710							
38- Satisf. bb	,609							
13- Réaliser	,577							
26- Position Bb		,755						
23- Bb au sein		,699						
27- Bb endormi		,643						
40- Satisfaction allaitement		,581						
39- Inquiétudes allaitement		,573						
36- Aides allaite		,558						
28- Bb tête mal		,408						
30- Seins doul.			,852					
31- Mamelons douloureux			,836					
32- Gerçures			,826					
21- Nombril				,842				
20- Couche				,817				
19- Bain bb				,713				
35- Ambiv.conj.					,827			
34- Ambiv. soi					,820			
29- Bb agité					,427			
17- Sit. inat.						,712		
18- Inquiétude						,704		
33- Abs. intimité						,443		
24- Retarder all.						,422		
22- Bb biberon							,781	
37- Cesser all.							,719	
12- Cohabiter								,746
25- All. Bb neo.						,515		

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après treize itérations. Les facteurs expliquent 61,6% de la variance.

Tableau C-6

Analyse à Composantes principales

Relié à soi et à l'autre comme conjoint :

Maintenir le fonctionnement de la cellule conjugale

Événements	Communiquer et exprimer ses perceptions	Communiquer et répondre à ses besoins	Communiquer et exprimer ses inquiétudes
48- Recevoir feedback conjoint	,901		
49- Donner feedback conjoint	,863		
50- Prendre décisions	,482		
41- Exprimer besoins phys.		,787	
46- Être soutenu(e)		,678	
42- Partager besoins émotifs		,661	
43- Partager préocc. all.		,483	
44- Partager inquiét. santé bb			,808
45- Partager inquiét. santé mère			,756

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après cinq itérations. Les trois facteurs expliquent 60,23%% de la variance.

Tableau C-7

Analyse à Composantes principales

Relié à soi et à l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier :

Composer avec les exigences de l'environnement hospitalier

Événements	Connaître les routines hospitalières	Composer avec les règles de l'environnement	Composer avec la perte de contrôle sur son temps	Composer avec les routines hospitalières
53- Être informé matériel	,817			
52- Être informé droits pères qui cohabitent	,809			
51- Être informé cohabitation	,592			
54- Heures précise bain	,514			
59- Devoir porter jaquette		,856		
60- Limiter visite neonat.		,822		
61- Impression attente			,689	
62- Impression pas de répit			,686	
58- Bon moment visite			,582	
57- Attendre inf. bb poup.			,391	
56- Chercher bb poup.				,805
55- Soins inf. différentes				,756

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après six itérations. Les quatre facteurs expliquent 56,03% de la variance.

Tableau C-8 Analyse à Composantes principales

Relié à soi et à l'autre en interaction avec le personnel infirmier :

Échanger de l'information avec le personnel infirmier

Événements	Échanger avec les infirmières de l'information vs la santé de la mère et du bébé	Échanger avec les infirmières de l'information vs l'allaitement	Recevoir de l'information non aidantes des infirmières	Partager avec les infirmières ses besoins, ses préoccupations, ses inquiétudes	Obtenir une réponse des infirmières	Apprendre que congé retardé : santé bb	Apprendre que congé retardé : santé mère
75- Info santé mère	,788						
74- Info santé bb	,741						
72- Partager inquiét. santé mère	,690						
73- Partager besoins soins	,666						
71- Partager inquiét. santé bb	,493			,405			
83- Être valorisée	,470						
67- Réponse all.		,840					
76- Info all.		,838					
85- Valorisée all.		,671					
70- Partager all.		,665					
82- Contradictions bb			,738				
79- Contradictions mère			,705				
80- Contradictions santé bb			,664				
81- Contradictions all.			,599				
84- Dévalorisée			,448				
69- Part. besoins psy.				,755			
68- Part. besoins phys.				,716			
63- Réponse besoins phys. pères					,727		
65- Réponse besoins émotifs pères					,704		
66- Réponse besoins émotifs mères					,567		
64- Réponse besoins phys. mères					,524		
78- Congé retardé bb						,863	
77- Congé retardé mère							,793

Note. Méthode de rotation Varimax, (Kaiser Normalisation). La rotation converge après neuf itérations. Les sept facteurs expliquent 61,53% de la variance.

Appendice D

Recueil de questionnaires pour le volet quantitatif

1. Âge au moment de la naissance de l'enfant: _____
- 2.a) Êtes-vous née au Canada : 1.Oui ☐ 2. Non ☐
 b) Si non, pays de naissance : _____
 c) Au Canada depuis : _____
3. Code postal : _____ Secteur de recensement _____
4. Quel est votre niveau d'éducation :
 1. Primaire : ☐
 2. Secondaire : ☐
 3. Collégial : ☐
 4. Universitaire : ☐
5. Quel est votre statut d'emploi :
 1. Temps complet : ☐
 2. Temps partiel : ☐
 3. Temps occasionnel : ☐
 4. Étudiant : ☐
 5. Sans emploi : ☐
6. Quel a été le revenu familial (avant impôt) durant la dernière année:
 1. Moins de 30,000\$: ☐
 2. De 30,001\$ à 60,000\$: ☐
 3. De 60,001\$ à 90,000\$: ☐
 4. Plus de 90,001 \$: ☐
7. Quel était votre état de santé durant la grossesse :
 1. Mon état de santé ne restreignait pas mes activités : ☐
 Cochez ce qui s'applique:
 2. Mon état de santé restreignait mes activités au travail : ☐
 3. Mon état de santé restreignait mes activités à la maison : ☐
 4. Mon état de santé restreignait mes activités à l'extérieur de la maison (magasinage, etc): ☐
 5. Mon état de santé restreignait mes activités sociales: ☐
8. Avez-vous participé aux rencontres prénatales: 1. Oui: _____ 2. Non: ☐
10. Avez-vous assisté à l'accouchement :
 1. Oui : ☐
 2.Non : ☐
11. Parmi les énoncés suivants, choisissez ceux qui décrivent le mieux la fréquence et la durée de vos visites en maternité, après la naissance de votre enfant.
 A) Quelle était la fréquence de vos visites en maternité

Jour 1	je cohabitais <input type="checkbox"/>	1 fois /jr <input type="checkbox"/>	2-3fois/jr <input type="checkbox"/>	4-5 fois/jr <input type="checkbox"/>	>6 fois <input type="checkbox"/>
Jour 2	je cohabitais <input type="checkbox"/>	1 fois/ jr <input type="checkbox"/>	2-3 fois/jr <input type="checkbox"/>	4-5 fois/jr <input type="checkbox"/>	>6 fois <input type="checkbox"/>
Jour 3	je cohabitais <input type="checkbox"/>	1 fois/jr <input type="checkbox"/>	2-3 fois/jr <input type="checkbox"/>	4-5 fois/jr <input type="checkbox"/>	>6 fois <input type="checkbox"/>

11. Quel a été le type d'accouchement :
1. vaginal : ☐
 2. vaginal avec épidurale ou rachidienne : ☐
 3. césarienne avec épidurale ou rachidienne : ☐
 4. césarienne avec anesthésie générale : ☐
12. Quelle a été la durée du séjour en maternité :
1. 1 journée : ☐
 2. 2 journées : ☐
 3. 3 journées : ☐
 4. plus de 4 journées : ☐
13. Avez-vous cohabité avec bébé :
1. le jour : ☐
 2. la nuit : ☐
 3. le jour et la nuit : ☐
14. Quelle a été la durée de la cohabitation :
- | | | | | |
|--------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Jour 1 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
| Jour 2 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
| Jour 3 | <6 heures <input type="checkbox"/> | 12 heures <input type="checkbox"/> | 18 heures <input type="checkbox"/> | 24 heures <input type="checkbox"/> |
15. Avez-vous participé aux rencontres de groupe (soins au bébé) à l'hôpital:
1. Oui : ☐ 2. Non: ☐
16. Quel est votre choix d'alimentation pour le bébé :
1. allaitement au sein : ☐
 2. biberon : ☐
 3. alimentation mixte biberon-sein : ☐
17. Est-ce que votre état de santé depuis la naissance de votre bébé restreint vos activités?
1. Mon état de santé ne restreint pas mes activités : ☐
- Cochez ce qui s'applique:
2. Mon état de santé restreint mes activités à la maison : ☐
 3. Mon état de santé restreint mes activités sociales : ☐
 4. Mon état de santé restreint mes activités à l'extérieur(magasinage, etc): ☐
 5. Mon état de santé restreint mes activités au travail: ☐
18. Quel était l'état de santé de l'enfant au moment du congé :
1. Bon : ☐
 2. Moyen : ☐
 3. Pauvre : ☐
19. Avez-vous de l'expérience antérieure (gardiennage, etc) avec les bébés :
1. Beaucoup: ☐
 2. Moyen: ☐
 3. Peu ou pas du tout: ☐
20. Avez-vous reçu la visite de l'infirmière du CLSC:
1. Oui: ☐ Non: ☐

Inventaire des moments critiques de la période postnatale (version 2)

deMontigny & Lacharité (2000)

Instructions: Des parents nous ont racontés que certains événements ou situations vécus après la naissance de l'enfant, lors du séjour à l'hôpital, ont été significatifs pour eux, c'est-à-dire les ont marqués de façon positive ou négative. Dans **la première colonne**, vous trouverez des événements ou situations que les parents ont identifiés comme étant importants pour eux dans leurs relations avec leur bébé, avec leur conjoint(e) ou avec l'infirmière.

Nous aimerions savoir ce qu'il en est pour vous :

1) Dans **votre** expérience de votre séjour à l'hôpital, **après la naissance de votre enfant**, quels sont les événements ou situations que **vous** avez vécus ? Dans la **deuxième colonne**, encrer oui ou non, selon que vous avez vécu cette expérience ou non.

2) Dans **la troisième colonne**, dites-nous si cet événement a été significatif pour vous, de façon positive ou négative. Inscrivez 0 seulement quand vous ne savez vraiment pas comment interpréter cet événement comme positif ou négatif pour vous.

Cet événement a été très difficile	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Cet événement a été très facile
					Incertain					

Événements ou situations vécus par les parents **après la naissance de l'enfant, lors du séjour à l'hôpital**

Reliés à soi et à l'autre Composer avec les changements physiques et psychologiques de la période postnatale										
1. Éprouver des douleurs liées à l'accouchement (ex. contractions utérines, points de sutures, périnée, hémorroïdes, constipation, ou autres).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
2. Se sentir épuisé (e).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
3. Être préoccupée par les changements dans son corps (ex. perte de poids, autres)...	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
4. Vivre une(des) complication(s) de l'accouchement (ex. fièvre, hémorragie, autres)...	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
5. Vivre une(des) complication(s) de la césarienne (ex. fièvre, infection à la plaie, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
6. Revivre l'expérience de l'accouchement (penser à l'accouchement, son déroulement, revivre les émotions, etc).....										
7. Revivre l'expérience de la césarienne (penser à la césarienne, son déroulement, revivre les émotions, etc).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
8. Ressentir des effets secondaires de l'anesthésie ou des médicaments soulageant la douleur.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
9. Vivre les blues du postpartum (ex.avoir envie de pleurer sans raison).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
10. Éprouver des inquiétudes face à la santé de la mère	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4

Reliés à soi et à l'autre comme parent Composer avec les exigences du rôle parental										
Faire connaissance avec bébé										
11. Prendre son bébé										
12. Cohabiter avec son bébé	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
13. Réaliser pourquoi son bébé pleure.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
14. Réconforter son bébé	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
15. Identifier les réactions de son bébé (ex. état d'éveil, fatigue, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
16. Se sentir en amour avec son bébé.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
17. Vivre une situation inattendue avec son bébé (ex. ne pas l'avoir pris dès sa naissance, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
18. Éprouver de l'inquiétude face à l'état de santé du bébé (ex. bébé pleure de façon excessive, est hospitalisé en néonatalogie, a la jaunisse, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
Prodiguer les soins de son bébé										
19. Donner le bain	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
20. Changer la couche	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
21. Faire les soins du nombril	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
Alimenter son bébé										
22. Alimenter son bébé au verre ou au biberon.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
23. Alimenter son bébé au sein.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
24. Devoir retarder le début de l'allaitement	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
25. Composer avec l'allaitement d'un bébé en néonatalogie.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
26. Positionner le bébé au sein.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
27. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé endormi.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
28. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé qui tête mal	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
29. Lors de l'allaitement, composer avec un bébé agité	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
30. Lors de l'allaitement, composer avec des seins douloureux.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
31. Lors de l'allaitement, composer avec des mamelons douloureux.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
32. Lors de l'allaitement, composer avec des gerçures au(x) sein(s)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
33. Lors de l'allaitement, composer avec l'absence d'intimité	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
34. Composer avec son ambivalence face à l'allaitement.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
35. Composer avec l'ambivalence de son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
36. Utiliser des dispositifs d'aides à l'allaitement (téterelle, tire-lait, lactaid, bouclier, extraction manuelle de lait, etc).....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
37. Prendre la décision de cesser d'allaiter	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
38. Reconnaître les signes de satisfaction de son bébé.....	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
39. Éprouver des inquiétudes face à l'allaitement (ex. crainte de ne pas avoir de lait, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
40. Éprouver des satisfactions face à son allaitement (ex. bébé prends le sein facilement, etc)	Oui/non	- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4

Reliés à soi et l'autre comme conjoint : Maintenir le fonctionnement de la cellule conjugale												
Communiquer et exprimer ses émotions												
41. Exprimer ses besoins physiques à son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
42. Partager ses besoins émotifs avec son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
43. Partager ses préoccupations face à l'allaitement avec son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
44. Partager ses inquiétudes de l'état de santé du bébé avec son/sa conjoint-e...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
45. Partager ses inquiétudes de l'état de santé de la mère avec son/sa conjoint-e...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
Réponse affective												
46. Être soutenu-e par son/sa conjoint-e.(ex. encouragement, valorise, aide, partage les tâches liées aux soins du bébé et à l'allaitement durant le séjour à l'hôpital, etc)	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
47. Ressentir une perte d'intimité avec son/sa conjoint-e (ex : ressentir que bébé prends déjà toute la place, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
48. Recevoir du feedback de son/sa conjoint-e (ex : se faire dire que l'on satisfait ou non les attentes de son/sa conjointe, que l'aide apportée est utile ou non, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
49. Donner du feedback à son/sa conjoint-e.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
Résolution de problèmes												
50. Prendre des décisions comme couple et parent (ex : nommer bébé, décider de donner la suce au bébé, comment le positionner, circoncision, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
Reliés à soi et l'autre en interaction avec l'environnement hospitalier												
Connaître les routines hospitalières												
51. Être informé-e sur le déroulement de la cohabitation (ex. quand aller chercher le bébé ; combien de temps le garder, informations à noter, etc)	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
52. Être informé-e sur les droits des pères qui cohabitent (douche, nourriture, etc)	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
53. Être informé-e sur l'utilisation du matériel et espace (cuisine, couches, etc)...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
Composer avec les routines hospitalières												
54. Avoir des heures précises pour les soins et services (ex : démonstration du bain)	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
55. Recevoir des soins d' infirmières différentes tous les jours.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
56. Devoir aller chercher le bébé à la pouponnière.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
57. Devoir attendre que l'infirmière apporte le bébé de la pouponnière.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
58. Établir un bon moment pour recevoir de la visite.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
59. Devoir porter une jaquette d'hôpital pour entrer à l'unité de néonatalogie.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
60. Devoir limiter son temps de visite à l'unité de néonatalogie.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
Composer avec la perte de contrôle sur son temps												
61. avoir l'impression d'attendre les boires, les soins, la permission pour retourner à la maison	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		
62. avoir l'impression de ne pas avoir de répit (ex: tjrs être en train de faire quelque chose)	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		

Reliés à soi et l'autre en interaction avec le personnel infirmier									
Obtenir une réponse des infirmières									
63. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins physiques du père (repos, nourriture, hygiène, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
64. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins physiques de la mère (repos, confort,etc)...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
65. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins émotifs du père (elle se préoccupe de ce que vit le père, l'inclut dans les conversations, etc.).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
66. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins émotifs de la mère (se préoccupe de ce que vit la mère, etc).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
67. Obtenir une réponse des infirmières aux besoins reliés à l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
Donner/recevoir de l'information des infirmières									
68. Partager avec les infirmières ses besoins physiques.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
69. Partager avec les infirmières ses besoins émotifs	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
70. Partager avec les infirmières ses préoccupations envers l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
71. Partager avec les infirmières ses inquiétudes face à l'état de santé du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
72. Partager avec les infirmières ses inquiétudes face à l'état de santé de la mère.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
73. Partager avec les infirmières ses besoins face aux soins du bébé.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
74. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur la santé de son bébé.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
75. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur la santé de la mère.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
76. Obtenir de l'information prompte et appropriée sur l'allaitement.....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
77. Apprendre que le congé de l'hôpital est retardé à cause de la santé de la mère...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
78. Apprendre que le congé de l'hôpital est retardé à cause de la santé du bébé...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
79. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à la santé de la mère	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
80. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à la santé du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
81. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face à l'allaitement	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
82. Recevoir des conseils contradictoires de la part des infirmières face aux soins du bébé	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
Recevoir du feedback des infirmières									
83. Être valorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on fait bien cela).....	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
84. Etre dévalorisé-e par les infirmières (se faire dire que l'on ne fait pas bien cela)...	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4
85. Être valorisée dans son expérience d'allaitement	Oui/non	- 4	-3	-2	-1	0	1	2	3 4

Questionnaire 3: Mère

Instructions : En répondant aux questions suivantes, pensez à _____ qui a été une infirmière significative pour vous pendant votre séjour en maternité.

Pour chaque question, veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux votre relation avec cette personne. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à votre expérience, veuillez inscrire celle qui s'en rapproche le plus. **Votre première réaction à chaque question** devrait être votre réponse. Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

1 Fortement en accord	2 Généralement en accord	3 Parfois en accord parfois en désaccord	4 Généralement en désaccord	5 Fortement en désaccord	
1. L'infirmière s'intéressait et portait attention à mon bébé et à notre famille.	1	2	3	4	5
2. Les suggestions et les conseils de l'infirmière concernant les façons de s'y prendre avec mon bébé à la maison me rendaient inconfortable.	1	2	3	4	5
3. L'infirmière allait au devant des préoccupations et des besoins de notre famille.	1	2	3	4	5
4. L'infirmière et moi avions des idées différentes à propos de ce qui était le plus important concernant les services que mon bébé et moi-même recevions.	1	2	3	4	5
5. Je suis la personne (avec mon conjoint) qui prenait les décisions les plus importantes concernant la poursuite ou les changements dans les services que nous recevions, mon bébé et moi-même.	1	2	3	4	5
6. J'ai rarement demandé à l'infirmière des conseils et des suggestions parce que ce qu'elle me proposait requérait habituellement trop d'effort de ma part ou était trop compliqué à appliquer.	1	2	3	4	5
7. L'infirmière m'a encouragée à chercher de l'aide auprès des autres membres de ma famille et auprès de mes amies lorsque j'en aurai besoin.	1	2	3	4	5
8. Les conseils et les suggestions de l'infirmière sur les façons d'aborder notre bébé à la maison ont rarement produit des résultats rapides.	1	2	3	4	5
9. En suivant les conseils et suggestions de l'infirmière concernant des situations difficiles, j'ai appris à mieux me débrouiller sans son assistance face à des situations similaires.	1	2	3	4	5
10. Je me serais sentie inconfortable de donner des conseils ou de faire des suggestions à l'infirmière si elle m'avait demandé mon avis ou mon assistance.	1	2	3	4	5
11. J'ai l'impression que c'est moi, avec mon conjoint, qui était responsable de la plupart des succès que notre bébé et notre famille ont rencontrés.	1	2	3	4	5
12. Il était difficile, pour l'infirmière et pour nous, de travailler ensemble lorsqu'il s'agissait de planifier les services que notre bébé et moi-même devons recevoir.	1	2	3	4	5
13. Je me suis sentie à l'aise de discuter avec cette infirmière des problèmes et des difficultés que j'ai rencontrés dans mes activités de nouvelle mère.	1	2	3	4	5
14. Je me suis sentie à l'aise de dévoiler à cette infirmière des choses qui me concernent personnellement et que je ne dis pas à tout le monde.	1	2	3	4	5
15. Je me suis sentie à l'aise d'exprimer à cette infirmière les besoins que je ressentais dans mes activités de nouvelle mère.	1	2	3	4	5

Les diverses manières qu'ont les infirmières d'interagir avec les parents influencent parfois le caractère aidant et utile des conseils et du soutien qu'elles offrent. Les questions suivantes vous permettent de décrire vos impressions vis-à-vis l'aide que vous avez reçue d'une infirmière ou deux en particulier.

Y a-t-il une ou deux infirmières qui, durant votre séjour en maternité, après votre accouchement ont été plus significatives pour vous ?

1. oui _____ 2. non _____ | _____

Si non, continuez l'entrevue en examinant le personnel infirmier en général comme une "équipe d'infirmières".

Si oui, durant le cours de votre séjour en maternité, après votre accouchement, combien d'heures avez-vous été en contact avec cette infirmière.

Quantité de contacts durant le séjour en maternité

< 1 2 3 4 5 et + | _____

Fréquence des contacts/jour

< 1 2 3 4 5 et + | _____

Durant quel moment de la journée principalement avez-vous eu ces contacts.

matin après-midi soirée nuit | _____

L'infirmière la plus significative pour vous est-elle celle avec laquelle vous avez eu le plus de contacts.

1. oui ____ 2. non ____ 3. je ne sais pas ____ | _____

Lisez bien chacun des énoncés suivants et encerclez la réponse qui décrit le mieux votre impression et votre idée vis-à-vis de l'aide que vous procure l'infirmière que vous avez identifiée sur la page ci-haut. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse à ce questionnaire. Nous souhaitons simplement connaître votre opinion sincère sur le sujet. Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. L'infirmière en question ne pourra y avoir accès sous aucune condition. Seulement le personnel de recherche manipulera ces informations confidentielles.

1. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à croire que les parents connaissent leurs besoins et leurs forces. Comment décririez-vous vos impressions que cette infirmière croyait que vous connaissiez vos besoins et vos forces.

1	2	3	4	5	
Ne me traitait à peu près jamais comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait rarement comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait parfois comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait habituellement comme si je connaissais mes besoins et mes forces	Me traitait presque toujours comme si je connaissais mes besoins et mes forces	<input type="text"/>

2. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur façon de voir les parents sous un angle négatif ou positif. Quelles sont vos impressions que cette infirmière vous voyait sous un angle négatif ou positif.

1	2	3	4	5	
Me voyait presque toujours sous un angle négatif	Me voyait parfois sous un angle négatif	Ne me voyait ni négativement ni positivement	Me voyait parfois sous un angle positif	Me voyait presque toujours sous un angle positif	<input type="text"/>

3. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à supporter les décisions que prennent les parents concernant les manières d'agir vis-à-vis leur enfant. Comment décririez-vous jusqu'à quel point cette infirmière vous apportait du soutien lorsque vous preniez une décision concernant votre bébé.

1	2	3	4	5	
Ne me soutenait à peu près jamais dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait rarement dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait parfois dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait habituellement dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	Me soutenait presque toujours dans les décisions que je prenais concernant mon bébé	<input type="text"/>

4. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à aider les parents à apprendre de nouvelles habiletés qui leur permettent d'obtenir ce qui leur faut (des services, du soutien, etc.) pour satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous aider à apprendre de nouvelles habiletés qui vous permettent d'obtenir ce qu'il faut pour satisfaire vos besoins.

1	2	3	4	5	
Ne m'aidait à peu près jamais à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait rarement à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait parfois à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait habituellement à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	M'aidait presque toujours à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il faut	_____

5. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à encourager les parents à prendre leurs propres décisions concernant ce qui est le mieux pour leur enfant. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous encourager à prendre vos propres décisions concernant votre enfant.

1	2	3	4	5	
Ne m'encourageait à peu près jamais à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait rarement à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait parfois à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait habituellement à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	M'encourageait presque toujours à prendre mes propres décisions concernant mon enfant	_____

6. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à faire des suggestions qui sont directement très utiles aux parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point les suggestions que vous faisait cette infirmière vous apparaissaient utiles ?

1	2	3	4	5	
Ne m'offrait à peu près jamais des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait rarement des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait parfois des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait habituellement des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	M'offrait presque toujours des suggestions qui me sont ou m'ont été utiles	_____

7. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois vis-à-vis l'importance qu'ils accordent à aider les parents à trouver des solutions à leurs problèmes. Comment décririez-vous l'importance qu'accordait cette infirmière à trouver des solutions à vos problèmes?

1	2	3	4	5	
N'accordait à peu près jamais d'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait rarement de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait parfois de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait habituellement de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	Accordait presque toujours de l'importance à trouver des solutions à mes problèmes	_____

8. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans la façon qu'ils ont d'aider les parents à faire des plans concernant ce qui s'en vient dans le futur ou à attendre que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et du soutien. Comment décririez-vous l'attitude de cette infirmière face aux efforts qu'elle faisait pour vous aider à planifier ce qui s'en venait dans le futur ou plutôt à attendre que les choses aillent mal avant d'agir.

1	2	3	4	5	
Attendait presque toujours que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et de l'aide	Attendait habituellement que les choses aillent mal avant d'offrir des conseils et de l'aide	Parfois attendait/parfois m'aidait à faire des plans	M'aidait habituellement à faire des plans concernant ce qui s'en venait	M'aidait presque toujours à faire des plans concernant ce qui s'en venait	_____

9. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à être honnêtes et sincères à l'endroit des parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point cette infirmière vous apparaissait honnête et sincère à votre endroit.

1	2	3	4	5	
À peu près jamais honnête et sincère à mon endroit	Rarement honnête et sincère à mon endroit	Parfois honnête et sincère à mon endroit	Habituellement honnête et sincère à mon endroit	Presque toujours honnête et sincère à mon endroit	_____

10. *Les personnes qui apportent de l'aide* offrent parfois des conseils et du soutien qui occasionnent plus de troubles et de soucis que de bénéfices aux parents. Comment décririez-vous jusqu'à quel point l'aide apportée par cette infirmière vous a causé ou vous cause encore des troubles et des soucis comparés à ce qu'elle a apporté ou apporte encore comme bénéfices.

1	2	3	4	5	
Les conseils et le soutien offerts ne valaient à peu près jamais les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient rarement les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient parfois les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient habituellement les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	Les conseils et le soutien offerts valaient presque toujours les troubles et les soucis qu'ils ont occasionnés ou occasionnent encore	_____

11. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans les efforts qu'ils mettent à essayer de comprendre les préoccupations des parents en tentant de se placer dans leur position. Comment décririez-vous les efforts que cette infirmière semblait faire pour comprendre vos préoccupations.

1	2	3	4	5	
N'essayait à peu près jamais de comprendre mes préoccupations	Essayait rarement de comprendre mes préoccupations	Essayait parfois de comprendre mes préoccupations	Essayait habituellement de comprendre mes préoccupations	Essayait presque toujours de comprendre mes préoccupations	_____

12. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à manifester de la chaleur et de l'attention bienveillante envers les parents. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière de manifester à votre endroit de la chaleur et de l'attention bienveillante.

1	2	3	4	5	
Ne semblait à peu près jamais me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait rarement me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait parfois me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait habituellement me manifester de la chaleur et de l'attention	Semblait presque toujours me manifester de la chaleur et de l'attention	_____

13. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à considérer les parents comme étant des personnes capables d'apprendre de nouvelles habiletés leur permettant de mieux résoudre leurs problèmes et mieux satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous les habiletés de cette infirmière à considérer que vous êtes capable d'apprendre de nouvelles habiletés.

1	2	3	4	5	
Ne semblait à peu près jamais me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait rarement me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait parfois me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait habituellement me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	Semblait presque toujours me considérer comme étant capable d'apprendre de nouvelles habiletés	_____

14. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à accorder aux parents le mérite pour le succès et les progrès à mieux résoudre leurs problèmes et à mieux satisfaire leurs besoins. Comment décririez-vous que cette infirmière semblait vous attribuer le mérite pour le succès et les progrès dans la résolution de vos problèmes et la satisfaction de vos besoins.

1	2	3	4	5	
Ne m'attribuait à peu près jamais le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait rarement le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait parfois le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait habituellement le mérite pour les succès et les progrès	M'attribuait presque toujours le mérite pour les succès et les progrès	_____

15. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur capacité à écouter ce que les parents ont à dire sur leur enfant ou les autres membres de leur famille. Comment décririez-vous la capacité de cette infirmière à vous écouter.

1	2	3	4	5	
N'écoutait à peu près jamais ce que j'avais à dire	Écoutait rarement ce que j'avais à dire	Écoutait parfois ce que j'avais à dire	Écoutait habituellement ce que j'avais à dire	Écoutait presque toujours ce que j'avais à dire	<input type="text"/>

16. *Les personnes qui apportent de l'aide* diffèrent parfois dans leur façon d'exprimer aux parents qu'ils ont droit et qu'il mérite pleinement l'aide que leur enfant et eux reçoivent. Comment décririez-vous l'attitude de cette infirmière à vous exprimer que vous méritez pleinement de recevoir l'aide dont vous et votre bébé avez besoin.

1	2	3	4	5	
Ne m'exprimait à peu près jamais que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait rarement que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait parfois que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait habituellement que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	M'exprimait presque toujours que moi et mon bébé méritions pleinement de recevoir de l'aide	<input type="text"/>

17. Durant votre séjour à la maternité, jusqu'à quel point avez-vous eu l'impression d'avoir du contrôle sur le soutien et les services que vous et votre bébé avez reçu de cette infirmière. Sur une échelle de 0 à 10, indiquez-moi le degré de contrôle que vous avez l'impression d'avoir eu sur ce plan.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu de contrôle					Énormément de contrôle				

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Questionnaire 5 : Mère

Instructions: Les énoncés suivants décrivent les croyances de nouveaux parents quant à leur capacité de prendre soin de leur enfant. Après avoir lu chaque énoncé, veuillez encrer le numéro qui, selon vous, décrit le mieux la façon dont vous vous sentez dans votre rôle de parent. Puisqu'il s'agit d'énoncés concernant des croyances, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Veuillez s.v.p. répondre à chacune des vingt-cinq questions suivantes.

Ne peux le faire				Peux raisonnablement le faire				Peux certainement le faire		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Je peux m'occuper de l'alimentation de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Je peux assumer les responsabilités que représente mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Je peux reconnaître quand mon bébé a faim.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Je peux réagir efficacement avec mon bébé lorsqu'il ou elle pleure "sans raison".										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Je peux reconnaître quand mon bébé est malade.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Je peux reconnaître quand il est temps d'ajouter de nouveaux aliments à l'alimentation de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Je peux m'occuper des tâches ménagères aussi bien qu'auparavant tout en prenant soin de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Lorsque je pense que mon bébé est malade, je peux prendre sa température efficacement.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Je peux donner le bain à mon bébé sans qu'il ou elle se refroidisse ou ne devienne irritable.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Je peux prendre la décision de retourner ou non travailler.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Je peux prévenir les pleurs de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Je peux maintenir une relation satisfaisante avec mon conjoint.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Je peux satisfaire toutes les demandes qu'on m'adresse même lorsque le bébé est là.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ne peux le faire				Peux raisonnablement le faire				Peux certainement le faire		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Je peux facilement me rendre chez le médecin en compagnie de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Je peux faire preuve d'un bon jugement pour décider de la façon de prendre soin de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Je peux prendre les bonnes décisions concernant mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Je peux établir une bonne routine de sommeil pour mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Je peux donner à mon bébé l'attention qu'il ou elle a besoin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Je peux engager les services d'une gardienne quand j'en ai besoin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Je peux reconnaître ce que mon bébé aime ou n'aime pas.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Je peux sentir les humeurs de mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Je peux démontrer mon amour pour mon bébé.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Je peux calmer mon bébé lorsqu'il ou elle est irritable.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Je peux aider mon bébé dans les situations stressantes telle qu'une visite au bureau du médecin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Je peux stimuler mon bébé en jouant avec lui ou elle.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Questionnaire 6: Mère

Instructions : Les questions suivantes portent sur ce qui peut se passer *entre vous et votre conjoint*. Il est possible qu'il n'y ait pas de choix de réponse qui corresponde exactement à ce que vous vivez, dans ce cas encerclez la réponse qui se rapproche le plus de votre situation actuelle.

	5	4	3	2	1
	Fortement en accord	D'accord	Incertain	En désaccord	Fortement en désaccord
1. Mon conjoint apprécie se retrouver seul avec notre enfant.	5	4	3	2	1
2. Durant la grossesse, mon conjoint me faisait sentir qu'il avait confiance en ma capacité d'être une bonne mère.	5	4	3	2	1
3. Lorsqu'il y a un problème avec notre enfant, mon conjoint et moi arrivons à trouver ensemble une solution valable.	5	4	3	2	1
4. Mon conjoint et moi communiquons bien ensemble lorsque la conversation concerne notre enfant.	5	4	3	2	1
5. Mon conjoint accepte de faire des sacrifices personnels pour aider à prendre soin de notre enfant.	5	4	3	2	1
6. Discuter de notre enfant avec mon conjoint est une chose que j'apprécie et que je recherche.	5	4	3	2	1
7. Mon conjoint est très attentif à notre enfant.	5	4	3	2	1
8. Mon conjoint et moi sommes d'accord sur ce que notre enfant doit faire et ne pas faire.	5	4	3	2	1
9. Je me sens proche de mon conjoint lorsque je le vois jouer avec notre enfant.	5	4	3	2	1
10. Mon conjoint a "le tour" avec les enfants.	5	4	3	2	1
11. Mon conjoint et moi formons une bonne "équipe".	5	4	3	2	1
12. Mon conjoint considère que je suis une bonne mère.	5	4	3	2	1
13. Je considère que mon conjoint est un bon père.	5	4	3	2	1
14. Mon conjoint fait des choses pour rendre plus facile ma tâche de mère.	5	4	3	2	1
15. Mon conjoint et moi avons la même façon de percevoir notre enfant.	5	4	3	2	1
16. Si mon conjoint avait à décrire (ou à parler de) notre enfant, il dirait à peu près les mêmes choses que moi.	5	4	3	2	1
17. Lorsque notre enfant devra être puni, mon conjoint et moi serons d'accord sur le type de punition qu'il devra recevoir.	5	4	3	2	1
18. Je fais confiance à mon conjoint en ce qui concerne ce qui est bien pour notre enfant. Je sens qu'il a un bon jugement à ce sujet.	5	4	3	2	1
19. Mon conjoint me dit que je suis une bonne mère.	5	4	3	2	1
20. Mon conjoint et moi partageons les mêmes objectifs en ce qui concerne notre enfant.	5	4	3	2	1

Questionnaire 7: Mère

Instructions : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à **ce moment précis**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé, mais donner la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en ce moment**.

	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Modérément	4 Beaucoup
1. Je me sens calme.	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.	1	2	3	4
3. Je suis tendue.	1	2	3	4
4. Je suis triste.	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversée.	1	2	3	4
7. Je suis préoccupée actuellement par des contrariétés possibles.	1	2	3	4
8. Je me sens reposée.	1	2	3	4
9. Je me sens anxieuse.	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.	1	2	3	4
11. Je me sens sûre de moi.	1	2	3	4
12. Je me sens nerveuse.	1	2	3	4
13. Je suis affolée.	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater.	1	2	3	4
15. Je suis détendue.	1	2	3	4
16. Je suis heureuse.	1	2	3	4
17. Je suis préoccupée.	1	2	3	4
18. Je me sens surexcitée et fébrile.	1	2	3	4
19. Je me sens joyeuse.	1	2	3	4
20. Je me sens bien.	1	2	3	4

Questionnaire 8: Mère

Instructions : Voici une liste de personnes, de groupes et d'organismes qui sont souvent amenés à procurer de l'aide aux membres d'une famille qui a un jeune enfant. Ce questionnaire vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces personnes/groupes/organismes sont "aidant" pour *votre famille*. Encerclez le chiffre qui correspond au type d'aide que ces personnes/groupes/organismes ont apporté à *votre famille* **durant le dernier mois**. Si vous n'avez pas eu besoin d'aide de la part d'une personne/groupe/organisme, encerclez la réponse NA (non applicable). Si une personne/groupe/ organisme n'était pas disponible durant cette période pour vous apporter de l'aide, encerclez le chiffre 1.

Jusqu'à quel point les personnes/groupes/ organismes suivants ont-ils été aidant pour vous et votre famille?

Pas eu besoin d'aide NA	Aide non disponible 1	Pas du tout aidant 2	Parfois aidant 3	Généralement aidant 4	Très aidant 5	
1. Mes parents.....	NA	1	2	3	4	5
2. Les parents de mon conjoint.....	NA	1	2	3	4	5
3. Mes frères/sœurs.....	NA	1	2	3	4	5
4. Les frères/sœurs de mon conjoint.....	NA	1	2	3	4	5
5. Mon conjoint.....	NA	1	2	3	4	5
6. Mes ami(e)s.....	NA	1	2	3	4	5
7. Les ami(e)s de mon conjoint.....	NA	1	2	3	4	5
8. Autres membres de la parenté.....	NA	1	2	3	4	5
9. Collègues de travail.....	NA	1	2	3	4	5
10. Mes voisins.....	NA	1	2	3	4	5
11. Groupes/associations de parents.....	NA	1	2	3	4	5
12. Groupes/clubs sociaux.....	NA	1	2	3	4	5
13. Prêtres/religieux(ses).....	NA	1	2	3	4	5
14. Médecin de famille/ gynécologue.....	NA	1	2	3	4	5
15. Personne donnant les cours prénataux.....	NA	1	2	3	4	5
16. Aidants professionnels autres qu'infirmières (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, accompagnatrices).	NA	1	2	3	4	5
17. Pédiatre.....	NA	1	2	3	4	5
18. Infirmières autres que celle identifiée préalablement.....	NA	1	2	3	4	5
19. Organismes de la santé et des services sociaux (CLSC, Centre hospitalier, Bien-être social, Centre jeunesse, etc).....	NA	1	2	3	4	5
20. Autres (spécifiez)_____	NA	1	2	3	4	5

Questionnaire 9: Mère

Instructions: Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux ? Nous vous demandons de choisir une seule description.

1. Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seule ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter ☐
2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendante et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi. ☐
3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupée par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie. ☐
4. Je me sens embarrassée lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres. ☐

Un bébé moyen

Instructions: Même si ce bébé est votre premier enfant, vous avez probablement certaines idées sur comment se comportent la plupart des jeunes bébés. Veuillez cocher la réponse qui, à votre avis, décrit le mieux un bébé moyen.

1. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen pleure ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

2. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen a des difficultés à s'alimenter ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

3. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen régurgite ou vomit ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

4. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen a des difficultés à dormir ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

5. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen a des difficultés à aller à la selle ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

6. Dans quelle mesure pensez-vous que le bébé moyen a de la difficulté à établir un horaire prévisible de boires et de repos ?

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

Votre bébé

Instructions: Quoique ce ne soit pas possible de savoir de façon certaine comment sera votre bébé, vous avez probablement déjà certaines idées, après avoir vécu avec lui depuis quelques jours, des comportements de votre bébé. Veuillez cochez la réponse qui, à votre avis, décrit le mieux votre perception de votre bébé.

1. Mon bébé pleure...

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

2. Mon bébé a de la difficulté à s'alimenter...

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

3. Mon bébé régurgite ou vomit:

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

4. Mon bébé a de la difficulté à dormir...

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

5. Mon bébé a de la difficulté à aller à la selle...

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

6. Mon bébé aura de la difficulté à établir un horaire prévisible de boires et de repos...

<u>énormément</u>	<u>beaucoup</u>	<u>moyennement</u>	<u>un peu</u>	<u>pas du tout</u>
-------------------	-----------------	--------------------	---------------	--------------------

APPENDICE E

APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE



Université du Québec à Hull

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada
J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900

Hull, 15 septembre 1999,

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint la documentation requise en vue de faire approuver le projet de recherche de thèse doctorale en psychologie : "Perceptions sociales des parents d'un premier enfant: efficacité parentale en période postnatale immédiate et pratiques d'aides des infirmières", présentement en cours dans votre établissement depuis l'automne 1998.

Espérant le tout conforme à vos attentes,

Francine de Montigny

Francine de Montigny, M. Sc. Inf., étudiante doctorale,
Professeur en Sciences Infirmières
Université du Québec à Hull,
C.P. 1250, Succ.B, Hull, J8X-3X7, P. Québec, Canada.,
Fax: (819)595-2384; Tél: (819)595-3900 (2257)
e-mail: francine_demontigny@uqah.quebec.ca
Webmestre: http://www.uqah.quebec.ca/m_sante/index.html
http://www.uqah.quebec.ca/m_sante/chroniques/index.html
<http://www.uqah.quebec.ca/privee>

RECOMMANDATION FINALE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

NUMÉRO DU PROJET : 9900-0927-04

TITRE DU PROJET : Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : efficacité parentale en période postnatale immédiate et pratiques d'aide des infirmières

DATE DE SOUMISSION DU DOSSIER : Le 27 septembre 1999


CHERCHEUR PRINCIPAL : Madame Francine de Montigny,
professeure UQAH

DATE DE LA RÉUNION DU COMITÉ : Le 18 octobre 1999

PRÉSENCES :

(Nom)	(Occupation)	(Fonction)
1. Sauvé, Jean-Marc	anesthésiste	Président
2. Albert, Laurier	agent de pastorale	Membre
3. Beaudoin, Claudette	avocate	Membre
4. Chénard, Chantal	infirmière	Membre
5. Gendron, Céline	Adjointe à la D.S.P.	Membre
6. Houle, Lorraine	représentante de la communauté	Membre

Les membres du Comité d'éthique du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais ont révisé le protocole de recherche, les lettres de présentation, le formulaire de consentement version du 25 octobre 1999 et tous les autres documents pertinents au projet nommé ci-dessus présenté par Mme Francine De Montigny. Ils recommandent la conduite de la recherche puisque les corrections demandées ont été effectuées et validées par le président.



Dr Jean-Marc Sauvé
Président du Comité d'éthique

99/11/09

Date

TV



CENTRE HOSPITALIER
DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS

Le 8 novembre 1999

Madame Francine De Montigny
44, Louis Hémon
Gatineau (Québec)
J8T 7V7

Objet : Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : efficacité parentale en période postnatale immédiate et pratiques d'aide des infirmières

Madame,

Après analyse des informations obtenues du Comité d'éthique ainsi que des résultats du processus d'évaluation du dossier mentionné ci-dessus, nous sommes disposés à supporter ce projet.

À cet égard, veuillez prendre note que le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais vous autorise à être la personne désignée à titre de responsable pour l'actualisation de ce projet de recherche.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le directeur général,

Paul Moreau

PM/iv

c.c. Dr Jean-Marc Sauvé, président du Comité d'éthique du CHVO

Hull, le 19 janvier 2000

Madame Francine De Montigny
44, Louis Hémon
Gatineau (Québec)
J8T 7V7

Objet : Suivis de la rencontre avec le Comité d'éthique

Madame,

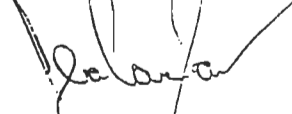
Je désire vous transmettre la décision des membres du Comité d'éthique à la suite de votre rencontre du 17 janvier dans le cadre de votre projet de recherche mené au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, soit « Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : efficacité parentale en période postnatale immédiate et pratiques d'aide des infirmières ».

Les membres du Comité d'éthique demandent que vous modifiez votre formulaire de consentement afin que les sujets soient bien informés des inconvénients s'ils acceptent de participer à la recherche.

Pour répondre aux exigences du Comité d'éthique et afin de vous faciliter la tâche, nous vous transmettons un formulaire de consentement amendé. Le Comité d'éthique devra approuver la dernière version de votre formulaire avant son utilisation pour le volet quantitatif de votre recherche prévu en mars 2000.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique,



Dr Jean-Marc Sauvé

JMS/v

c.c. Membres du Comité d'éthique

P.J. Formulaire de consentement amendé (18 janvier 2000)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : *Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : incidents critiques en période postnatale immédiate, pratiques d'aide des infirmières et efficacité parentale.*

Chercheuse principale: Francine de Montigny, M.Sc.Inf., Ph.Dc. psychologie (UQTR), professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Hull.
Assistantes de recherche : S. Marsolais, B.Sc.N., M. Tessier, c.B.Psych., J. Tremblay, c.B.Sc.Inf., M. Brin, c.B.Sc.Inf et S. Gagné, B.Sc.N.
Collaborateurs de recherche : Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais (Pavillon Gatineau) et l'U.Q.A.H.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE : Ce projet a pour objectif de connaître les événements qui furent les plus importants pour vous lors de votre séjour à l'hôpital après la naissance de votre enfant et l'aide qui fut apportée par les infirmières.

TÂCHES : Afin de participer à la réalisation de l'objectif de la recherche, nous vous demanderons de :

- Me rencontrer ou mon assistante de recherche, à votre domicile, à un temps qui vous convient, afin de remplir un cahier questionnaire (durée maximum de 45 min.) et ce, dans les premier dix jours suivant la naissance de votre enfant.
- Fournir des informations, par écrit, sur vos perceptions : des événements importants pour vous en période postnatale au centre hospitalier; de l'aide apportée par les infirmières; de votre efficacité à prendre soin de votre enfant; de votre bébé; de votre soutien conjugal et familial ainsi que de votre niveau de stress.

BÉNÉFICES : Les avantages liés à votre participation sont les suivants :

- Avoir la possibilité de faire le point sur votre expérience parentale et d'exprimer, s'il y a lieu, des besoins spécifiques à ce sujet;
- Avoir accès à des références de services postnataux;
- Permettre aux infirmières de mieux comprendre ce que vivent les nouveaux parents et de connaître davantage de façons de les aider après la naissance de leur premier enfant.

RISQUES, INCONVÉNIENTS, INCONFORTS : La participation à cette recherche ne comporte aucun risque pour vous et votre enfant. Les inconvénients et inconforts liés à votre participation sont les suivants :

- Consacrer environ 30 à 45 minutes de vos temps libres pour répondre à des questionnaires et ce, dans les dix premiers jours suivant la naissance de votre enfant;
- Accepter de fournir des informations personnelles vous concernant ainsi que votre famille, ce qui peut vous rendre inconfortable. Si tel est le cas, n'hésitez pas à en faire mention afin que les professionnels vous apportent le soutien nécessaire.

CONSENTEMENT : Votre participation à cette étude est volontaire et vous demeurez libre de vous retirer de l'étude en tout temps ou de refuser de répondre à certaines questions des questionnaires et ce, sans crainte pour les services et soins que vous êtes en droit de recevoir. Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous demanderai de :

- signer ce formulaire de consentement;
- d'accepter que Madame Marsolais et moi-même ayons accès à votre dossier;

Nous vous appellerons d'ici quelques jours pour prendre rendez-vous avec vous.

CONFIDENTIALITÉ : Les données recueillies sont strictement **confidentielles**. Dès le moment où vous signez ce consentement, un numéro de participant vous sera attribué, la liste des participants sera mise sous clé et en aucun cas votre nom ne sera divulgué. Les données seront traitées pour l'ensemble du groupe de participants et non de manière individuelle. Les données recueillies seront utilisées spécifiquement à cette recherche et seront **conservées pour une période de cinq (5) ans** à l'Université du Québec à Hull, dans un local verrouillé.

PERSONNES À CONTACTER :

- Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche ou des problèmes ultérieurs reliés à votre participation à cette étude, veuillez communiquer avec moi, Francine de Montigny, au numéro 568-0228.
- Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez vous référer au président du Comité d'éthique du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, Dr Jean-Marc Sauvé au numéro 595-6033.
- Si vous êtes insatisfait ou insatisfaite des services reçus, vous pouvez alors porter plainte auprès de la personne responsable des plaintes au CHVO, Mme Charlotte Kerluke, pavillon de Gatineau bureau 3207, 3^e sud au numéro 561-8179 ou vous pouvez la rejoindre au pavillon de Hull au numéro 595-6000 poste 5914.

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Perceptions sociales des parents d'un premier enfant : incidents critiques en période postnatale immédiate, pratiques d'aide des infirmières et efficacité parentale.

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus. J'accepte librement de participer à l'étude de Mme Francine de Montigny. Je conserve une copie du formulaire de consentement.

Nom du participant à la recherche :

(en lettres moulées)

Coordonnées du participant :

(adresse et numéro de téléphone)

Signature du participant

Date :

Signature de la chercheuse :

Date :

Hull, le 21 mars 2000

Madame Francine De Montigny
44, Louis Hémon
Gatineau (Québec)
J8T 7V7

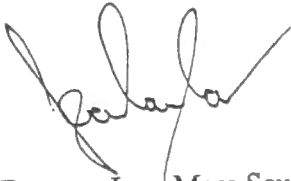
Objet : Formulaire de consentement révisé

Madame,

En réponse à la demande de correction que nous vous demandions d'apporter au formulaire de consentement de votre projet de recherche, je désire confirmer l'approbation du formulaire tel que modifié le 18 mars 2000.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique,



Docteur Jean-Marc Sauvé

JMS/TV

Pavillon de Gatineau (Siège social)
909, boulevard De La Vérendrye Ouest
Gatineau (Québec) J6P 7H2

Tél. (819) 561-8100 Téléc. (819) 561-8306

Pavillon de Hull
116, boulevard Lionel-Émond
Hull (Québec) J8Y 1W7

Tél. (819) 595-6000 Téléc. (819) 595-6306