

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MARIE BENSA

FAISABILITÉ ET EXPLORATION DE L'EFFET DU « PEAU À PEAU » SUR LE
BIEN-ÊTRE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DE LA MÈRE PRIMIPARE
APRÈS UNE CÉSARIENNE D'URGENCE

AVRIL 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Ce mémoire a été dirigé par :

Roseline Galipeau, directrice de recherche, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Lucie Lemelin, codirectrice de recherche, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Jury d'évaluation du mémoire :

Chantal Verdon, présidente du jury, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Valérie Lebel, membre examinateur, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Le nombre de césariennes est en augmentation à travers le monde, notamment celles dites « d'urgence ». Or, les écrits rapportent que l'expérience de naissance d'urgence est perçue négativement par les mères, voire associée à une dépression postpartum, un stress post-traumatique. Cette expérience a des répercussions sur la vie psychosociale et le bien-être de la mère, sur l'allaitement ou encore l'attachement entre la mère et son nouveau-né. La méthode du « peau à peau » est un moyen efficace de fournir au nouveau-né une protection thermique, d'établir des liens affectifs et de réduire les risques d'infection. Elle favorise également le bien-être émotionnel de la mère et contribue à diminuer la dépression postnatale. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à cette pratique en contexte de césarienne d'urgence. Guidée par le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998), la présente recherche avait pour but d'évaluer la faisabilité de l'étude et d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être et la détresse psychologique de femmes primipares durant les quatre premiers jours suivant la naissance. Pour ce faire, une étude de faisabilité de type quantitatif à devis quasi expérimental après seulement avec groupe témoin non équivalent a été sélectionnée. Un échantillonnage non probabiliste a permis de recruter six femmes primipares post-accouchement par césarienne d'urgence dans un hôpital de la grande région de Montréal. Celles-ci ont répondu à des questionnaires autoadministrés portant sur le bien-être psychologique (BEP) et la détresse psychologique (DP) dans les 72 heures post-accouchement et à au moins un mois suivant la naissance.

Il est important de mettre en évidence que 100 % ($n = 6$) des participantes ont pu mettre en place le « peau à peau » avec leur nouveau-né, les participantes du groupe témoin ($n = 4$, 60 %) ont pu initier la technique instantanément après la naissance et pendant au moins une heure alors que celles du groupe expérimental ($n = 2$, 40 %) ne l'ont pas initié instantanément et/ou l'ont maintenu pendant moins d'une heure. Ayant obtenu un très faible échantillon ($n = 6$), l'étudiante-chercheuse a effectué un test non paramétrique Mann-Whitney pour vérifier les deux hypothèses. Les résultats n'indiquent aucun effet significatif de la méthode du « peau à peau » sur le bien-être et la détresse psychologique des femmes participantes. Toutefois, la faible taille de l'échantillon et la forte dispersion des résultats suggèrent d'interpréter ces données avec prudence. Le contexte de recherche et les résultats obtenus permettent de soulever des points de réflexion sur la faisabilité du projet, son déploiement futur à plus grande échelle et son impact sur la discipline infirmière. Entre autres, le recrutement en fin de grossesse afin d'augmenter la participation, l'évaluation du point de vue des participantes sur le déroulement de la collecte de données s'avère des pistes pertinentes tout comme l'intégration du « peau à peau » dès la formation initiale des infirmières.

Mots clés : recherche quantitative quasi expérimentale ; « peau à peau » ; césarienne d'urgence ; bien-être psychologique ; détresse psychologique

Summary

The number of cesarean sections is increasing around the world, particularly so-called “emergency” sections. However, the literature reports that the experience of emergency birth is perceived negatively by mothers, and even associated with postpartum depression and post-traumatic stress. This experience has repercussions on the psychosocial life and well-being of the mother, on breastfeeding and even the attachment between the mother and her newborn. The “skin-to-skin” method is an effective way to provide the newborn with thermal protection, establish emotional bonds and reduce the risk of infection. It also promotes the mother's emotional well-being and helps reduce postnatal depression. However, few studies have focused on this practice in the context of emergency cesarean section. Guided by the mental health model of Massé et al. (1998), the present research aimed to assess the feasibility of the study and explore the effect of “skin to skin” on well-being and psychological distress. of primiparous women during the first four days after birth. To do this, a quantitative feasibility study with a quasi-experimental design and only with a non-equivalent control group was selected. Non-probability sampling made it possible to recruit six primiparous women post-delivery by emergency cesarean section in a hospital in the greater Montreal area. They responded to self-administered questionnaires on psychological well-being (PWB) and psychological distress (PD) within 72 hours postpartum and at least one month following birth.

It is important to highlight that 100% (n = 6) of the participants were able to establish “skin to skin” with their newborn, the participants in the control group (n = 4, 60 %)

were able to initiate the technique instantly after birth and for at least an hour while those in the experimental group ($n = 2$, 40 %) did not initiate it instantly and/or maintained it for less than an hour. Having obtained a very small sample ($n = 6$), the student researcher carried out a non-parametric Mann-Whitney test to verify the two hypotheses. The results indicate no significant effect of the “skin-to-skin” method on the PWB and PD of the participating women. However, the small sample size and the high dispersion of the results suggest that the data should be interpreted with caution. The research context and the results obtained allow us to raise points for reflection on the feasibility of the project, its future deployment on a larger scale and its impact on the nursing discipline. Among other things, recruitment at the end of pregnancy in order to increase participation, the evaluation of the participants' point of view on the progress of data collection prove to be relevant avenues, as does the integration of “skin to skin” contact from the initial training of nurses.

Keywords : quasi-experimental quantitative research ; skin to skin ; emergency cesarean section ; psychological well-being; psychological distress

Table des matières

Sommaire	ii
Summary	iv
Liste des abréviations	x
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xiii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Problématique.....	5
Recension des écrits	12
Méthode de recherche documentaire et critères de sélection	13
La césarienne et ses facteurs psychologiques.....	14
Définition	14
L'état clinique de la mère post-césarienne	15
L'attachement maternel dans la dépression postpartum	16
L'expérience de naissance	18
Perception de la naissance d'urgence	18
La relation parent-enfant avec le « peau à peau »	19
Le « peau à peau » et les résultats probants	20
Définition	20
Les bénéfices du « peau à peau » pour le nouveau-né.....	21
Les bénéfices du « peau à peau » pour la mère	22
Le « peau à peau » après une césarienne	25
Le « peau à peau » et l'allaitement	27
Limites et fiabilités des études sur le « peau à peau »	29
Le « peau à peau » dans la pratique infirmière	31
Obstacles à la mise en place immédiate	31
Formation au « peau à peau »	33
Mise en place du « peau à peau » en salles d'opération	35
L'initiation et le maintien de l'allaitement selon le contexte	38
L'allaitement et la césarienne.....	38

L'initiation de l'allaitement par le « peau à peau » après une césarienne	39
Le concept de bien-être psychologique et ses concepts voisins	45
Cadre de référence	53
But, objectifs et hypothèses	57
Méthode	59
Devis de recherche et but de l'étude	60
Milieu, recrutement et échantillonnage	61
Déroulement de l'étude et processus de recrutement	64
Définition opérationnelle des variables et leur évaluation	65
Faisabilité de l'étude.	65
Variable indépendante : le « peau à peau ».	66
Variables dépendantes : la détresse psychologique et le bien-être psychologique.	67
Variable étrangère : l'allaitement.	67
Instruments de mesure	68
Plan d'analyse des données.	72
Considérations éthiques	75
Résultats	77
Échantillon, caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes	78
Faisabilité de l'étude	82
Les effets de l'intervention	86
Auto-dévalorisation.	88
Irritabilité/agressivité.	89
Anxiété/dépression.	89
Désengagement social.	89
Auto-dévalorisation.	91
Irritabilité/agressivité.	92
Anxiété/dépression.	93
Désengagement social.	93
Estime de soi.	95
Équilibre.	96

Engagement social.....	96
Sociabilité.....	97
Contrôle de soi.	97
Bonheur.	98
Vérification des hypothèses.....	98
La détresse psychologique.	99
Le bien-être psychologique.	100
Discussion	102
Faisabilité de l'étude	103
Taille d'échantillon, taux d'abandon et représentativité	103
Difficultés rencontrées lors de la collecte de données	109
Effet du « peau à peau » sur la DP et le BEP	111
Forces et aspect novateur de l'étude.....	116
Limites de la recherche.....	117
Faible taille d'échantillon.....	118
Influence externe sur la collecte de données	118
Les compétences dans la collecte de données	119
Embûches institutionnelles et d'évènements.....	120
Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation infirmière	121
La recherche et la pratique clinique	121
La formation	125
Conclusion.....	127
Références	130
Appendice A.....	149
Appendice B.....	151
Appendice C	153
Appendice D.....	155
Appendice E	157
Appendice F	160
Appendice G.....	162
Appendice H.....	164

Appendice I	186
Appendice J	199
Appendice K.....	211
Appendice L	214

Liste des abréviations

Abréviation

AIC	Assistant(e)-infirmière/er chef
ASPC	Agence de Santé publique du Canada
BEP	Bien-être psychologique
CÉR	Comité d'éthique et de recherche
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DP	Détresse psychologique
ÉMMBEP	Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique
ÉMMDP	Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique
FIC	Formulaire d'information et de consentement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PD	<i>Psychological distress</i>
PRECESS	<i>Practice, Reflection, Education and training, Combined with Ethnography for Sustainable Success</i>
PWB	<i>Psychological well-being</i>
UQO	Université du Québec en Outaouais

Liste des tableaux

Tableau

1	Définitions de la variable de bien-être psychologique	47
2	Définitions de la variable de détresse psychologique	49
3	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	80
4	Statistiques descriptives des scores de la détresse psychologique au T1 ($n = 6$)	88
5	Statistiques descriptives des scores de DP pour les participantes ayant complété les questionnaires au T1 et T2 ($n = 2$)	91
6	Statistiques descriptives des scores du BEP au T2 ($n = 2$)	95
7	Analyse des cadres et modèles théoriques de bien-être psychologique (BEP)	158
8	Analyse des cadres et modèles théoriques de détresse psychologique (DP).....	161
9	Cahier de codes	187
10	Cahier de codes DP	189
11	Cahier de codes BEP	193
12	Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides	200
13	Calendrier de mise en place de collecte de données et de recrutement	212
14	Caractéristiques sociodémographiques	215
15	Données cliniques	217
16	Réponses de l'auto-dévalorisation au T1	220
17	Réponses de l'irritabilité/l'agressivité au T1	221
18	Réponses de l'anxiété/la dépression au T1	222

Tableau

19	Réponses du désengagement social au T1	223
20	Évaluation de l'auto-dévalorisation au T1	224
21	Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T1	226
22	Évaluation de l'anxiété/la dépression au T1	228
23	Évaluation du désengagement social au T1	230
24	Évaluation de l'auto-dévalorisation au T2	232
25	Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T2	234
26	Évaluation de l'anxiété/la dépression au T2	236
27	Évaluation du désengagement social au T2	238
28	Évaluation de l'estime de soi au T2	240
29	Évaluation de l'équilibre au T2	242
30	Évaluation de l'engagement social au T2	244
31	Évaluation de la sociabilité au T2	246
32	Évaluation du contrôle de soi au T2	248
33	Évaluation du bonheur au T2	250

Liste des figures

Figure

1	Schématisation de l'intégration du « peau à peau » au cadre de référence de santé mentale de Massé et al. (1998b)	56
2	Représentation des deux groupes	63
3	Diagramme de flux des participantes.....	79
4	Représentation temporelle de la collecte de donnée	83

Remerciements

J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mes études et qui m'ont aidé dans la réalisation de cette recherche.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire, Madame Roseline Galipeau, et ma co-directrice, Madame Lucie Lemelin, professeures au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais pour leur qualité d'encadrement dans ce projet. Leur soutien et leur confiance m'ont aidé à poursuivre ce travail acharné dans un contexte si particulier. Leurs implication, expertise, conseils et encouragements m'ont été extrêmement précieux et m'ont permis de découvrir le monde de la recherche tout en alimentant ma soif de développement personnel et professionnel.

J'aimerais également remercier les membres du jury, Madame Chantal Verdon et Madame Valérie Lebel, professeures au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais pour leurs corrections et propositions constructives ainsi que toutes les participantes de cette recherche.

Je souhaite également remercier ma famille, mes amis et collègues qui m'ont encouragée toutes ces années et ont eu confiance en ma capacité à tenir bon, même lorsque je ne voyais plus la lumière au bout du tunnel.

Merci à tous!

Introduction

Le nombre de césariennes d'urgence ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés (Stevens et al., 2014). À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique de césariennes, mais de tout mettre en œuvre afin d'offrir une césarienne à toute femme qui en a besoin (OMS, 2021). De nombreuses recherches documentent le concept de césarienne élective et ses facteurs psychologiques pour la mère (Bavaro et al., 2016 ; Zheng et al., 2022 ; Zwedberg et al., 2015). Certaines d'entre elles lient ce concept à l'expérience de naissance (Abdollahpour et al., 2017 ; Handelzalts et al., 2017 ; Hou et al., 2022 ; Molgora et al., 2022), l'initiation et le maintien de l'allaitement (Aboagye et al., 2022 ; Gregson et al., 2016 ; Juan et al., 2022 ; Lau et al., 2018) et enfin le « peau à peau » (Frederick et al., 2016 ; Kahalon et al., 2021 ; Kahalon et al., 2022 ; Sheedy, 2022).

Les concepts d'état clinique hémodynamique de la mère per et postopératoire lors d'une césarienne sont suffisamment documentés pour permettre de démontrer que la sécurité de la mère et celle du nouveau-né sont systématiquement priorisées. Cette priorisation vient ainsi retarder toute proximité physique (avec ou sans mise en place du « peau-à-peau ») à la base de la formation d'un lien d'attachement entre la mère et son nouveau-né, au risque de développer un état de dépression postpartum et d'impacter l'expérience de naissance (*American Academy of Pediatrics*, 2012; Bavaro et al., 2016;

Hung & Berg, 2011; Iwata et al., 2016; Organisation mondiale de la santé, 2017b; Poets et al., 2011; Xie et al., 2011; Xu et al., 2017; Zainal et al., 2012).

Le « peau à peau » est une méthode pouvant renforcer la qualité de la relation parent-enfant (Dumas et al., 2013 ; Moore et al., 2016). Ses nombreux bienfaits ne cessent d'être documentés à travers le monde dont la favorisation d'une stabilité physiologique, de l'allaitement et d'un bien-être émotionnel, la diminution de la douleur et de l'anxiété de la mère, l'impact positif sur l'anxiété et la dépression postpartum de la mère (Sheedy et al., 2022). Toutefois, à notre connaissance, aucune recherche ne semble lier la relation entre la pratique du « peau à peau » à l'état psychologique de la mère en postpartum avec le contexte de césarienne d'urgence.

Guidée par le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998), le but de cette étude est de valider la faisabilité de l'étude et d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être psychologique et la détresse psychologique de mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence.

Le présent mémoire est divisé en six parties. Le premier chapitre expose la problématique. S'ensuit la recension des écrits regroupant sept sections commençant par la méthodologie de recherche documentaire, la césarienne et ses facteurs psychologiques et l'expérience de naissance. Viennent alors le « peau à peau » à travers les résultats probants, la pratique infirmière, l'initiation et le maintien de l'allaitement dans les

contextes de césarienne et de « peau à peau ». Enfin, le deuxième chapitre est clos par l'analyse du concept de BEP et de ses concepts voisins. Le troisième chapitre expose le cadre de référence, le but, les objectifs et les hypothèses de recherche. Le quatrième chapitre présente la description de la méthode de recherche utilisée. Suit la description des résultats de recherche selon les analyses statistiques effectuées, la discussion des résultats et les recommandations qui en émanent.

Problématique

Le nombre de césariennes ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. L'OMS énonce en 2010 que le taux de naissances par césarienne dans le monde est de 30 % (OMS, 2010), alors que depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le taux idéal se situerait entre 10 et 15 % (Organisation mondiale de la santé, 2021). Au Canada, le taux de naissance par césarienne est passé de 17,6 % entre 1995 et 1996 à 27,9 % entre 2015 et 2016 (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Au Québec, le taux de naissance par césarienne entre avril 2021 et mars 2022 s'élève à 26,13 % (Gouvernement du Québec, 2022). Toutefois, au Québec, il n'est pas possible de distinguer les différents types de naissances par césarienne autrement qu'en questionnant les hôpitaux sur leurs statistiques. À titre d'exemple, un CISSS de la grande région de Montréal comptabilise 6110 césariennes d'avril 2016 à mars 2023, 3011 d'entre elles sont dites « électives » et 3099 sont « urgentes », soit plus de la moitié (Appendice A). Or, les écrits rapportent que l'expérience de naissance d'urgence est perçue négativement par les mères pouvant avoir des conséquences sur l'attachement entre la mère et son nouveau-né, ainsi que sur l'allaitement (Handelzalts et al., 2017). En 2004, l'OMS a reconnu que la méthode du « peau à peau » est un moyen efficace de fournir au nouveau-né une protection thermique, établir des liens affectifs et réduire les risques d'infection. Elle augmente la stimulation, la sécurité et l'attachement entre le nouveau-né et le parent pratiquant le « peau à peau ». Malheureusement, celle-ci ne peut être appliquée au cours de chaque

naissance, en particulier lors de césarienne d'urgence où le pronostic vital du nourrisson et/ou de la mère est engagé.

La césarienne étant la chirurgie la plus courante pour les parturientes¹, l'infirmière a pour rôle d'encourager, informer et guider les futures mères vis-à-vis du « peau à peau » et de ses bienfaits (Frederick et al., 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2017a). De nombreux auteurs ont démontré que cette technique chirurgicale amenait un risque de développer un état de dépression postpartum et d'avoir un impact sur l'expérience de naissance (Iwata et al., 2016 ; Xie et al., 2011 ; Xu et al., 2017 ; Zainal et al., 2012), l'attachement, le BEP de la nouvelle mère, l'initiation et le succès de l'allaitement (Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000b ; Ryding et al., 2004). La césarienne d'urgence, quant à elle, affecte psychologiquement et physiologiquement la nouvelle mère qui risque de vivre une expérience de naissance traumatisante dans 48,3 % des cas voire une dépression postpartum ou un stress post-traumatique (Abdollahpour et al., 2017 ; Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000a ; Ryding et al., 2004).

Le « peau à peau » immédiat se définit comme une technique recommandée internationalement qui doit être ininterrompue tant que la mère est alerte et réactive (*American Academy of Pediatrics*, 2012 ; Organisation mondiale de la santé, 2017b). Elle consiste à établir un contact immédiatement après la naissance pour au moins une heure

¹ Femmes en train d'accoucher

sans interruption entre la maman et son bébé né à terme (Dumas et al., 2013 ; Moore et al., 2016). Cette technique est de plus en plus initiée par les hôpitaux pour l'obtention de l'appellation « Ami des bébés » (Guala et al., 2017 ; Organisation mondiale de la santé, 2017a). Le programme « initiative des hôpitaux amis des bébés » est reconnu mondialement et est la principale stratégie du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec visant à améliorer la situation de l'allaitement maternel, ainsi que la santé des bébés (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022). Or, la mise en place immédiate du « peau à peau » après une césarienne entraîne une stabilité physiologique et un bien-être émotionnel, diminue la douleur et l'anxiété de la mère, favorise la mise en place de l'allaitement (Aboagye et al., 2022; Donald, 2017; Juan et al., 2022; Pérez-Jiménez et al., 2023; Sheedy et al., 2022; Stevens et al., 2014; Zheng et al., 2022) sur une durée significativement plus longue (Frederick et al., 2016 ; Moore et al., 2012 ; Juan et al., 2022 ; Pérez-Jiménez et al., 2023 ; Phillips, 2013 ; Suzuki, 2013 ; Zwedberg et al., 2015 ; Zavala-Soto et al., 2022) et améliore les réponses alimentaires du bébé telles que le délai d'initiation, la durée et l'exclusivité (Conroy & Cottrell, 2015). Cette méthode est également employée en tant que traitement non médicamenteux contre la douleur pour le nouveau-né (Pérez-Jiménez et al., 2023 ; Zheng et al., 2022) et permet la contribution à de meilleurs développements neurologiques et psychologiques pour celui-ci (Jefferies, 2012 ; Vaivre-Douret et al., 1996).

Frederick et al. (2016) rapportent que les mères ayant pratiqué le « peau à peau » se sentent plus en confiance et impliquées dans leur rôle maternel. La mise en place

immédiate du « peau à peau » permet de diminuer le taux de cortisol² salivaire, augmenté lors d'une césarienne, chez le nourrisson et ses deux parents (Takahashi et al., 2011), de favoriser l'attachement chez la mère tout en stimulant sa libération d'ocytocine qui augmentera son sentiment de bien-être et diminuera ses symptômes dépressifs (Moore et al., 2012). De surcroît, la mise en place du « peau à peau » est d'autant plus importante qu'il s'agit de la méthode de soins la plus naturelle et humaine possible après la naissance ayant fait ses preuves quant aux nombreux bénéfices pour la mère et son nouveau-né (Moore et al., 2012).

D'ailleurs, la production d'hormones de lactation est plus faible lorsque la parturiente vit une césarienne d'urgence plutôt qu'une naissance par voie vaginale (Nissen et al., 1996). Donc, l'utilisation du « peau à peau » s'avère importante à initier précocement (Pérez-Jiménez et al., 2023 ; Velandia et al., 2012) puisque le massage du nouveau-né sur le ventre de sa mère entraînera une production d'ocytocine et renforcera l'instinct maternel de la nouvelle mère (Moore et al., 2012). L'ocytocine est une hormone permettant le déclenchement de la lactation, de diminuer le niveau de stress ressenti par la mère et le nourrisson (Nissen et al., 1996) et de renforcer l'instinct maternel de la nouvelle maman (Moore et al., 2012). La prolactine, quant à elle, est une hormone importante à l'éjection et à la synthèse du lait (Nissen et al., 1996). S'il y a un retard dans

² Taux représentatif du niveau de stress

la mise en place du contact « peau à peau », la production d'hormones ne sera pas optimale et le niveau de prolactine sera plus faible (Zwedberg et al., 2015).

De nombreuses études ont été effectuées sur le « peau à peau », ses bienfaits (Frederick et al., 2016 ; Sheedy et al., 2022) et son mode d'implantation dans la pratique (Crenshaw et al., 2021 ; Thompson & Maeder, 2021) ou encore sur la qualité de l'expérience de naissance après une césarienne d'urgence, son impact sur la relation parents-enfant ou sur l'allaitement (Abdollahpour et al., 2017 ; Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000a ; Ryding et al., 2004). Certaines d'entre elles ont été critiquées vis-à-vis de leur méthodologie et de leurs limites, notamment concernant leur petite taille d'échantillon. En revanche, à notre connaissance, aucune recherche ne semble avoir été effectuée afin d'examiner la relation entre la pratique du « peau à peau » en contexte de césarienne d'urgence et la DP et le BEP des mères primipares.

La pratique infirmière est centrée sur l'expérience de santé et vise le bien-être tel que la personne le définit. (Pepin et al., 2017). Le « peau à peau », étant donné sa définition, est axé sur une tradition de *caring* ou le prendre soin de soi est un préalable pour prendre soin des autres selon un processus transpersonnel visant une harmonie corps-âme-esprit (Watson, 1997). Les bienfaits de la mise en place du « peau à peau » (Moore et al., 2016), quel que soit le contexte de naissance, se veulent un soutien à l'élaboration, l'organisation et la communication des savoirs dans un programme de formation visant à soutenir le développement de la personne (Boykin & Schoenhofer, 2001).

De ce fait, il est important et pertinent de réaliser une telle recherche en sciences infirmières guidée par le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998). Celle-ci permettra l'élaboration d'une étude de faisabilité et une potentielle modulation des pratiques au bloc opératoire vers la mise en place de la méthode du « peau à peau » au cours de chaque naissance par césarienne d'urgence. Il serait intéressant de déterminer s'il existe un lien entre 1) le niveau de DP et BEP des mères primipares qui auront subi une césarienne d'urgence et 2) la mise en place ou non du « peau à peau » lors de cette naissance afin d'enrichir les connaissances sur ce domaine.

Par conséquent, le but de cette recherche est de valider la faisabilité de l'étude et d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être psychologique et la détresse psychologique de mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence et jusqu'à au moins un mois suivant la naissance. Les résultats de ce projet permettront d'étayer les savoirs infirmiers dans un contexte précis, la césarienne d'urgence, et de supporter la pratique infirmière dans la mise en place de « peau à peau » dans ce contexte.

Recension des écrits

Le deuxième chapitre porte sur la recension des écrits et sera composé de six grandes parties : la césarienne et ses facteurs psychologiques, l'expérience de naissance, le « peau à peau » et les résultats probants, le « peau à peau » dans la pratique infirmière, l'initiation et le maintien de l'allaitement, et pour finir, le concept de BEP. Ces six parties permettront de définir les différentes notions de la césarienne, du « peau à peau », de l'allaitement et du BEP puis d'orienter ce mémoire vers un cadre de référence adéquat. Précisons qu'en plus de l'absence de recherche examinant la relation entre la pratique du « peau à peau » en contexte de césarienne d'urgence et le BEP des mères primipares, peu d'auteurs ont clairement signifié la nature des césariennes, électives ou urgentes, à l'étude dans leurs recherches.

Méthode de recherche documentaire et critères de sélection

La recherche documentaire a été effectuée sur les bases de données CINAHL, ProQuest, et MEDLINE avec les mots clés « *skin to skin* » et « *cesarean section* », 4940 documents ont été identifiés. Afin de spécifier la recherche dans un contexte de césarienne d'urgence, le mot clé « *emergency* » a été rajouté aux deux précédents et a permis de réduire la sélection à 1722 documents. Les articles ont été sélectionnés par leur titre, mots clés, résumé et bibliographie. Seulement 31 documents ont été retenus sur la base de la date entre 2012 et 2023. La première extraction documentaire avait été effectuée pour les sept dernières années soit entre 2012 et 2019. Compte tenu du délai supplémentaire

nécessaire pour le déploiement de cette recherche et l'analyse des résultats, une mise à jour mensuelle a été effectuée permettant une extraction documentaire finale de 2012 à 2023. Une analyse descendante des bibliographies a mis en évidence des articles supplémentaires pertinents pour la recherche. En utilisant la même méthode de sélection que précédemment, 59 documents ont été retenus datant de 1996 à 2023. Certains articles ont été publiés il y a plus de dix ans mais les sujets et/ou idées traitées n'ont pas été réétudiés depuis. De ce fait, un total de 90 documents ont été retenus pour cette étude datant de 1996 à 2023 (Appendice B).

La césarienne et ses facteurs psychologiques

Définition

Une césarienne est une intervention chirurgicale qui contribue à la diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale (Suwal et al., 2013) en extrayant l'enfant de l'utérus de la mère à travers une incision faite dans la paroi abdominale. Une césarienne d'urgence est recommandée lorsque l'on rencontre une détresse fœtale, un arrêt de progression au cours du travail, une deuxième phase de travail prolongée, une pré-éclampsie (Suwal et al., 2013) ou encore lorsqu'une césarienne avait été nécessaire lors des 3 précédentes naissances voire plus (Haute autorité de santé, 2012).

Lors d'une césarienne d'urgence, le chirurgien doit respecter un délai de décision-extraction (Gupta et al., 2017 ; Lafitte et al., 2017) afin de limiter les risques fœtaux et/ou maternels (Heller et al., 2017). Celui-ci doit être inférieur à trente minutes (Lafitte et al.,

2017) d'autant qu'en cas de naissance par césarienne d'urgence les complications maternelles et fœtales, la morbidité et le besoin de réanimation sont accrus (Gordon et al., 2005 ; Yang & Sun, 2017). Le besoin de réanimation est quatre fois plus élevé si la présentation fœtale n'est pas céphalique, c'est-à-dire la tête en premier (Gordon et al., 2005).

L'état clinique de la mère post-césarienne

L'état clinique de la mère post-césarienne est une source majeure d'obstacle à la pratique du « peau à peau » compte tenu de son niveau de conscience altéré, entre autres, par la médication (Zwedberg et al., 2015), alors que cette technique doit être ininterrompue tant que la mère est alerte et réactive (*American Academy of Pediatrics*, 2012 ; Organisation mondiale de la santé, 2017b). L'OMS (2017a) recommande une vigilance et une précaution de sécurité à mettre en place par le personnel soignant pendant l'initiation au « peau à peau » afin d'observer, d'évaluer et de gérer tout signe de détresse. Or, dans le cas de césariennes non programmées, dites d'urgence, la médication sédatrice reçue par la mère est plus fréquente et importante. Le niveau de fatigue de celle-ci est donc augmenté et une surveillance accrue du bébé est nécessaire (Bavaro et al., 2016) puisqu'il rencontre un faible risque d'apnée en position ventrale (Hung & Berg, 2011 ; Poets et al., 2011). La sécurité de la mère et du nouveau-né est donc priorisée, retardant ainsi la mise en place du peau-à-peau et donc la formation d'un lien d'attachement.

L'attachement maternel dans la dépression postpartum

Le comportement d'attachement est un comportement aboutissant à la recherche ou au maintien de la proximité envers un individu différencié et préféré (Tereno et al., 2007). La dépression postpartum influe sur les sentiments d'attachement maternels et sur le nouveau-né, son développement socioaffectif et l'interaction mère-nourrisson (Mason et al., 2011). De plus, le stress vécu par les mères quant à une potentielle complication chirurgicale pendant la césarienne d'urgence augmente considérablement le risque de dépression postpartum (Iwata et al., 2016 ; Xie et al., 2011 ; Xu et al., 2017 ; Zainal et al., 2012).

Massé et al. (1998) soutiennent qu'il était pertinent de combiner les mesures de DP et du BEP mesurant ainsi l'état global de santé mentale. Ils décrivent les concepts de DP et de BEP comme étant deux dimensions sujettes au changement dans le temps (Voyer & Boyer, 2001). Les auteurs définissent la DP comme un « syndrome non spécifique qui couvre des constructions telles que l'anxiété, la dépression, les problèmes cognitifs, l'irritabilité, la colère ou l'obsession, la compulsion » [Traduction libre] (Massé et al., 1998). Un ensemble de définitions stipulent que le BEP repose sur une composante affective, soit hédonique, et une composante cognitive, soit une satisfaction de la vie (Massé et al., 1998).

Dans une étude quantitative à devis quasi expérimental menée en Chine, Zheng et al. (2022) ont exploré l'effet du « peau à peau » sur la dépression postpartum et la

réadaptation physique de la mère après une césarienne ($n = 280$). Dans le groupe témoin, le « peau à peau » ne fut pas mis en place immédiatement. Le nouveau-né et sa mère ont reçu les premiers soins avant la mise en place de la technique. En revanche, dans le groupe expérimental, le nouveau-né fut présenté en « peau à peau » avec sa mère immédiatement après la naissance. Le taux d'absence de dépression ou de dépression légère postpartum était de 55 % pour le groupe témoin contre 85 % pour le groupe expérimental, au sein duquel le « peau à peau » fut mis en place immédiatement. La réussite et le taux d'allaitement étaient plus élevés pour le groupe expérimental. Le taux de lactation et le temps de première lactation étaient plus performants pour le même groupe. Les auteurs ont donc conclu que le « peau à peau » soulageait efficacement la dépression postpartum, favorisait l'allaitement et la lactation, soulageait la douleur postpartum et l'inflammation utérine chronique. Il est à noter que les auteurs ne précisent pas à quels moments ils ont collecté les réponses pour leurs divers critères d'évaluations.

En somme, une césarienne élective ou d'urgence est un risque, que ce soit pour la mère ou son nouveau-né, mais davantage lorsqu'il s'agit d'une césarienne d'urgence où la situation entrave encore plus la mise en place du peau-à-peau. Cette situation implique un éloignement du nourrisson vis-à-vis de sa mère retardant la proximité physique entre les deux entravant le développement de l'attachement au risque de développer un état de dépression postpartum et d'avoir un impact sur l'expérience de naissance.

L'expérience de naissance

Perception de la naissance d'urgence

Des études quantitatives descriptives et quasi expérimentales, ainsi qu'une étude qualitative effectuées auprès de 1056 nouvelles mères au total ont démontré que les accouchements par césarienne d'urgence sont perçus comme étant une expérience de naissance traumatisante dans 48,3 % des cas (Abdollahpour et al., 2017). Les auteurs ont soulevé que ce type d'accouchement représente un facteur de stress et de peur au sein de cette expérience à cause du risque accru encouru par la mère et le fœtus (Abdollahpour et al., 2017 ; Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000a ; Ryding et al., 2004). Les naissances « planifiées », dites électorales, sont perçues plus positivement que les naissances « non planifiées », dites d'urgence (Handelzalts et al., 2017), et la césarienne d'urgence est un prédicteur important de l'expérience de naissance négative. Celle-ci est souvent associée à une dépression postpartum, un stress post-traumatique, une peur après la naissance, un souhait de césarienne électorale pour une future naissance voire l'augmentation de la probabilité de ne plus vouloir d'enfant (Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000b ; Ryding et al., 2004). Le stress post-traumatique maternel est souvent associé au fait que le bébé présente un faible poids à la naissance et s'accompagne d'un taux plus bas d'allaitement (Cook et al., 2018) ce qui aura un impact sur la perception de cette naissance.

En somme, une expérience de naissance négative peut avoir des répercussions sur la vie psychosociale et le bien-être de la mère dès 72 heures post-partum (Handelzalts et al., 2017).

La relation parent-enfant avec le « peau à peau »

Une étude rapporte que les mères ayant pratiquées le « peau à peau » se sentent plus en confiance et impliquées dans leur rôle maternel qui est par ailleurs renforcé (Frederick et al., 2016). Elles font également part que, lorsque cette technique est effectuée avec le père pendant qu'elles ne peuvent pas la mettre en place elle-même, par exemple pendant le transfert de la table d'opération à son lit, celles-ci reconnaissent le rôle du père dans la formation de l'unité familiale pour le mettre à profit lors de ces premiers moments de « peau à peau » (Frederick et al., 2016).

Il a également été démontré dans de nombreuses études que la mise en place du « peau à peau » augmentait significativement le sentiment de satisfaction des mères face à l'expérience de naissance (Bosworth et al., 2021 ; Kahalon et al., 2021 ; Pérez-Jiménez et al., 2023 ; Zavala-Soto et al., 2022). En revanche, une étude de cohorte longitudinale développée en Italie auprès de 252 parturientes ayant subi une césarienne a rapporté qu'il n'y avait pas d'association entre les taux d'allaitement et la mise en place du « peau à peau » avec le père après une césarienne dans le cas où la mère se verrait incapable de l'initier (Guala et al., 2017). Cette étude a été déployée auprès de chaque parturiente à trois moments distincts soient dès la césarienne puis à trois et six mois après la naissance.

Bien que Frederick et al. (2016) aient rapporté que le père renforçait l'unité familiale en instaurant le « peau à peau » avec le nouveau-né, Guala et al. (2017) soulignent que la mise en place de cette technique entre la mère et le bébé naissant uniquement avait un impact positif sur les taux d'allaitement.

De ce fait, une naissance par césarienne d'urgence est perçue comme un traumatisme à cause du risque accru encouru par la mère et le fœtus (Abdollahpour et al., 2017 ; Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000a ; Ryding et al., 2004). De surcroît, cette expérience traumatisante a un impact sur le bien-être de la mère par le risque de développer un état de dépression postpartum et un stress post-traumatique (Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000b ; Ryding et al., 2004). Il est donc important de mettre en place le « peau à peau » dans ce contexte sachant que cette technique permet, entre autres, d'augmenter significativement le sentiment de satisfaction des mères face à l'expérience de naissance (Bosworth et al., 2021 ; Kahalon et al., 2021 ; Pérez-Jiménez et al., 2023 ; Zavala-Soto et al., 2022), de renforcer le lien d'attachement (Frederick et al., 2016). Par ailleurs, la technique de « peau à peau » apporte de nombreux autres bénéfices tant pour la mère, le père que le nouveau-né.

Le « peau à peau » et les résultats probants

Définition

Le « peau à peau » est une technique naturelle pouvant renforcer la qualité de la relation parent-enfant. Cette technique est souvent confondue avec la méthode kangourou

créée par le Docteur Rey et le Docteur Martinez à Bogota en 1978 et qui consiste à établir un contact « peau à peau » prolongé entre un parent et son bébé né prématurément (Nyqvist et al., 2010). Le « peau à peau », quant à lui, consiste à établir un contact immédiatement après la naissance pour au moins une heure sans interruption entre la maman et son bébé né à terme (Dumas et al., 2013 ; Moore et al., 2016). Le bébé doit être déposé, nu sur l'abdomen nu de sa mère sans avoir été séché au préalable. Il sera alors recouvert d'une couverture et réchauffé par sa mère (Agence de la santé publique du Canada, 2021 ; Dumas et al., 2013). Le premier contact effectué à travers cette technique représente une belle découverte de chacun des intervenants soit la mère et son nouveau-né. Phillips (2013) résume parfaitement la poésie de cette pratique comme suit :

« La première heure de vie en dehors de l'utérus est un moment spécial où un bébé et ses parents se rencontrent pour la première fois et que la famille se forme [...] Il s'agit d'un moment sacré qui devrait être honoré, chéri et protégé autant que possible ». [traduction libre] (p. 67)

Les bénéfices du « peau à peau » pour le nouveau-né

La technique du « peau à peau » apporte de nombreux effets positifs tant pour le nouveau-né que pour les parents. Les nourrissons qui bénéficient du contact « peau à peau » précoce avec leur mère améliorent leur thermorégulation, ont une stabilité et un meilleur contrôle cardio-respiratoire, une diminution des pleurs (Donald, 2017; Frederick et al., 2016; Gouchon et al., 2010; Kenyon-Berry & Seymour, 2015; Phillips, 2013; Thukral et al., 2012), une stimulation du développement neurocomportemental et de l'organisation de leur cerveau (Donald, 2017; Ferber & Makhoul, 2004; Phillips, 2013), une augmentation de leur taux glycémique (Donald, 2017 ; Phillips, 2013 ; Zwedberg et

al., 2015) et une diminution de réponses douloureuses aux procédures inconfortables (Frederick et al., 2016; Pignol et al., 2008) telles que les ponctions veineuses. Cette technique aura également un effet positif sur la stabilité physiologique du bébé et son développement cérébral (Donald, 2017 ; Ferber & Makhoul, 2004 ; Frederick et al., 2016 ; Moore et al., 2012 ; Suzuki, 2013 ; Zwedberg et al., 2015). De plus, un contact « peau à peau » immédiat à la naissance entraînera une diminution du cortisol salivaire qui est représentatif du niveau de stress. Plus le taux de cortisol diminue, moins le bébé éprouve de stress (Takahashi et al., 2011).

Les bénéfices du « peau à peau » pour la mère

Lors d'un contact immédiat entre la mère et le nouveau-né, l'attachement maternel se développe considérablement grâce à une augmentation des contacts visuels et tactiles (Bigelow et al., 2012 ; Moore et al., 2012 ; Velandia et al., 2012) et à la mise en place de l'allaitement. Plus l'allaitement est mis en place tôt et fréquemment, plus les hormones de lactations seront développées (Rapley & Murkett, 2012). Le contact « peau à peau » continu est essentiel pour ce processus (Phillips, 2013). Il est également important de noter que l'augmentation du taux d'ocytocine permet à la mère d'augmenter son sentiment de bien-être entraînant une diminution de ses symptômes dépressifs (Bigelow et al., 2012; Kenyon-Berry & Seymour, 2015; Mörelius et al., 2015; Stevens et al., 2016). De nombreux auteurs ont également démontré que l'augmentation du taux de cette hormone permet à la mère de diminuer son anxiété, d'augmenter la confiance à long terme qu'elle pourra développer quant à la garde du bébé par le réseau familial et de la rassurer en

postpartum immédiat suite à cette nouvelle transition familiale (Bigelow et al., 2012 ; Frederick et al., 2016 ; Moore et al., 2012 ; Mörelius et al., 2015 ; Phillips, 2013 ; Suzuki, 2013 ; Zwedberg et al., 2015).

Un autre avantage, et non le moindre, est que la mise en pratique du contact « peau à peau » réduit le taux d'hémorragie postpartum (Agence de la santé publique du Canada, 2021 ; Kenyon-Berry & Seymour, 2015). Un essai clinique randomisé effectué en Espagne auprès de 80 parturientes a souligné que la mise en place du « peau à peau » entraînait une plus grande contraction utérine après la césarienne, augmentait le taux d'allaitement et le sentiment de satisfaction, diminuait les pleurs du nouveau-né et la douleur ressentie par les mères qui verbalisaient un niveau de confort plus élevé (Pérez-Jiménez et al, 2023).

Kahalon et al (2021) ont, quant à eux, réalisé une étude quantitative en Israël dans le but d'identifier si l'association du « peau à peau » et de la satisfaction de la naissance différait selon le type d'accouchement. Le recrutement a été effectué en prénatal dès 24 semaines de grossesse et 1833 femmes ont accepté de participer à l'étude. La collecte de données a été effectuée à deux mois postpartum et seulement 75% des parturientes (N=1371) ont répondu à un questionnaire autoadministré portant sur la satisfaction de la naissance. Il a été identifié que les parturientes ayant eu une césarienne présentaient un plus faible taux de satisfaction de la naissance et un taux de mise en place du « peau à peau » plus bas que les parturientes ayant vécu un autre type d'accouchement. Cependant, l'association de la mise en place de cette technique et de la satisfaction s'avérait

particulièrement forte lors d'un accouchement par césarienne. Les auteurs ont donc conclu que le « peau à peau » devait être encouragée lors de naissance par césarienne. Kahalon et al (2022) ont également évalué grâce à une étude longitudinale l'état de dépression pendant la grossesse ($n = 1833$ au T0) et les symptômes de stress post-traumatique en postpartum deux mois après la naissance ($n = 1371$ au T1) selon les différents types d'accouchements. Les auteurs ont souligné que la mise en place du « peau à peau » diminuait le sentiment de culpabilité et la peur pendant l'accouchement, surtout si la naissance était par césarienne. Cette technique permet également de diminuer le stress post-traumatique après une naissance et est donc, selon les auteurs, à promouvoir lors d'une césarienne.

De leur côté, Sheedy et al. (2022) ont développé une étude à devis quasi expérimental en Australie effectuée auprès de 102 parturientes ayant eu une césarienne et souhaitant allaiter leur nouveau-né. Leur étude regroupe une analyse de données quantitatives après la complétion d'un questionnaire par l'ensemble des participantes ($N=102$) et une analyse de données qualitatives à la suite d'entretiens téléphoniques effectués auprès de 21 des 102 participantes. Les auteurs ont démontré que le « peau à peau » lors d'une césarienne augmentait le taux d'allaitement, offrait une expérience positive avec amélioration des liens entre la mère et son nouveau-né, diminuait l'anxiété et la dépression en comparaison avec un accouchement par césarienne sans mise en place de « peau à peau ».

Le « peau à peau » après une césarienne

Dans une étude expérimentale américaine constituée de deux groupes assignés aléatoirement, Cong et al. (2015) ont effectué des analyses salivaires auprès de parents de 28 nourrissons nés prématurément afin de corrélérer le taux d'ocytocine³ et de cortisol⁴ chez la mère et le père avec la mise en place du « peau à peau » appelée méthode kangourou lorsqu'initiiée avec un nouveau-né prématuré. Seulement 26 mères et 19 pères ont terminé le protocole d'étude. Les tests ont été effectués le lendemain ou le surlendemain de la naissance du nourrisson, trente minutes avant la mise en place du « peau à peau », pendant la technique et trente minutes après. Il a pu être constaté que le niveau d'ocytocine augmentait pendant la mise en place du « peau à peau » autant chez la mère que le père, qu'il diminuait après chez la mère, mais continuait sur ce même stade supérieur, comparé au niveau de départ, chez le père. En revanche, le taux de cortisol diminuait significativement pour les deux parents pendant qu'ils effectuaient du « peau à peau », et après également pour la mère alors que le taux augmentait chez le père après le contact. Les auteurs en ont conclu que cette technique activait la libération d'ocytocine et diminuait les réponses au stress chez les deux parents de nouveau-né prématuré.

³ Hormone dont la fonction est de stimuler la contraction du muscle utérin et de favoriser l'allaitement

⁴ Hormone sécrétée par la glande corticosurrénale (Larousse) dont le taux est représentatif du niveau de stress

Une recension des écrits de Shonkoff et al. (2012) a mis en évidence que les écrits portant sur le stress toxique⁵ et l'adversité⁶ de l'enfance démontraient que lorsque la mère était séparée de son nouveau-né, celui-ci rencontrait un stress intense, un sentiment d'insécurité, une instabilité physiologique. À l'issue, le nouveau-né faisait face à une augmentation de son taux de cortisol ainsi que de ses fréquences cardiaque (Araújo et al., 2009 ; Galkina & Lay, 2009 ; Ward & al., 2009) et respiratoire (Chen & Miller, 2007 ; Yao & Rahman, 2009). De surcroît, ce stress toxique pouvait avoir des répercussions permanentes sur l'apprentissage, le comportement et la physiologie de l'enfant (Flaherty et al., 2006 ; Shonkoff et al., 2009).

Ensuite, Stevens et al. (2014) ont, quant à eux, effectué une recension des écrits qui a permis d'isoler sept articles scientifiques examinant le « peau à peau » immédiat ou précoce après une césarienne pour les nouveau-nés à terme et en bonne santé. Trois des sept études étaient des études quantitatives avec un devis descriptif ou encore expérimental. Les quatre autres études étaient qualitatives de type phénoménologique interprétative. Les sept articles constituent un total de 567 participants en dyades mère-nouveau-né ou triades parents-nouveau-né. Les auteurs ont recensé dans les sept articles que la technique de « peau à peau » entraîne une stabilité physiologique et un bien-être émotionnel autant chez la mère que chez le nourrisson, diminue la douleur et l'anxiété de la mère, favorise l'allaitement (Crenshaw et al., 2012 ; Finigan & Davies, 2004 ; Gouchon

⁵ niveau de stress excessivement élevé ou exposition prolongée au stress

⁶ événements potentiellement traumatisants qui se produisent durant l'enfance

et al., 2010 ; Hung & Berg, 2011 ; Nolan & Lawrence, 2009 ; Valendia et al., 2010 ; Valendia et al., 2012).

Des études ont démontré que la formation du personnel soignant sur l'initiative des Amis des bébés, l'importance du « peau à peau » et la définition des rôles de chacun, à savoir personnel soignant et parents, améliorerait le taux de mise en place du « peau à peau » après une césarienne (Brady et al., 2014 ; Crenshaw et al., 2012 ; Hung & Berg, 2011). À notre connaissance, aucune étude ne semble avoir été effectuée pour évaluer l'effet de cette technique sur la qualité de la relation parents-enfant dans un contexte de césarienne d'urgence.

Le « peau à peau » et l'allaitement

Une étude de cohorte longitudinale italienne a été menée par Guala et al. (2017) auprès de 252 parturientes ayant subi une césarienne. Chacune d'entre-elles ont été suivies jusqu'à six mois post-partum. Les auteurs ont souligné que lorsque le « peau à peau » était initié avec la mère, la proportion des nourrissons allaités était deux fois plus élevée que celle représentant les nourrissons ayant bénéficié d'un « peau à peau » initié avec leur père. Ensuite, le taux d'allaitement des nouveau-nés qui ont eu un « peau à peau » avec leur père était, dès la naissance puis à 3 et 6 mois post-partum, était légèrement supérieur au taux d'allaitement de ceux n'en ayant pas bénéficié. Il est donc à noter que le « peau à peau » est à privilégier avec la maman.

Par ailleurs, de nombreuses récentes études qualitatives et quantitatives ont démontré que l'instauration du « peau à peau » favorisait la réussite de l'allaitement ainsi que l'augmentation du taux d'allaitement initial et prolongé (Juan et al., 2022 ; Pérez-Jiménez, 2023 ; Sheedy et al., 2022 ; Zavala-Soto et al., 2022 ; Zheng et al., 2022). Juan et al (2022) ont illustré dans une étude prospective réalisée en Chine auprès de 679 parturientes ayant vécu une césarienne électorique que la technique du « peau à peau » était importante dans l'initiation et la promotion de l'allaitement. Ils ont également soulevé que cette technique devait être implantée minimalement trente minutes immédiatement après la naissance pour améliorer l'initiation et le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital.

Toutefois, dans une étude transversale menée en Turquie auprès de 220 femmes allaitantes, le succès de l'allaitement était davantage lié à la réussite d'un allaitement précédent (Cirpanli & Hicyilmaz, 2022). Les auteurs ont également conclu que pour prévenir les problèmes ayant un impact sur le succès de l'allaitement après une césarienne, la mise en place du « peau à peau » dans l'immédiat, l'initiation à l'allaitement dans la première heure et un « peau à peau » prolongé jusqu'à la fin du premier allaitement étaient à privilégier. Selon eux, la dotation en personnel suffisant pour la mise en place de la technique, c'est à dire le nombre de professionnels affectés au sein de l'unité obstétricale et exclusivement dédiés à la mise en place du « peau à peau », s'avère une solution créative pour augmenter le succès de l'allaitement après une césarienne.

Limites et fiabilités des études sur le « peau à peau »

Moore et al. (2016) ont souhaité évaluer les effets de l'utilisation du « peau à peau » en comparaison à l'utilisation de soins hospitaliers habituels auprès de mères et leur nouveau-né en santé quant à la réussite et au maintien de l'allaitement ainsi qu'à la physiologie du nourrisson. Leur revue systématique est basée sur 46 essais cliniques randomisés exécutés dans 21 pays, regroupant 3850 femmes et leur nourrisson. Cette recherche a fait remarquer que le « peau à peau » était favorable à la promotion de l'allaitement maternel. Cependant, elle fait également ressortir que la qualité de ces essais est faible. Ceux-ci présentent des échantillons de petite taille et divers critères de jugements qui permettent de suggérer qu'une équipe de recherche différente pourrait apporter des conclusions différentes. Puis, ces essais font preuve d'une limitation des données quant au délai et à la durée d'implantation du « peau à peau » et de l'allaitement. Peu d'études détaillent les critères de définition de la méthode de « peau à peau » utilisés au sein de leurs recherches voire ne sont pas identiques à travers les études. Ce manque d'information et cette non-concordance entraîne, selon les auteurs, une limite de confiance envers les bénéfices du « peau à peau » pour le nouveau-né.

Dans leur guide de lignes directrices visant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les installations proposant des services de maternité et de nouveau-né, l'OMS (2017a) a également mis en évidence que les résultats probants étaient limités dans certains domaines de connaissances, dont l'allaitement et le « peau à peau », et mériteraient des recherches supplémentaires. Ces recherches devraient être basées selon

eux sur un plus grand nombre de région, pays ou de groupes de population différents, sur des contextes de naissances distincts afin d'augmenter la crédibilité des résultats. La formation du personnel soignant, leurs connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour être efficace dans la promotion et le soutien à l'allaitement devraient également bénéficier d'une attention particulière. La méthode d'initiation du « peau à peau », la stabilité des nourrissons au moment de la mise en place de la technique, le moment de l'initiation de celle-ci sont des éléments qui doivent, selon l'OMS (2017), être étudiés dans le respect de critères de qualité plus stricts. Il en va de même pour les effets de l'intervention sur le microbiome, soit les taux d'hormones prolactine, ocytocine et le taux de cortisol, puis les effets neuro-développementaux et neurologiques à long terme. Cependant, l'une des recommandations principales qui ressort de ces lignes directrices est que le « peau à peau » immédiat et ininterrompu entre la mère et son nouveau-né devrait tout de même être facilité et encouragé dès que possible dès la naissance. Cette recommandation est par ailleurs l'une des directives au soutien immédiat pour établir et initier l'allaitement.

En résumé, la mise en place précoce du « peau à peau » permet de diminuer le taux de cortisol salivaire, augmenté lors d'une césarienne, chez le nourrisson et ses deux parents, de favoriser l'attachement chez la mère tout en stimulant sa libération d'ocytocine qui augmentera son sentiment de bien-être et diminuera ses symptômes dépressifs. De plus, la mise en place de cette technique est une des premières directives des recommandations de l'OMS et du Gouvernement du Québec (2021) pour un soutien

immédiat pour établir et initier l'allaitement (Appendice C) et le premier conseil de l'Agence de la santé publique du Canada pour réussir l'allaitement maternel (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Les recherches mettent en évidence qu'il est primordial que le personnel soignant ait une formation et des connaissances adéquates (Baby-Friendly USA, 2016 ; Crenshaw et al., 2012 ; Crenshaw et al., 2021 ; Elliott-Carter & Harper, 2012 ; Hung & Berg, 2011 ; Phillips, 2013 ; Thompson & Maeder, 2021).

Le « peau à peau » dans la pratique infirmière

Obstacles à la mise en place immédiate

De nombreux obstacles à la mise en place immédiate de cette technique après la césarienne ont été identifiés. Pour commencer, l'équipement technique tel que les électrodes collées sur la poitrine de la mère ou encore un dispositif d'accès veineux au niveau du bras voire de la main, représentent une gêne directe pour le positionnement du bébé sur la poitrine de sa maman (Koopman et al., 2016). L'état clinique de la maman post-césarienne est également une source majeure d'obstacle à la pratique du « peau à peau » (Bosworth et al., 2021 ; Zwedberg et al., 2015). Ensuite, la pénurie de personnel, l'absence de procédure, visant à guider la mise en place de cette pratique, et de formation ne permettent pas de faire bénéficier la mère et le nouveau-né de celle-ci bien qu'importante. D'ailleurs, ces éléments sont recensés de manière récurrente (Cirpanli & Hicyilmaz, 2022 ; Koopman et al., 2016 ; Thompson & Maeder, 2021). La pratique dite habituelle, telle que le protocole de pesée immédiate, est une entrave à la pratique du

« peau à peau » après une césarienne (Haxton et al., 2012) et le manque de connaissances du personnel se reflète dans leur prise en charge (Zwedberg et al., 2015).

En somme, la mise en place du « peau à peau » rencontre des obstacles organisationnels, tel que la pénurie de personnel ou le manque de procédure visant à encadrer la pratique (Cirpanli & Hicyilmaz, 2022 ; Koopman et al., 2016 ; Thompson & Maeder, 2021). Ensuite, la technique peut être sujette à des obstacles situationnels liés à l'état clinique de la mère et/ou de son nouveau-né (Bosworth et al., 2021 ; Zwedberg et al., 2015) voire à l'équipement technique dont la mère est porteuse tel que des électrodes ou un accès veineux (Koopman et al., 2016). Puis, l'un des obstacles recensés est de type institutionnel par le manque de formation et d'information déployées afin de promouvoir l'initiation précoce de la technique de « peau à peau » (Mörelus et al., 2015; Zwedberg et al., 2015). Enfin, il existe un obstacle logistique à la mise en place de cette pratique. Il a été reconnu nécessaire, dans des études américaines, d'avoir une équipe dédiée à la pratique, un matériel de confort, tel des coussins de positionnement, pour la maman qui doit être parfaitement installée afin de profiter pleinement du soin offert à son nouveau-né (Grassley & Jones, 2014) et, pour finir, la taille de la salle d'opération est à prendre en considération (Zwedberg et al., 2015). Par ailleurs, il est important de noter que la douleur postopératoire de la mère et la diminution de sa mobilité ne permettront pas ou ne faciliteront pas la mise en place du « peau à peau » (Zwedberg et al., 2015). Au Canada et au Québec, le « peau à peau » est initié immédiatement après la naissance, que celle-ci soit par voie vaginale ou césarienne, afin de répondre aux critères d'initiative ami des bébés

et tout retard de contact n'est justifié que pour des raisons médicales (Comité canadien pour allaitement, 2021).

Enfin, il est important de prendre en considération avant tout le choix des parents pour mettre en place cette pratique ou non (Koopman et al., 2016) et la réticence des mères à tenir leur bébé pendant une durée prolongée après une chirurgie (Moran-Peters et al., 2014). Diverses cultures et opinions parentales ne seront pas favorables à cette technique. Dans une analyse qualitative américaine déployée au sein de 11 hôpitaux californiens participants à un projet d'amélioration des taux d'allaitement maternel, Lee et al. (2012) ont relevé dans les entretiens effectués avec les infirmières que certains parents issus de cultures hispaniques et asiatiques ne sont pas favorables à la mise en place du « peau à peau » puisqu'elles ont en majorité peur que le bébé ait froid, bien qu'il ait été démontré à de multiples reprises que le contact direct avec la peau de la maman permettrait une amélioration de la thermorégulation du nouveau-né (Koopman et al., 2016).

Formation au « peau à peau »

Les écrits scientifiques sont une aide majeure à l'implantation de cette pratique. L'utilisation de nombreux résultats probants permet d'améliorer la qualité du projet d'implantation du « peau à peau », ainsi que la formation (Brown et al., 2014; Haxton et al., 2012; Mörelius et al., 2015; Stone et al., 2014; Vasquez & Berg, 2012) du personnel soignant (Crenshaw et al., 2012 ; Crenshaw et al., 2021 ; Elliott-Carter & Harper, 2012 ; Hung & Berg, 2011 ; Phillips, 2013 ; Thompson & Maeder, 2021) et des parents (Duffy

& Conrad, 2013 ; Smith et al., 2008). Cela permettrait d'augmenter le pourcentage de mise en pratique de la technique du « peau à peau » et les taux d'allaitement (Brady et al., 2014 ; Brown et al., 2014 ; Haxton et al., 2012). Afin de faciliter cette amélioration, il est à prendre en compte que *The Baby Friendly USA Inc* a développé un programme éducatif et standardisé pour la formation du personnel (Baby-Friendly USA, 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2017a ; Organisation mondiale de la santé, 2017b ; Organisation mondiale de la santé, 2018) utilisé en Amérique du Nord dont au Canada, et de nombreux auteurs identifient que des organigrammes de tâches⁷ et l'utilisation de modèles d'amélioration, tel que le modèle d'immersion *PRECESS*⁸ ou le processus LEAN, représenteraient des outils majeurs (Brimdyr et al., 2012 ; Crenshaw et al., 2012 ; Hung & Berg, 2011; Price et al., 2015). Certains auteurs ont également soulevé que des sessions éducatives permettraient de renforcer les connaissances au sujet de cette pratique et de ses bénéfices pour la mère et le nouveau-né (Brady et al., 2014 ; Haxton et al., 2012). Elles pourraient s'effectuer sous forme de réunions pour le personnel et, pour les parents, pendant les cours de préparation à l'accouchement, à l'allaitement ou encore lors des visites médicales pré accouchement. La formation des parents est souvent oubliée, mais il s'agit d'un élément très important, car ils sont les acteurs clés de l'application de cette technique (Brady et al., 2014) et notre rôle est de leur fournir une aide afin d'obtenir une

⁷ Un organigramme de tâches permet de répertorier toutes les tâches à accomplir pour mener à bien un projet, ici l'implantation du « peau à peau », de façon hiérarchique et organisée

⁸ *PRECESS: Practice, Reflection, Education and training, Combined with Ethnography for Sustainable Success*

saine interaction avec leur enfant (Hildingsson et al., 2014) puisque l'effet positif sur plusieurs aspects de cette mise en pratique en est bien démontré.

Mise en place du « peau à peau » en salles d'opération

De nombreux projets ont été développés et recensés aux États-Unis d'Amérique, en Australie et au Royaume-Uni pour la mise en place du « peau à peau » au bloc opératoire après une césarienne (Bosworth et al., 2021 ; Brady et al., 2014 ; Brady et al., 2013 ; Burke & Morad, 2014 ; Carmichael & Matulionis, 2014 ; Fortin, 2012 ; Grassley & Jones, 2014 ; Stevens et al., 2014 ; Stevens et al., 2016 ; Stone et al., 2014 ; Stricklin & Duns, 2015 ; Zauderer & Goldman, 2012). L'analyse de leurs résultats montre qu'il est nécessaire de changer de modèle de soins et les pratiques infirmières de routine. Les auteurs soulignent que ces changements demandent un effort de collaboration interprofessionnelle et qu'ils ont permis d'atteindre avec succès le but des projets à court et moyen terme (Bosworth et al., 2021 ; Brady et al., 2014 ; Burke & Morad, 2014 ; Carmichael & Matulionis, 2014 ; Grassley & Jones, 2014 ; Price et al., 2015 ; Stricklin & Duns, 2015).

Price et al. (2015) ont établi et mis en place un projet d'intervention pour maintenir le « peau à peau » après une césarienne. Ils ont utilisé le processus Lean qui est une approche souhaitant concevoir ou améliorer une pratique idéale par l'implication de l'ensemble du personnel ayant un but commun (Hohmann, 2017). Lors de séances d'échanges, le personnel multidisciplinaire a souligné que les obstacles à la mise en place du projet provenaient des anesthésistes qui y étaient résistants, d'un problème de

communication dans l'équipe et d'un besoin d'outil pédagogique pour clarifier le processus du « peau à peau » et ses contre-indications (Price et al., 2015). À l'énonciation de ces obstacles, les anesthésistes se sont rassemblés pour fournir tous les documents nécessaires, visant à renseigner l'équipe selon leur besoin, et ont fourni des cartes de processus pour la mise en place du « peau à peau » et ses contre-indications. Grâce à cette collaboration, il y a eu des changements significatifs dans les tâches de travail et leur répartition, la communication s'est nettement améliorée et une infirmière attirée au nouveau-né a été désignée. Après un mois d'essai, la proportion de mise en place du « peau à peau » post césarienne est passé de 0 % à 15 %.

Dans une étude quantitative effectuée au sein de deux unités obstétricales au Royaume-Uni, Bosworth et al. (2021) ont audité la proportion d'offres de mise en place du « peau à peau », c'est à dire lorsque l'équipe soignante a offert à la nouvelle mère de mettre en place la technique, et la proportion de mise en pratique de celle-ci auprès de 185 parturientes lors de césariennes électives et urgentes à deux moments distincts. Le premier temps de collecte de données a eu lieu avant l'installation d'information par affiche sur le « peau à peau » au sein des unités obstétricales. Le deuxième temps de collecte a eu lieu après cet affichage. Il a été noté qu'il y avait une plus grande offre de mise en place du « peau à peau » et de mise en pratique de cette technique une fois que l'information avait été affichée. La mise en place du « peau à peau » était offerte dans 79 % des césariennes d'urgence lors du deuxième temps de collecte, soit après l'installation de l'information par affiche, contre 60 % lors du premier temps, c'est à dire avant l'installation de

l'information. La mise en place du « peau à peau », quant à elle, avait lieu dans 53 % des césariennes d'urgence dans le deuxième temps de collecte contre 42 % dans le premier temps. Les auteurs ont également interrogé les parturientes ayant accouchées par césarienne sur leur expérience de mise en place de la technique en salle d'opération lors des deux temps de collecte. Ils ont soulevé que les barrières rencontrées avaient été le sentiment d'inconfort, les tremblements, l'anxiété et les nausées et/ou vomissements des mères. Toutefois, il a été révélé lors des entretiens que la mise en place du « peau à peau » augmentait significativement le sentiment de satisfaction chez les mamans.

Thompson et Maeder (2021) ont développé un projet visant à améliorer la qualité d'implantation postopératoire du « peau à peau ». Ce projet a été implanté dans une salle d'accouchement par voie basse et dans une salle de césarienne des États-Unis d'Amérique et consistait à offrir de la formation pré opératoire sur le « peau à peau », inclure la technique dans la liste de vérification du temps d'arrêt préopératoire et instaurer une nouvelle ligne directrice pour l'initiation de celle-ci au minimum quinze minutes lors de la première heure de vie du nouveau-né. Quatre mois après le début du projet, il a été souligné que la proportion de mises en place du « peau à peau » était plus élevée.

En somme, il existe de nombreux obstacles à la mise en place du « peau à peau » cependant, les résultats probants ont mis en évidence qu'une formation adéquate (Baby-Friendly USA, 2016 ; Crenshaw et al., 2012 ; Crenshaw et al., 2021 ; Elliott-Carter & Harper, 2012 ; Hung & Berg, 2011 ; Phillips, 2013 ; Thompson & Maeder, 2021) et le

développement de divers projets d'intervention dans la pratique, d'implantation voire de maintien du « peau à peau » avaient permis d'établir davantage un contact précoce (Brady et al., 2014 ; Brown et al., 2014 ; Haxton et al., 2012), notamment au bloc opératoire (Bosworth et al., 2021 ; Brady et al., 2014 ; Brady et al., 2013 ; Burke & Morad, 2014 ; Carmichael & Matulionis, 2014 ; Fortin, 2012 ; Grassley & Jones, 2014 ; Stevens et al., 2014 ; Stevens et al., 2016 ; Stone et al., 2014 ; Stricklin & Duns, 2015 ; Zauderer & Goldman, 2012), favorisant ainsi l'initiation de l'allaitement. De plus, l'un des critères stratégiques du MSSS visant à améliorer la situation de l'allaitement maternel ainsi que la santé des bébés grâce au programme « initiative des hôpitaux amis des bébés » se caractérise par le développement et la poursuite de la mise en place du « peau à peau » dans les blocs opératoires du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022).

L'initiation et le maintien de l'allaitement selon le contexte

L'allaitement et la césarienne

Dans une recherche à devis quasi expérimental effectuée en Suède auprès de 37 femmes, Nissen et al. (1996) ont quantifié les taux d'ocytocine, de prolactine et de cortisol dans le sang chez des mères de nourrissons nés à terme et en santé, soit avec un score d'Apgar supérieur ou égal à sept sur dix à une minute de vie. Cette recherche, bien qu'ancienne, est d'une grande qualité scientifique et aborde les différents effets hormonaux liés à la naissance. Les prélèvements ont été effectués de la naissance jusqu'à trois jours après. Il a été démontré que la production d'hormones de lactation était plus faible lorsque la parturiente vivait une césarienne d'urgence plutôt qu'une naissance par

voie vaginale. Cette différence serait due selon les auteurs à trois facteurs. Dans un premier temps, au fait que la césarienne ne soit pas un travail complet d'accouchement car c'est au cours du deuxième stade du travail, la descente et la naissance du bébé, que la libération d'ocytocine est stimulée (Nissen et al., 1996). Puis, dans un deuxième temps, cette différence serait due à l'âge du nourrisson lors de la première mise au sein. Plus le nourrisson tète tôt, plus la durée de l'allaitement sera longue. Et enfin, cette différence pourrait-être lié à la prédisposition de la mère à l'anxiété. La césarienne est une source de stress qui empêche la libération d'ocytocine et de prolactine, hormones importantes à l'éjection et à la synthèse du lait. Or, l'ocytocine est une hormone ayant la capacité de diminuer le taux de cortisol, hormone du stress (Nissen et al., 1996). De plus, il est important de noter que l'ocytocine va jouer un rôle primordial dans la performance de l'allaitement (Nissen et al., 1996), mais aussi dans la formation des liens d'attachement et de parentalité autant auprès de la mère que du père (Ross & Young, 2009). L'initiation immédiate au « peau à peau » aura également un impact crucial sur la durée de l'allaitement (Frederick et al., 2016 ; Moore et al., 2012 ; Phillips, 2013 ; Suzuki, 2013 ; Zwedberg et al., 2015).

L'initiation de l'allaitement par le « peau à peau » après une césarienne

Dans une étude quasi expérimentale américaine avec échantillonnage de convenance, Conroy et Cottrell (2015) ont voulu mesurer l'initiation à l'allaitement, la durée de celui-ci, son exclusivité, les réponses du nourrisson à cette alimentation ainsi que la satisfaction maternelle après avoir subi une césarienne. Pour ce faire, les auteurs ont

constitué un échantillon de vingt-cinq femmes ayant pu mettre en place le « peau à peau » et seize femmes n'ayant pas pu instaurer cette technique. La collecte de leurs données a été effectuée grâce à un questionnaire en salle de réveil immédiatement après la naissance. Puis, un suivi de la poursuite de l'allaitement a été effectué par téléphone quatre à douze semaines post-partum. Ils ont pu mettre en évidence que dans le groupe ayant pu bénéficier du « peau à peau », l'allaitement était initié plus tôt, sa durée était plus longue et le taux d'allaitement exclusif plus important que dans le groupe n'ayant pas pu bénéficier de cette technique. Un autre point qui a été mis en avant grâce à cette recherche, grâce à des appels téléphoniques effectués quatre à six semaines post-partum auprès des participantes, est que le « peau à peau » favorisait la satisfaction maternelle. Les auteurs en ont conclu que le « peau à peau » immédiat était bénéfique autant pour le nourrisson que pour sa mère et devrait être mis en œuvre dans tous les environnements hospitaliers.

Par ailleurs, dans une étude de cohorte effectuée en Italie auprès de 252 femmes en salle d'opération directement après une naissance par césarienne, Guala et al. (2017) ont voulu observer s'il y avait une association entre le taux d'allaitement exclusif et la mise en place du « peau à peau ». La cohorte a été divisée en trois groupes : dans le premier groupe, le « peau à peau » était instauré avec la mère, dans le deuxième groupe avec le père et dans le troisième groupe il n'y avait pas de mise en place de cette technique. Les auteurs ont conclu qu'il y avait bien une association statistiquement significative entre le taux d'allaitement exclusif et la mise en place du « peau à peau ». Cette association significative était maintenue à la sortie tout comme à trois et six mois après la naissance.

En revanche, il n'y avait pas d'amélioration du taux d'allaitement exclusif lorsque le « peau à peau » n'avait pas été mis en place ou lorsqu'il l'avait été avec le père. Cependant, il est important de noter que les auteurs ont également souligné le fait que le succès de l'allaitement était bien dû au contact entre la mère et son nouveau-né, mais aussi à la motivation de celle-ci.

Dans le cadre d'une étude réalisée en Italie et regroupant 2137 nourrissons, Zanardo et al. (2010) ont, quant à eux, évalué le taux d'allaitement de l'accouchement à six mois de vie du nourrisson, quel que soit le mode de naissance : césarienne élective, césarienne d'urgence et naissance par voie vaginale. Les auteurs ont mis en évidence que les mères allaitaient moins lorsqu'elles avaient accouché par césarienne plutôt que par voie vaginale, surtout si la naissance avait lieu par césarienne d'urgence. Leur suggestion concernant la raison de cette différence est qu'il serait probable que la nouvelle mère rencontre des difficultés à allaiter confortablement après une césarienne. Le taux d'allaitement effectué après un accouchement par voie vaginale est de 99,4 % contre 93,2 % après une césarienne (Guala et al., 2017).

L'allaitement est, par ailleurs, une forme idéale de nutrition infantile apportant de nombreux avantages pour le nouveau-né ainsi que pour sa mère à court et long terme (Dogaru et al., 2014 ; Kelishadi & Farajian, 2014) tel que le rapprochement entre la mère et son nouveau-né, d'où l'importance de se préoccuper du « peau à peau » après une césarienne et particulièrement lors d'une césarienne d'urgence. De plus, il est d'autant

plus important d'encourager la mise en place du « peau à peau » précoce (Velandia et al., 2012) puisque le massage du nouveau-né sur le ventre de sa mère entraînera par ailleurs une production d'ocytocine qui déclenchera ensuite la lactation, diminuera le niveau de stress ressenti par la mère et le nourrisson (Nissen et al., 1996) et renforcera l'instinct maternel de la nouvelle maman (Moore et al., 2012). S'il y a un retard dans la mise en place du contact « peau à peau », la production d'hormones ne sera pas optimale et donc plus faible (Zwedberg et al., 2015).

Dans une étude quantitative effectuée auprès de 366 femmes au Royaume-Uni, Gregson et al. (2016) ont souhaité déterminer si le « peau à peau » entre la mère et son nouveau-né au bloc opératoire affecterait les résultats de l'allaitement après une césarienne élective. Les auteurs ont développé un essai clinique randomisé regroupant 182 mères dans un groupe expérimental, qui mettront en place le « peau à peau » immédiatement après la naissance, et 187 femmes dans le groupe témoin, qui mettront en place le « peau à peau » après la naissance non précocement. Celles-ci ont toutes choisi d'allaiter leur bébé à la naissance et de donner naissance à leur enfant par césarienne élective à trente-sept semaines d'aménorrhée ou plus. Il a été illustré que le « peau à peau » était une technique simple à adopter au bloc opératoire après une césarienne afin d'augmenter le taux d'allaitement après quarante-huit heures de vie du nourrisson et à six mois post-naissance. De plus, il y aurait une corrélation entre la durée de la pratique du « peau à peau » pendant les vingt-quatre premières heures et la poursuite de l'allaitement au bout de quarante-huit heures. Les auteurs ont rapporté que les mères aimaient avoir

recours au « peau à peau » au bloc opératoire et qu'elles trouvaient cette expérience utile pour les aider dans cette nouvelle transition familiale.

Lau et al. (2018) ont également déterminé, dans une étude quantitative singapourienne effectuée auprès de 915 participantes, une relation entre les facteurs intra-partum, les caractéristiques néonatales, le « peau à peau » et l'allaitement initié précocement après une naissance par voie vaginale spontanée (80,5%), une naissance par césarienne (6,6% pour une césarienne planifiée et 8,2% pour une césarienne d'urgence) ou une naissance par voie vaginale assistée (4,7%). Les résultats de l'étude décèlent que le « peau à peau » immédiat, la naissance par césarienne ou par voie vaginale assistée, la durée du travail et l'admission en unité de soins intensifs néonataux ont une association statistiquement significative sur l'initiation précoce de l'allaitement. Ensuite, aucune différence ne fut relevée entre l'effet du « peau à peau » immédiat sur l'initiation précoce de l'allaitement au sein de deux groupes avec un mode de naissance distinct, la naissance vaginale assistée et la césarienne. Les auteurs ont conclu que la mise en place du « peau à peau » était significativement et positivement associée à l'initiation précoce de l'allaitement et qu'il était d'une importance cruciale de donner la priorité à la promotion du « peau à peau » immédiat quel que soit le mode de naissance.

Enfin, dans une étude prospective effectuée en Chine auprès de 679 femmes, Juan et al. (2022) ont voulu explorer l'association entre la durée de mise en place du « peau à peau » post césarienne et les résultats de l'allaitement en relevant plusieurs points

intéressants. Tout d'abord, une forte association entre la mise en place du « peau à peau » après la césarienne et de hauts taux d'initiation précoce de l'allaitement ainsi que d'allaitement exclusif à la sortie fut notée. Ensuite, plus la durée de « peau à peau » était longue après la césarienne plus les taux d'initiation à l'allaitement étaient élevés. Enfin, les taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital étaient indépendants de la durée de mise en place de « peau à peau ». Il a donc été démontré que le « peau à peau » était important pour initier et promouvoir l'allaitement.

Ces faits ont également été soulevés par Aboagye et al. (2022) lors d'une étude transversale effectuée dans 17 pays subsahariens. Une association statistiquement significative a été notée entre la mise en place de la technique de « peau à peau », le type d'accouchement et l'initiation précoce de l'allaitement. Les mères qui pratiquaient cette technique étaient plus empreintes à initier un allaitement précocement. Les auteurs ont recommandé de développer plus d'interventions axées sur l'amélioration de la mise en place de cette technique dans le but d'améliorer l'initiation de l'allaitement.

Il semble donc que la mise en place du « peau à peau » est favorable à l'initiation de l'allaitement (Aboagye et al., 2022 ; Juan et al., 2022 ; Lau et al., 2018), à une diminution du stress chez le nourrisson et ses parents, ainsi qu'à l'augmentation de la satisfaction maternelle et du sentiment de bien-être (Crenshaw et al., 2012 ; Finigan & Davies, 2004 ; Gouchon et al., 2010 ; Hung & Berg, 2011 ; Nolan & Lawrence, 2009 ; OMS, 2017a ; Valendia et al., 2010 ; Valendia et al., 2012).

Le concept de bien-être psychologique et ses concepts voisins

Certains auteurs se sont intéressés aux concepts de BEP et de santé mentale tel que Voyer et Boyer (2001) puis Doré et Caron (2017). Lors d'une analyse comparative, Voyer et Boyer (2001) ont recensé les concepts voisins du BEP, à savoir la DP, le moral, la qualité de vie, la satisfaction dans la vie, le bien-être subjectif, le bonheur et la santé mentale puis ont classés leurs attributs (Appendice D). Ils ont démontré que ces concepts n'expliquaient pas le même phénomène, mais qu'ils étaient très souvent confondus. Doré et Caron (2017), quant à eux, ont développé leur recherche autour du concept de BEP et de ces différentes formes de mesures.

Le concept de BEP a initialement été défini par Bradburn en 1969 comme étant une prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs (Ryff, 2018 ; Voyer & Boyer, 2001). Cette définition a été agrémentée au fil du temps pour lui intégrer tout d'abord l'importance du soutien social et la notion de contrôle sur la vie, puis quatre autres dimensions : les caractéristiques personnelles, le stress personnel et environnemental, le facteur cognitif et les variables relationnelles (Voyer & Boyer, 2001).

C'est à partir de ces éléments qu'en 1995 Carol Ryff propose une définition du concept de BEP basé sur six dimensions : l'acceptation de soi, les relations positives avec d'autres, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le but dans la vie et la croissance personnelle (Doré & Caron, 2017 ; Voyer & Boyer, 2001). Selon cette auteure, le BEP est un état d'équilibre face aux événements éprouvants et gratifiants de la vie. Par la suite, de

nombreux instruments de mesure du BEP ont été créés tels que l'instrument de mesure des manifestations de BEP de Massé et al. (1998b) ou encore l'échelle de BEP de Ryff (1989).

Une synthèse des descriptions des concepts de BEP et de DP est représentée dans les tableaux 1 et 2 ci-après. Les définitions retenues dans le cadre de ce projet de recherche sont celles développées par Massé et al. (1998) soit l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et le bonheur pour le BEP. Pour la DP, les dimensions d'auto-dévalorisation, d'irritabilité/agressivité, d'anxiété/dépression et de désengagement social. L'auto-dévalorisation réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi, une tendance à s'isoler de son entourage. L'irritabilité/agressivité s'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage. L'anxiété/dépression est couplée à un état de stress. Et enfin, le désengagement social est associé à un désintérêt généralisé.

Le cadre de référence de santé mentale (Massé et al., 1998) a été utilisé dans diverses études en sciences infirmières et en psychologie dont l'objectif était d'évaluer la DP et le BEP chez les infirmières travaillant en soins intensifs ou encore de vérifier l'effet de la passion et la satisfaction des besoins de base que sont l'autonomie, la compétence et l'affiliation sociale sur le bien-être et la détresse psychologique en contexte de travail (Forest, 2005 ; Nantsupawat et al. 2016).

Tableau 1*Définitions du concept de bien-être psychologique*

Auteurs	Définition du concept de BEP et/ou dimensions clés selon le ou les auteurs
Andrews et McKenell (1980)	Les auteurs définissent le BEP par la distinction des sentiments et du cognitif. La cognition se voit aussi importante que l'affectif dans l'évaluation du concept. L'évaluation du cognitif face aux buts et à la vie de l'individu est importante pour déterminer le BEP.
Berrera (1988) ; House et Kahn (1985) ; Pearlin (1985)	Les auteurs portent l'attention sur l'importance du soutien social. L'influence du réseau social est fondamentale sur le BEP.
Bradburn (1969)	<p>Les dimensions clés du BEP sont les sentiments intérieurs: sentiment de compétence, estime de soi, relations affectives, optimisme, bonheur.</p> <p>Selon Bradburn, le BEP est une prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs.</p> <p>L'auteur soulève le manque de mesure du sens positif du concept de BEP.</p>

Tableau 1*Définitions du concept de bien-être psychologique (suite)*

Auteurs	Définition du concept de BEP et/ou dimensions clés selon le ou les auteurs
Bryant et Veroff (1982)	Les auteurs définissent le BEP par le sentiment de bien-être, la perception de soi, les symptômes de détresse, l'adaptation de la personne au mariage, au rôle de parent et au travail.
Reich et Zautra (1981)	Les auteurs soulignent que le contrôle sur la vie est une variable importante pour le concept de BEP.
Rousseau et Dubé (1993)	Les auteurs proposent quatre dimensions pour représenter l'essence du concept de BEP: les caractères personnels (âge, état civil, mode de résidence, enracinement, homogénéité d'âge), le stress personnel et environnemental (perception de la résidence, de la santé, du quartier, du travail), le facteur cognitif (système de croyances), les variables relationnelles (satisfaction du soutien, soutien émotionnel, réseau total, fréquences des rencontres et soutien instrumental).

Tableau 1*Définitions du concept de bien-être psychologique (suite)*

Auteurs	Définition du concept de BEP et/ou dimensions clés selon le ou les auteurs
Ryff (1995)	L'auteure définit le BEP sous les six dimensions suivantes: acceptation de soi, relation avec les autres, autonomie, maîtrise de l'environnement, but dans la vie, croissance personnelle. Toute personne qui répond positivement à l'ensemble de ces dimensions aura un haut niveau de BEP.

Tableau 2*Définitions du concept de détresse psychologique*

Auteurs	Définition du concept de DP et/ou dimensions clés selon le ou les auteurs
Gotlib et Cane (1989); Ilfeld (1976); Santé Québec (1988)	Les auteurs définissent la constitution des outils de mesure de la DP selon les symptômes suivants: dépression, anxiété, autre désordre psychologique.

Tableau 2*Définitions du concept de détresse psychologique (suite)*

Auteurs	Définition du concept de DP et/ou dimensions clés selon le ou les auteurs
Gotlib et Cane (1989) ; Ilfeld (1976) ; Santé Québec (1988)	Les auteurs définissent la constitution des outils de mesure de la DP selon les symptômes suivants: dépression, anxiété, autre désordre psychologique.
Gotlib et Cane (1989) ; Massé et al. (1998a) ; Weissman et al. (1988)	Les construits mesurés par les outils de mesure de la DP sont majoritairement basés sur : le désespoir, la tristesse, l'anxiété, les troubles cognitifs, la démoralisation, l'irritabilité, la somatisation, l'obsession, la compulsion, la perte de contrôle sur les émotions et les comportements.
Link et Dohrenwend (1980)	Les auteurs soutiennent l'importante corrélation entre la DP et l'estime de soi, la tristesse, l'anxiété, la désorientation, l'absence d'espoir.

De ce fait, après l'analyse de nombreux cadres et modèles (Appendices E et F), le modèle de la santé mentale de Massé et al. (1998) a été privilégié pour ce mémoire. Ce cadre se compose de deux dimensions, soit la DP et le BEP. Les auteurs soutiennent qu'il était pertinent de combiner les mesures de DP et du BEP mesurant ainsi l'état global de santé mentale. Ils décrivent les concepts de DP et de BEP comme étant deux dimensions

du concept de santé mentale (Appendice G) sujettes au changement dans le temps (Voyer & Boyer, 2001) puisque les symptômes de DP sont visibles en une à deux semaines et les symptômes de BEP le sont en un à douze mois (Massé et al., 1998). De plus, les auteurs définissent la DP comme un « syndrome non spécifique qui couvre des constructions telles que l'anxiété, la dépression, les problèmes cognitifs, l'irritabilité, la colère ou l'obsession, la compulsion » [Traduction libre] (Massé et al., 1998). Par ailleurs, un ensemble de définitions stipulent que le BEP repose sur une composante affective, soit hédonique, et une composante cognitive, soit une satisfaction de la vie (Massé et al., 1998). Ces deux concepts sont liés à des instruments de mesure fiables (Appendice H) élaborés sur la base de leurs différents attributs (Massé et al., 1998a ; Massé et al., 1998b).

Les écrits recensés dans ce présent chapitre ont permis de relever différents liens entre les concepts à l'étude, notamment l'impact de la césarienne sur le développement de l'attachement, le risque de développer un état de dépression postpartum, la perception traumatisante de la césarienne d'urgence avec un impact sur le bien-être de la mère, les bénéfices de la mise en place immédiate du « peau à peau » tel que la diminution du niveau de stress, par ailleurs augmenté lors d'une césarienne, chez le nourrisson et ses deux parents, l'augmentation du sentiment de bien-être de la mère grâce à un processus hormonal et la diminution ses symptômes dépressifs. Le présent mémoire a permis de les explorer tout en étayant les savoirs nécessaires à la discipline infirmière pour favoriser la mise en place de la technique du « peau à peau », l'amélioration de l'état de santé mentale

de la mère primipare et la réussite de l'allaitement dans un contexte de césarienne d'urgence.

Cadre de référence

Le précédent chapitre a permis de mettre en lumière qu'une césarienne d'urgence pouvait avoir un impact sur la détresse et le bien-être psychologique de la mère et que le « peau à peau », quant à lui, permettrait de diminuer les symptômes de dépression et d'augmenter le sentiment de bien-être, tout en renforçant le bien-être émotionnel des parents et du nourrisson. L'objectif de ce chapitre est, pour sa part, de présenter le cadre de référence choisi pour la réalisation de la présente recherche.

Le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998b) est une association de deux modèles combinant les concepts de BEP et de DP. Ce cadre de référence a été utilisé dans diverses études en sciences infirmières dont l'objectif était d'évaluer la DP et le BEP chez les infirmières travaillant en soins intensifs (Nantsupawat et al. 2016). Il l'a été également en sciences psychologique dont l'objectif était d'examiner, entre autres, l'effet de la passion et de la satisfaction des trois besoins de base que sont l'autonomie, la compétence et l'affiliation sociale sur le bien-être et la détresse psychologique en contexte de travail (Forest, 2005). Ce modèle de santé mentale sera utilisé dans la présente étude afin d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être psychologique et la détresse psychologique de mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence. Deux moments de collecte distincts seront privilégiés car, tel qu'il fut soulevé dans le précédent chapitre, les concepts de DP et de BEP sont deux dimensions sujettes au changement dans le temps (Voyer & Boyer, 2001). Les dimensions de ces concepts sont divisées en différents items

tous extraits de récits de périodes de vie marquées par une bonne santé mentale (Massé et al., 1998). Le « peau à peau » s'intègre à ces deux concepts à travers les dimensions d'anxiété, de dépression et le bien-être. En effet, tel qu'il fut recensé dans le précédent chapitre, la mise en place précoce du « peau à peau » permet, entre autres, de favoriser l'attachement chez la mère tout en stimulant sa libération d'ocytocine qui augmentera son sentiment de bien-être et diminuera ses symptômes dépressifs (Bigelow et al., 2012; Kenyon-Berry & Seymour, 2015; Mörelius et al., 2015; Stevens et al., 2016). Stevens et al. (2014) recensent de sept articles scientifiques que la technique de « peau à peau » entraîne une stabilité physiologique et un bien-être émotionnel autant chez la mère que chez le nourrisson, diminue la douleur et l'anxiété de la mère (Crenshaw et al., 2012 ; Finigan & Davies, 2004 ; Gouchon et al., 2010 ; Hung & Berg, 2011 ; Nolan & Lawrence, 2009 ; Valendia et al., 2010 ; Valendia et al., 2012). Zheng et al. (2022) ont également soutenu que le « peau à peau » soulage efficacement la dépression post-partum.

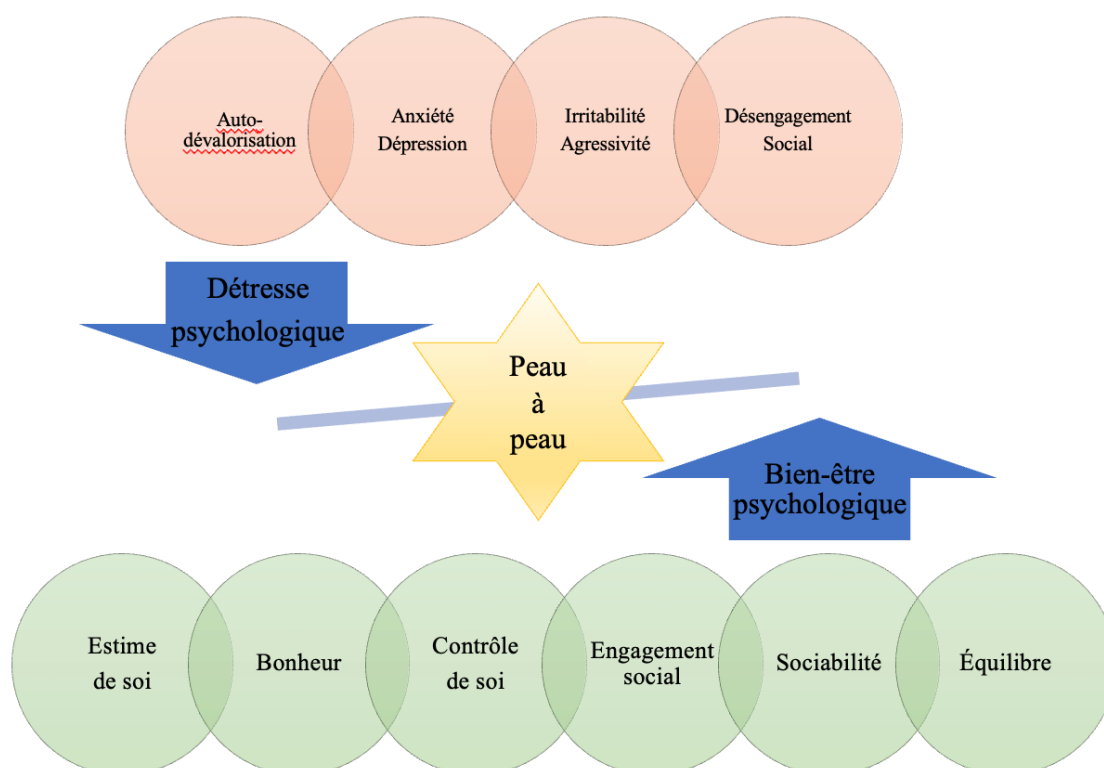
La pratique infirmière est centrée sur l'expérience de santé et vise le bien-être tel que la personne le définit. (Pepin et al., 2017). Le « peau à peau » est axé sur une tradition de *caring* ou le prendre soin de soi est un préalable pour prendre soin des autres selon un processus transpersonnel visant une harmonie corps-âme-esprit (Watson, 1997). De ce fait, l'utilisation de ces deux modèles dans l'évaluation de la santé mentale (Massé et al., 1998) répondra à l'orientation de Jean Watson. Cette dernière considère la discipline infirmière comme une science humaine et un art où le soin et l'amour de soi précède le soin et l'amour des autres. Elle définit la personne tel un « être-dans-le-monde » qui

s'efforce continuellement de se réaliser et d'établir une harmonie dans et entre les trois sphères qui la constitue: l'âme, le corps et l'esprit (Watson, 1997).

Massé et al. (1998), ont représenté le cadre de référence de santé mentale en anglais (Appendice G). Dans le présent projet de recherche, l'étudiante-chercheuse a schématisé l'intégration du « peau à peau » au cadre de référence traduit en français (Figure 1).

Figure 1

Schématisation de l'intégration du « peau à peau » au modèle de santé mentale de Massé et al. (1998b)



Le premier, le concept de BEP, est basé sur sept dimensions : l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des événements et le bonheur (Massé et al 1998b). Le deuxième, le concept de DP est basé sur quatre dimensions : l'auto-dévalorisation, l'irritabilité et l'agressivité, l'anxiété et la dépression, le désengagement social (Massé et al 1998a). Ces deux concepts de mesure sont nécessaires et ne peuvent être utilisés indépendamment. Pour chacun des concepts présentés, il existe un instrument de mesure. Ils seront utilisés pour la recherche et seront présentés dans le chapitre portant sur la méthode. De nombreux chercheurs apportent diverses définitions au BEP et à la DP (Voyer & Boyer, 2001). Toutefois, Massé et al. (1998) affirment que ces deux concepts bien différents constituent les deux dimensions de l'évaluation de la santé mentale.

But, objectifs et hypothèses

En somme, prenant appui sur le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998), le présent projet de recherche a pour but de valider la faisabilité de l'étude et d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être psychologique et la détresse psychologique de mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence.

Les objectifs spécifiques sont de : 1) valider la faisabilité de l'étude de la mise en place du « peau à peau » et 2) explorer chez les mères primipares l'effet du « peau à peau » à la suite d'une césarienne d'urgence sur a) le bien-être psychologique et b) la détresse psychologique durant la période postpartum.

Dans le cadre de ce projet, l'étudiante-chercheuse a formulé deux hypothèses de recherche soit :

- Le niveau de DP de la mère primipare qui a mis en place le « peau à peau » est moindre que le niveau de DP de la mère primipare qui n'a pas mis en place le « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence 72 heures post-accouchement et un mois après la naissance.
- Le niveau de BEP de la mère primipare qui a mis en place le « peau à peau » est plus élevé que le niveau de BEP de la mère primipare qui n'a pas mis en place le « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence un mois après la naissance.

Le prochain chapitre permettra de décrire la méthode de recherche utilisée afin de développer le présent projet de recherche.

Méthode

Le chapitre précédent définissait le cadre de référence utilisé lors de la recherche. Ce nouveau chapitre porte sur la méthode utilisée. Il présente le devis privilégié, le milieu de recherche et l'échantillonnage, ainsi que chacune des étapes du déroulement de l'étude.

Devis de recherche et but de l'étude

La présente étude est une étude de faisabilité de type quantitatif à devis quasi expérimental, soit sans randomisation, avec groupe témoin non équivalent après seulement visant à explorer l'effet d'une variable indépendante, la mise en place du « peau à peau » et les variables dépendantes, la DP et le BEP. Celle-ci est considérée comme une étude à plus petite échelle reproduisant les méthodes et procédures prévues dans une étude à plus grande échelle (Gray et al., 2017 ; Gray et al., 2021).

Le choix d'un devis quasi expérimental repose sur l'absence de randomisation reliée à la nature de l'intervention (Gray et al., 2017 ; Gray et al., 2021). En effet, il ne serait pas éthiquement acceptable de soumettre un groupe de participantes à l'absence d'une intervention, le « peau à peau », reconnue pour ses bienfaits pour la mère et le nouveau-né (Gouvernement du Canada, 2023). En plus d'explorer l'effet d'une variable indépendante, cette étude permet d'évaluer la faisabilité du projet, de mesurer les différents aspects de celle-ci tels que la méthode, l'instrument de mesure choisi,

l'intervention ou encore les procédures (Fortin & Gagnon, 2022 ; Hertzog, 2008 ; Sidani et al., 2021).

Ainsi, le choix du devis permet de répondre au but visé soit de valider la faisabilité de l'étude et d'explorer l'effet du « peau à peau » sur le bien-être psychologique et la détresse psychologique chez les mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence durant la période postpartum.

Milieu, recrutement et échantillonnage

Milieu

Le CISSS de la grande région de Montréal choisi pour ce projet de recherche est activement impliqué dans l'intégration de la technique du « peau-à-peau » après toute naissance, de nombreux projets pour cette mise en place sont toujours en cours. Le « peau-à-peau » est maintenant une technique qui doit être mise en place au cours de toutes les naissances afin de répondre aux normes d'accréditation Amis des bébés (Baby-Friendly USA, 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2017a). De ce fait, le milieu choisi a été l'unité de postpartum d'un hôpital de cette région qui vise à mettre en pratique la technique du « peau-à-peau » lors de chaque césarienne, quel que soit le contexte de naissance.

Du premier avril 2021 au 31 mars 2022, cet établissement recensait 4108 naissances dont 962 par césarienne soit environ 23 %. Ensuite, du premier avril 2022 au 31 mars

2023, ce même établissement recensait 912 naissances par césarienne dont 470 dites « d'urgence » soit environ 52 %.

Recrutement

La population ciblée par cette étude concernait des mères primipares accouchant par césarienne d'urgence au sein d'un hôpital de la grande région de Montréal. Cette étude a été réalisée auprès de mères primipares uniquement afin de contrôler l'influence de l'expérience de naissance sur les résultats collectés et ainsi limiter les biais de la recherche. En effet, une étude longitudinale prospective développée auprès de 220 femmes en Italie lors de deux temps de collecte, soit immédiatement après la naissance et à trois mois postpartum, a démontré que les souvenirs et l'expérience de la naissance ne changeaient pas au fil du temps (Molgora et al., 2022). Hou et al. (2022), quant à eux, précisent dans leur étude transversale effectuée en Chine auprès de 358 participantes pendant leur troisième trimestre de grossesse, que les femmes à nouveau enceintes après avoir eu une expérience de naissance par césarienne accusaient une peur de l'accouchement. Ainsi, il peut être soulevé que la présente étude devrait être effectuée auprès de mères primipares afin de ne pas venir troubler les résultats par le souvenir d'une expérience antérieure.

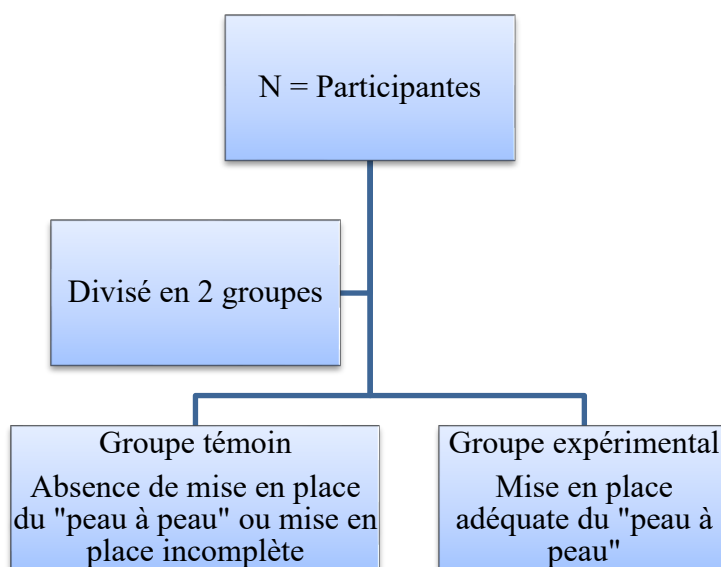
Les critères d'inclusion étaient : 1) être une mère primipare, 2) avoir une grossesse unique avec un fœtus en santé né à terme soit à partir de 37 semaines d'aménorrhée, 3) savoir s'exprimer, lire et écrire en français afin de permettre une parfaite compréhension, 4) avoir plus de 18 ans. Ce projet de recherche s'articulait autour de deux groupes dont le

but était d'explorer la relation entre l'absence, la mise en place incomplète ou la mise en place adéquate du « peau à peau » sur le BEP et la DP de la nouvelle mère.

Le premier constituait le groupe témoin non équivalent et comptait des mères primipares n'ayant pas mis en place le « peau à peau » ou l'ayant mis en place de façon incomplète dans un contexte de césarienne d'urgence. Le deuxième constituait le groupe expérimental et comptait des mères primipares ayant mis en place le « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence (Figure 2).

Figure 2

Représentation des deux groupes



Échantillonnage

La méthode d'échantillonnage retenue s'inscrit dans l'échantillonnage non probabiliste soit de convenance. Puisqu'il s'agit d'une étude de faisabilité, un échantillon de 10 répondantes par groupe est suffisant ; cependant, afin de limiter les erreurs types d'une proportion, un plus grand échantillon permettrait d'augmenter la précision des valeurs plus extrêmes (Hertzog, 2008). La taille anticipée de l'échantillon se situait entre 20 et 30 répondantes par groupe ($n = 40$ à 60) toutefois, des circonstances exceptionnelles n'ont pas favorisé l'obtention de cette taille d'échantillon (Hertzog, 2008).

Déroulement de l'étude et processus de recrutement

Le recrutement a été effectué dans le premier 72 h post-accouchement, au moins trois heures après leur sortie de la salle d'opération, et ce tenant compte de leur état clinique, par la distribution d'un exemplaire écrit du formulaire d'information et de consentement (FIC) à la recherche par les assistantes-infirmières chef de l'unité, dans le cadre du recrutement au sein du CISSS énonçant le projet de recherche. Deux liens hypertextes et leurs codes QR ont été remis à toutes les primipares donnant naissance par césarienne d'urgence et se qualifiant selon les critères de sélection pour la recherche.

L'étudiante-chercheuse a fourni toutes les informations sur le projet aux membres de l'équipe infirmière de l'unité des naissances sous forme de micro séances de formation et les liens hypertextes permettant l'accès aux questionnaires autoadministrés (instruments de mesure en ligne) aux assistantes-infirmières chef de celle-ci. Sur le FIC (Appendice

H), toutes les informations sur le projet ainsi que les liens hypertextes permettant l'accès aux questionnaires autoadministrés (instruments de mesure en ligne) y étaient renseignés et toute décision de participation pouvait être prise lors du retour à domicile.

Dans le cas où la primipare ne pouvait avoir accès à un moyen de connexion en ligne, des exemplaires papier étaient disponibles et le résultat de cette collecte a été envoyé à l'étudiante-chercheuse grâce à des enveloppes préaffranchies.

Définition opérationnelle des variables et leur évaluation

Variables à l'étude

Faisabilité de l'étude. La faisabilité de l'étude a été évaluée à l'aide du taux d'acceptation et d'abandon à participer. Le taux d'acceptation reflète le nombre de participantes qui répondent aux critères d'inclusion et qui acceptent de participer au projet. Le taux d'abandon mesure les participantes qui ont débuté le projet et qui ont décidé de ne plus participer par la suite, par exemple en ne complétant pas les questionnaires aux différents temps de mesure (Novosel, 2023).

Le déroulement de l'étude a également été documenté, notamment le temps requis pour le recrutement de même que la méthode pour sa réalisation. Ceci afin d'identifier le besoin ou non de modifier la méthode ou les procédures utilisées afin de les adapter à une étude à plus grande échelle et ainsi définir si les différents aspects de l'étude sont pratiques et réalisables (Sidani et al., 2021). Les données décrivant le temps nécessaire au

recrutement et la taille de l'échantillon obtenu lors de l'étude de faisabilité sont essentielles pour l'achèvement de l'étude à plus grande échelle.

Variable indépendante : le « peau à peau ». Selon l'OMS et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le « peau à peau » est une technique qui consiste à établir un contact peau contre peau dès la naissance et de façon ininterrompu pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée entre la maman et son bébé né à terme (Gouvernement du Canada, 2019). L'infirmière du bloc opératoire ou de l'unité des naissances, selon le délai rencontré pour chaque naissance, a placé le bébé nu contre la poitrine nue de sa mère en favorisant un contact entre sa poitrine et son abdomen dans une position permettant au bébé d'ouvrir pleinement ses poumons soit avec les bras du nourrisson de chaque côté du corps de sa mère (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Cependant, lors d'une naissance par césarienne, la mise en place du « peau à peau » diffère quant au positionnement puisque l'installation est conséquente à l'utilisation de champs opératoires stériles mis en place juste en dessous de la poitrine de la mère. De ce fait, le bébé est placé nu transversalement sur la poitrine nue de sa mère avec son visage tourné vers celui de sa mère (Agence de la santé publique du Canada, 2021 ; Menard et al., 2016 ; Schorn et al., 2015 ; Smith et al., 2008).

Pour cette étude, la mise en place du « peau à peau » a été considérée lorsque cette technique fut mise en place dans les 15 premières minutes de vie du nouveau-né, et ce pendant au moins une heure. À contrario, une mise en place de la technique « peau à peau »

ne respectant pas les critères mentionnés voire une absence de la mise en place de cette technique était considérée pour le groupe témoin.

Variabes dépendantes : la détresse psychologique et le bien-être psychologique. Rappelons que la DP est définie comme un « syndrome non spécifique qui couvre des constructions telles que l'anxiété, la dépression, les problèmes cognitifs, l'irritabilité, la colère ou l'obsession, la compulsion » [Traduction libre] (Massé et al., 1998) et qu'un ensemble de définitions stipulent que le BEP repose sur une composante affective, soit hédonique, et une composante cognitive, soit une satisfaction de la vie (Massé et al., 1998). Les concepts de DP et de BEP sont liés à des instruments de mesure fiables (Appendice H) élaborés sur la base de leurs différents attributs soit l'auto-dévalorisation, l'irritabilité/l'agressivité, l'anxiété/la dépression, le désengagement social pour la DP (Massé et al., 1998a ; Massé et al., 1998b) et l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi, le bonheur pour le BEP (Massé et al., 1998b).

Variable étrangère : l'allaitement. L'utilisation du dossier de santé de la participante permettait à l'étudiante-chercheuse d'isoler la variable étrangère de ce projet en identifiant le contexte de mise en place du « peau à peau », à savoir si la participante avait fait le choix de mettre en place le « peau à peau » ou si le « peau à peau » avait été mis en place dans la continuité de l'initiation de l'allaitement, grâce aux outils de travail du personnel infirmier et limiter ainsi les risques de biais puisque la technique n'a pas été

mise en place par l'étudiante-chercheuse elle-même. Toutefois, compte tenu du contexte pandémique, il n'a pas été possible d'utiliser le dossier de santé de la participante.

Instruments de mesure

Questionnaire de caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Ce questionnaire fut complété par les participantes dans les 72 heures post accouchement et comportait 16 questions visant à détailler les caractéristiques sociodémographiques concernant les participantes, telles que leur âge, niveau d'étude, état civil, et les caractéristiques cliniques. Ces dernières ont permis d'évaluer si les parturientes connaissaient le « peau à peau » avant la naissance, si celui-ci avait été initié et sous quelles conditions et enfin permettait de collecter des données sur la grossesse et l'état de santé de la mère et du nouveau-né.

Questionnaire sur la détresse psychologique. L'instrument de mesure choisi était l'échelle de mesure des manifestations de DP (ÉMMDP) de Massé et al. (1998a). Celui-ci est composé de 23 énoncés dans sa version courte. Les 23 énoncés de l'échelle de DP sont divisés en quatre catégories : l'auto-dévalorisation, l'irritabilité/l'agressivité, l'anxiété/la dépression et le désengagement social. Pour chaque énoncé, la parturiente répondrait selon une échelle de type Likert attribuant ainsi une cote à la réponse qui leur semblait la plus appropriée à leur situation soit : jamais, rarement, la moitié du temps, fréquemment ou presque toujours. Afin de documenter la présence de DP, les participantes

ont complété le questionnaire à deux moments soit au T1, dans les 72 h post-accouchement, et au T2 soit au moins un mois suivant la naissance.

Questionnaire sur le bien-être psychologique. L'instrument de mesure choisi était l'échelle de mesure des manifestations du BEP (ÉMMBEP) de Massé et al. (1998b). Celui-ci est composé de 25 énoncés dans sa version courte. Les 25 énoncés de l'échelle de BEP, quant à eux, sont divisés en six catégories : l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et le bonheur. Pour chaque énoncé, la parturiente avait, comme pour le précédent questionnaire, le choix de répondre selon une échelle de type Likert attribuant ainsi une cote à la réponse qui leur semblait la plus appropriée à leur situation soit : jamais, rarement, la moitié du temps, fréquemment ou presque toujours. Les répondantes ont dû le remplir au T2, soit au moins un mois après la naissance, puisque les symptômes de BEP sont visibles à partir d'un mois.

Le résultat moyen de chacun des instruments soit l'ÉMMDP et l'ÉMMBEP reflète le bas (score = 0) ou haut niveau (score = 4) de DP et BEP. Chaque score a été obtenu en calculant la moyenne de chaque catégorie, soit auto-dévalorisation, irritabilité/agressivité, ..., estime de soi, équilibre, etc., pour les deux concepts, la DP et le BEP. Ainsi, plus le score est élevé, plus le niveau de DP est élevé ou encore plus le niveau de BEP est élevé (Forest, 2005). Cependant, Massé et al. (1998) ne rapportent aucune valeur seuil pour la signification du score de leurs échelles de mesure.

Afin de se fier aux données recueillies par les instruments de mesure et de tirer des conclusions plausibles à partir des résultats, les concepts de fidélité et de validité des mesures sont fondamentaux (Fortin & Gagnon, 2022).

Fidélité et validité des instruments de mesure de l'ÉMMBEP et de l'ÉMMDP

La fidélité de l'ÉMMBEP et de l'ÉMMDP a été testée, dans les versions longues, auprès de 120 répondants sur une période de quatre à huit jours. Pour cela, deux coefficients de fidélité ont été développés : la stabilité temporelle avec le test-retest et la cohérence interne (Massé et al, 1998a ; Massé et al., 1998b). L'utilisation du coefficient de stabilité temporelle convient particulièrement à l'évaluation d'éléments stables dans le temps telle que l'estime de soi (Fortin & Gagnon, 2022). La fiabilité test-retest est utilisée pour refléter la reproductibilité de l'instrument (Gray et al., 2021). À la suite de l'utilisation de l'approche test-retest, 22 énoncés sur 47 ont été supprimés pour l'ÉMMBEP et 20 items sur 43 ont été supprimés pour l'ÉMMDP puisqu'ils démontraient un plus faible coefficient de stabilité. Ensuite, la cohérence interne des instruments a été mesurée par le coefficient α de Cronbach (Massé et al, 1998a ; Massé et al., 1998b). Cette mesure est unidimensionnelle, ce qui signifie qu'elle évalue un seul et même concept à la fois. Le coefficient α de Cronbach est la procédure statistique qui permet de calculer la consistance de l'instrument de mesure particulièrement lorsque celui-ci permet différents choix de cote tels que l'échelle de Likert (Fortin & Gagnon, 2022 ; Gray et al., 2021). Ce coefficient évalue la force de la corrélation entre plusieurs variables. Il est compris entre 0 et 1, plus sa valeur est élevée et plus l'instrument de mesure est considéré comme fiable.

Lorsque sa valeur est comprise entre 0,50 et 0,75, la fiabilité de l'instrument est dite modérée, une valeur souhaitable est comprise entre 0,70 et 0,90 puis, lorsqu'un niveau de corrélation est supérieur à 0,90, celui-ci est considéré comme excellent (Fortin & Gagnon, 2022 ; Gray et al., 2021). Le coefficient obtenu pour la version courte de l'ÉMMBEP est de 0,93 contre 0,96 pour la version longue (Massé et al., 1998b) et de 0,93 pour l'ÉMMDP avec des coefficients de 0,81 à 0,89 pour les sous-échelles (Massé et al., 1998a). Aux vues de ces données, nous pouvons conclure que les instruments de mesure choisis sont d'une fidélité excellente dans leur version courte.

La validité de l'ÉMMBEP a été évaluée selon deux approches différentes : la validité de contenu, la validité de construit par la validité factorielle (Massé et al., 1998b). La validité de l'ÉMMDP, quant à elle, a été évaluée selon trois approches différentes : la validité de contenu, la validité de critère et la validité de construit (Massé et al., 1998a). La validité de contenu permet d'évaluer la représentativité de la définition théorique du concept à étudier (Fortin et Gagnon, 2022). Elle est obtenue à partir de trois sources : les écrits, les représentants de la population concernée et les experts du contenu (Gray et al., 2021). La validité de contenu des deux échelles a été testée auprès de 195 personnes (Massé et al., 1998a ; Massé et al., 1998b). La validité de construit mesure la relation juste entre les énoncés de l'instrument de mesure et la théorie et les concepts à l'étude (Fortin & Gagnon, 2022 ; Gray et al., 2021). La validité factuelle évalue les différentes dimensions et sous-dimensions d'un concept (Fortin & Gagnon, 2022). L'analyse de la validité de l'ÉMMBEP a identifié une corrélation entre les scores obtenus dans la version courte et

la version longue ($r = 0,98$) et six dimensions : le contrôle de soi et des événements ($\alpha = 0,91$), le bonheur ($\alpha = 0,90$), l'engagement social ($\alpha = 0,78$), l'estime de soi ($\alpha = 0,84$), l'équilibre ($\alpha = 0,82$) et la sociabilité ($\alpha = 0,83$) (Massé et al., 1998b). Concernant l'ÉMMDP, l'analyse de la validité de construit a mis en évidence un coefficient de corrélation de 0,99 et des analyses factorielles ont confirmé la structuration de l'échelle autour des quatre dimensions de l'outil (Massé et al., 1998a). Enfin, l'analyse de validité liée au critère a pour but de comparer un instrument de mesure à valider avec un autre dont la validité a déjà été déterminée comme valide et qui consiste à mesurer le même phénomène. Plus le coefficient avoisine 1,00, plus l'instrument est considéré comme valide (Fortin & Gagnon, 2022). La corrélation entre l'ÉMMBEP et l'ÉMMDP est de 0,81 (Massé et al., 1998a). L'ensemble de ces éléments révèlent donc une haute validité des instruments.

Plan d'analyse des données.

Cette section permet de décrire les étapes réalisées dans le but d'organiser et de codifier les résultats obtenus et de choisir les tests statistiques requis pour la vérification des hypothèses.

Cahier de codes

Un cahier de codes (Appendice I) contient une liste de toutes les variables à l'étude, les numéros de code de toutes les valeurs envisageables pour chacune de celles-ci ainsi que le format des résultats possibles (numérique ou alphanumérique). Ce cahier a été

parfaitement établi avant de débiter la collecte de données (Fortin & Gagnon, 2022) et a permis d'effectuer les différents tests d'analyses dans le logiciel SPSS® version 29 (2022).

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives telles que l'étendue et la médiane ont été effectuées pour la variable continue de l'âge. En ce qui concerne les variables catégorielles, telles que l'état civil, le niveau d'éducation, le délai d'instauration et la durée de mise en place du « peau à peau », des tables de fréquences avec pourcentages (%) ont été effectuées. Ensuite, des statistiques descriptives ont été effectuées pour les variables dépendantes, la DP et le BEP. Afin de répondre à l'objectif de l'étude soit explorer chez les mères primipares l'effet du « peau à peau » à la suite d'une césarienne d'urgence sur a) la DP et b) le BEP dans les 72 heures post-accouchement pour la DP et au moins un mois après la naissance pour la DP et le BEP et ainsi vérifier les hypothèses formulées, le test *t* de Student (Ingrand, 2018) avait été choisi pour comparer les variables continues dans des échantillons indépendants si le résultat obtenu au test de normalité effectué grâce au test de Kolmogorov-Smirnov (Gray et al., 2021) démontrait une symétrie. À contrario, le test non paramétrique Mann-Whitney avait été choisi si le résultat obtenu au test de normalité effectué grâce au test de Kolmogorov-Smirnov démontrait une asymétrie. Le choix de l'un ou l'autre était dépendant des résultats au test de normalité. Enfin, pour l'ensemble des analyses statistiques, le seuil de signification fixé était de 5 % ($p < 0,05$).

Les données manquantes ont un impact important sur l'analyse des résultats. Elles impactent la validité de conclusion statistique et diminuent le pouvoir des statistiques analysées et peuvent entraîner de mauvaises recommandations (Gray et al., 2021 ; McKnight et al., 2008). Gray et al (2021) expliquent qu'il n'existe pas de règle absolue quant à la gestion des données manquantes. Le chercheur doit prendre en considération qu'il existe un problème dans sa collecte de données et assumer l'attribution d'une valeur à la donnée manquante ou l'exclusion de celle-ci tout en intégrant ce choix dans le processus d'analyse et de discussion. McKnight et al. (2008), quant à eux, précisent que, dans le cadre d'un sondage, si un participant ne répond pas à une ou plusieurs questions, la donnée manquante est pertinente et doit être étudiée. Le chercheur doit évaluer si le participant ne souhaite pas répondre aux questions concernées et dans ce cas considérer les données manquantes ou alors évaluer si le questionnaire a été oublié sur le coin de la table par le participant et dans ce cas précis ignorer les données manquantes. Les auteurs ajoutent qu'ignorer une donnée a un impact important dans l'analyse des données et des conclusions d'une étude. Ce dernier point est appuyé par Gray et al (2021) qui détaillent qu'attribuer la valeur zéro à une donnée manquante pourrait fausser l'analyse puisque la valeur serait comptabilisée comme une quantité. Dans le cadre de ce projet, l'étudiante-chercheuse a fait le choix de n'attribuer aucune valeur plutôt que la valeur zéro à la donnée manquante afin de suivre les suggestions de Gray et al. (2021) et ainsi éviter de fausser l'analyse des résultats. Toutefois, l'analyse de la donnée manquante a été considérée dans le chapitre de discussion.

Considérations éthiques

L'étudiante-chercheuse a présenté le projet au comité d'éthique en recherche (CÉR) de l'UQO et à celui du CISSS concerné par la recherche avant de solliciter les répondantes tout en respectant les principes directeurs émis par le CÉR (Appendice J). Le rôle du CÉR est « d'évaluer scientifiquement et éthiquement, d'approuver et d'assurer le suivi éthique de la plupart des projets ou activités de recherche sur des êtres humains se déroulant au sein de l'établissement » (Gouvernement du Canada, 2023). La participation à l'étude de faisabilité était volontaire et chaque répondante a eu la possibilité de se retirer à tout moment sans préjudice ; les répondantes ont été être renseignées sans ambiguïté sur leur rôle dans la recherche et l'étudiante-chercheuse est restée disponible afin de répondre à tout moment à leurs demandes en matière d'informations (Gouvernement du Canada, 2023). Toutes les indications liées au présent projet de recherche ont été mentionnées dans le formulaire en ligne tel que détaillé dans l'appendice H. Ensuite, les données collectées par le logiciel Lime Survey sont conservées, codées, sur le serveur de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Les consentements à la recherche signés, quant à eux, sont conservés sous clé au domicile de l'étudiante-chercheuse. L'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche sont les seules à y avoir accès.

Le premier instrument utilisé, à savoir l'échelle de mesure de DP de Massé et al. (1998a), aurait pu induire une réaction négative auprès de la nouvelle maman. Ce risque a longuement été discuté entre l'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche. Les écrits scientifiques ont mis en avant que le BEP et la DP devaient être évalués sans être

dissociés. De ce fait, l'étudiante-chercheuse a veillé à un équilibre entre les risques encourus par les participantes et les bénéfices liés à la recherche de sorte à promouvoir le bien-être de chacune. L'étudiante-chercheuse a veillé à l'accessibilité à une ressource appropriée et est restée disponible pour fournir cette aide. La participante avait la possibilité de contacter le service d'accompagnement familial de l'UQO, grâce à une ligne directe ou par courriel afin de ne pas avoir à être placée sur une liste d'attente pour sa prise en charge psychologique si besoin.

Des circonstances exceptionnelles nous ont amenées à modifier le déroulement de l'étude, notamment le recrutement et le déroulement de la collecte de données. Ces modifications ont eu un impact sur les résultats qui seront détaillés dans le prochain chapitre.

Résultats

Le précédent chapitre détaillait la méthode souhaitée pour cette recherche afin de 1) valider la faisabilité de l'étude et 2) explorer l'effet du « peau à peau » sur a) la DP et b) le BEP des mères primipares à la suite d'une césarienne d'urgence et ce jusqu'à au moins un mois suivant la naissance. Toutefois, des circonstances exceptionnelles nous ont amenées à modifier le déroulement de la recherche. Ce chapitre vise à décrire les résultats obtenus au regard des modifications apportées.

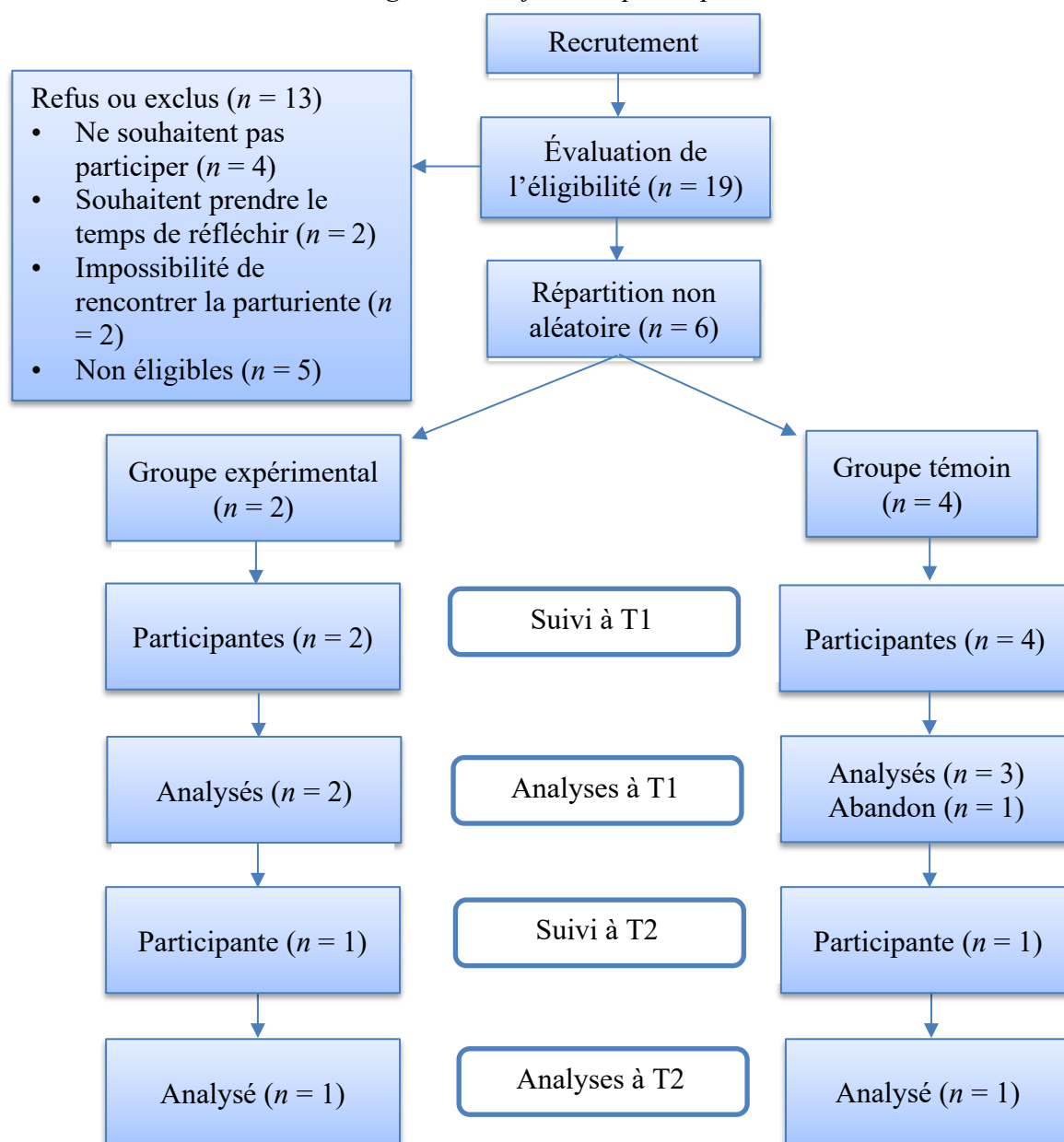
Échantillon, caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

Le flux de participation est décrit à la figure 3. La période de recrutement s'est déroulée du 16 mars 2022 au 5 mai 2023 et a permis de solliciter 19 participantes sur une unité des naissances dans un CISSS de la grande région montréalaise, 13 d'entre elles (68,4 %) ne souhaitaient pas participer ($n = 4$), voulaient prendre le temps de réfléchir ($n = 2$), n'étaient pas éligibles ($n = 5$) ou il fut impossible de rencontrer la parturiente ($n = 2$). Suite à l'évaluation de leur éligibilité selon les critères d'inclusion établis, 6 participantes ont accepté de participer à l'étude (31,6 %) et ont été réparties de manière non aléatoire dans deux groupes, l'un expérimental et l'autre, témoin. Cette répartition s'est effectuée selon la définition opérationnelle du « peau à peau ». Il avait été défini que le « peau à peau » serait considéré s'il avait été mis en place dans les 15 premières minutes de vie du nouveau-né, et ce pendant au moins une heure immédiatement après la naissance. Ainsi deux participantes sont concernées par la définition établie du « peau à

peau » et font partie du groupe expérimental, et quatre autres participantes n'ont pas bénéficié du « peau à peau » selon cette définition et intègrent le groupe témoin.

Figure 3

Diagramme de flux des participantes



Au sein de chacun des groupes, une participante a répondu aux questionnaires à T1 et T2. Rappelons que du premier avril 2021 au 31 mars 2022, cet établissement recensait 4108 naissances dont 962 par césarienne soit environ 23 %. Ensuite, du premier avril 2022 au 31 mars 2023, ce même établissement recensait 912 naissances par césarienne dont 470 dites « d'urgence » soit environ 52 %.

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Données	Groupe expérimental <i>n</i> = 2		Groupe témoin <i>n</i> = 4	
	n	%	n	%
Âge	Étendue 27-30 ans Médiane 28,5 ans		Étendue 26-37 ans Médiane 34,5 ans	
État civil				
<i>Conjointe de fait</i>	2	100	3	75
<i>Monoparentale</i>			1	25
Éducation				
<i>Collégial professionnel</i>			2	50
<i>Baccalauréat</i>	2	100	1	25
<i>Maîtrise</i>			1	25
Accouchez-vous pour la première fois				
<i>Oui</i>	2	100	4	100
Votre grossesse était une grossesse				
<i>Unique soit un seul enfant</i>	2	100	4	100
<i>Multiple soit deux enfants ou plus</i>				
Votre bébé est-il né à terme et en santé				
<i>Oui</i>	2	100	4	100

Tableau 3*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (suite)*

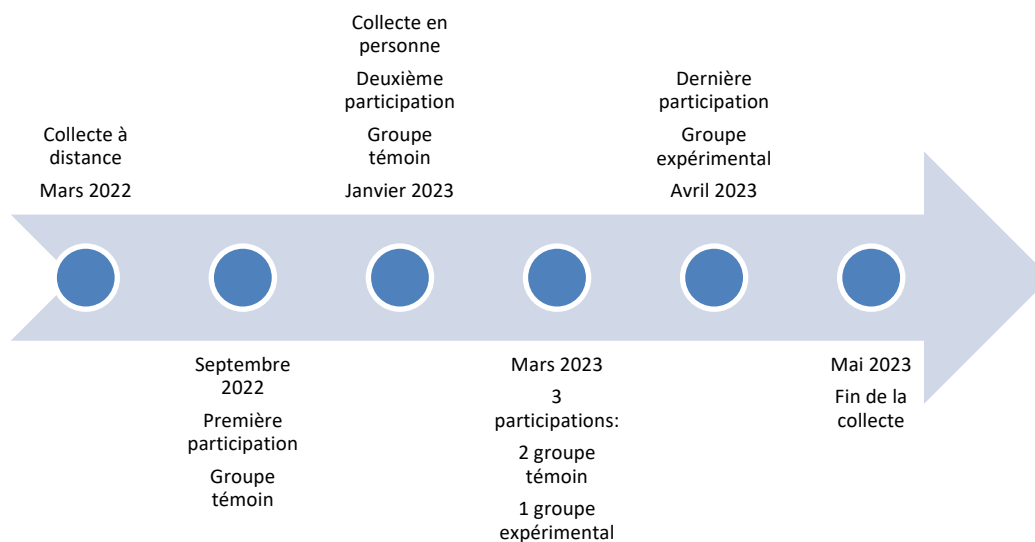
Données	Groupe expérimental <i>n</i> = 2		Groupe témoin <i>n</i> = 4	
	n	%	n	%
Connaissance du « peau à peau » avant la grossesse				
<i>Oui</i>	2	100	3	75
<i>Non</i>			1	25
Mise en place du « peau à peau » après la césarienne d'urgence				
<i>Oui</i>	2	100		
<i>Non</i>			4	100
Combien de temps après la césarienne le « peau à peau » a pu être mis en place				
<i>Instantanément</i>	2	100	2	50
<i>De 31 à 45 minutes</i>			1	25
<i>Plus d'une heure</i>			1	25
Pendant combien de temps après la naissance le « peau à peau » a pu être mis en place				
<i>Moins de 5 minutes</i>			2	50
<i>De 16 à 30 minutes</i>			1	25
<i>Plus d'une heure</i>	2	100	1	25
Antécédent de trouble de la santé mentale				
<i>Oui</i>			1	25
<i>Non</i>	2	100	3	75
Diagnostic				
Dépression - trouble alimentaire				
Trouble de la santé mentale contrôlé				
<i>Oui</i>		N/A	1	100
<i>Non</i>		N/A		

Par ailleurs, une des participantes déclare avoir été diagnostiquée pour une dépression avec trouble alimentaire cinq ans avant la collecte de données et contrôler son

état de santé depuis maintenant quatre ans. Il est important de mettre en évidence que 100 % ($n = 6$) des participantes ont pu mettre en place le « peau à peau » avec leur nouveau-né, 66,67 % ($n = 4$) d'entre elles ont pu initier la technique instantanément après la naissance, 50 % ($n = 3$) ont poursuivi la mise en place pendant moins de 31 minutes, dont 33,33 % ($n = 2$) de l'échantillon total, pendant moins de cinq minutes. Au sein du groupe expérimental, 100% ($n = 2$) des participantes ont mis en place le « peau à peau » avec leur nouveau-né instantanément après la naissance et pendant plus d'une heure. Dans le groupe contrôle, 50 % ($n = 2$) d'entre elles ont pu initier la technique instantanément après la naissance, 25 % ($n = 1$) ont pu l'initier de 31 à 45 minutes après la naissance et 25 % ($n = 1$) l'ont initié plus d'une heure après celle-ci. Les participantes de ce même groupe ont poursuivi la mise en place du « peau à peau » pendant moins de cinq minutes pour 50 % ($n = 2$) d'entre elles, 25 % ($n = 1$) l'ont poursuivi de 16 à 30 minutes après la naissance et 25 % ($n = 1$) l'ont poursuivi plus d'une heure après celle-ci.

Faisabilité de l'étude

En ce qui a trait à la faisabilité de l'étude, il est important de souligner que la collecte de données (Appendices K et L) s'est déroulée sur une période de quatorze mois (Figure 4).

Figure 4*Représentation temporelle de la collecte de donnée*

Des contraintes liées à la situation pandémique ont imposé des adaptations afin de réaliser la collecte de données. La première méthode a été effectuée pendant dix mois, sans contact de la part de l'étudiante-chercheuse tandis que la deuxième a été effectuée en personne par l'étudiante-chercheuse pendant quatre mois supplémentaires. Lors de la mise en place de la première méthode de collecte de données, l'étudiante-chercheuse a initié une séance d'information auprès des différents quarts de travail visant à renseigner tous les membres de l'équipe de soins sur le protocole de recherche avant l'implantation du FIC (Appendice H) par l'infirmière en charge de la patiente lors de la remise de son enveloppe de documents de départ. L'étudiante-chercheuse a dû s'appuyer sur l'aide des AIC de l'unité des naissances du CISSS pour l'assister dans le processus de collecte jusqu'à ce que les mesures restrictives liées à la pandémie soient levées.

Un roulement important dans l'équipe a été noté et, après plusieurs mois de collecte, l'étudiante-chercheuse a relevé que les FIC étaient remis dans les dossiers de départ par l'agente administrative de l'unité, quel que soit le type de césarienne, élective ou urgente. Au bout de six mois, seulement deux participantes avaient complété le premier questionnaire. L'un a été complété en ligne et le deuxième en format papier. Malgré un suivi régulier avec les membres de l'équipe, le taux de participation est resté faible motivant ainsi une demande de modification de méthode de collecte auprès du CÉR dès la diminution des contraintes liées à la pandémie. Ainsi, il n'a pas été possible de quantifier le nombre total de questionnaires distribués par l'unité des naissances lors de la première méthode de collecte.

Après les dix premiers mois de collecte, la deuxième approche, autorisée suite à la demande de révision auprès du CÉR de la collecte de données, a été effectuée en personne par l'étudiante-chercheuse. Ceci lui permettant une sollicitation des parturientes par elle-même et le recrutement de quatre participantes supplémentaires pour finalement clore le processus de collecte après 14 mois en accord avec son équipe de direction de mémoire. Soulignons que l'échéancier initial de collecte était de quatre mois et que le délai accordé pour compléter le mémoire était largement entamé malgré les prolongations accordées relativement à la situation pandémique.

Ensuite, l'utilisation du dossier de santé de la participante aurait permis à l'étudiante-chercheuse de documenter la variable d'allaitement et d'identifier les

différents critères de mise en place du « peau à peau » grâce aux outils de travail du personnel infirmier enseignant la mise en place de la technique. Toutefois, les limites rencontrées n'ont pas permis à l'étudiante-chercheuse d'accéder aux dossiers des participantes car celle-ci ne pouvait se déplacer sur l'unité et l'anonymat de la participation ne lui permettait pas de lier le dossier de la participante ultérieurement à la complétion du questionnaire avec les réponses fournies. Il a d'ailleurs été mentionné qu'un taux de roulement du personnel était présent et que le contexte pandémique était peu favorable à des conditions de recrutement optimales.

Rappelons que cette étude est une étude de faisabilité de type quantitatif à devis quasi expérimental avec groupe témoin non équivalent, aussi nommée étude de faisabilité. Différents critères avaient été établis par l'étudiante-chercheuse afin de valider la faisabilité de l'étude, notamment le taux d'acceptation et d'abandon. Il n'a pas été possible de quantifier le nombre total de questionnaires distribués par l'unité des naissances lors de la première méthode de collecte. Il est donc difficile de pouvoir évaluer le taux d'acceptation et d'abandon au cours de la première méthode de collecte. Toutefois, considérant l'information obtenue par l'étudiante-chercheuse elle-même lors de la deuxième méthode de collecte, il peut être considéré que le taux d'acceptation fut de près de 32 % ($n = 6$). De plus, 100 % ($n = 6$) des participantes ont complété le premier questionnaire et 33,33 % ($n = 2$) des participantes ont complété le deuxième. Soulignons qu'une participante n'a pas complété le questionnaire au T1 dans sa totalité, mais que ses réponses ont été analysées et que le taux d'abandon au T2 s'élève à 66,67 %. Dans le cadre de ce projet, l'étudiante-chercheuse a fait le choix d'attribuer une valeur nulle à la donnée

manquante et de le considérer dans le chapitre de discussion, car il lui était impossible d'évaluer si la participante avait délibérément fait le choix de ne pas répondre ou si le questionnaire avait été oublié par celle-ci en cours de complétion.

De surcroît, le délai prévu avant de répondre au T2 était d'un mois après la naissance or, les participantes ont répondu à quatre et huit mois après la naissance. L'étudiante-chercheuse avait fait le choix de garder l'anonymat total pour les participantes tel qu'autorisé par le CÉR entraînant ainsi l'impossibilité d'effectuer une relance pour la complétion du deuxième questionnaire au T2, un mois après la naissance.

En dernier lieu, il est important de noter que la totalité des participantes ($n = 6$) à la recherche a eu la possibilité de mettre en place le « peau à peau ».

Les effets de l'intervention

Cette section décrit les effets de la mise en place du « peau à peau » sur la DP et le BEP des mères primipares en postpartum suivant la naissance par césarienne d'urgence. Elle débute par la présentation des statistiques descriptives des échelles soit l'ÉMMDP et l'ÉMMBEP aux différents temps de l'étude, puis est suivie par la présentation des résultats des tests statistiques effectués pour la vérification des hypothèses.

Description des scores de la détresse psychologique au T1

Les moyennes des scores obtenus par les participantes des groupes expérimental et témoin au T1 pour chaque attribut de cette échelle sont présentées au tableau 4. Les tableaux 16 à 19 présentés en appendice L décrivent les résultats obtenus pour chaque question par attributs de l'ÉMMDP et les tableaux 20 à 23 présentés en appendice L décrivent les distributions de fréquences des réponses des participantes pour les différents énoncés de l'ÉMMDP au T1 de l'étude.

Il est à noter que le score moyen de la variable de DP se situe à 0,15 avec un écart type de $\pm 0,17$ pour le groupe expérimental ($n = 2, 33,33 \%$) alors que le score moyen des participantes se situe à 0,3 avec un écart type de $\pm 0,57$ pour le groupe témoin ($n = 4, 66,67 \%$), il est donc faible.

Tableau 4*Statistiques descriptives des scores de la détresse psychologique au T1 (n = 6)*

Attributs	Groupe expérimental (n = 2)		Groupe témoin (n = 4)	
	M	ÉT	M	ÉT
	<i>M</i> = 0,17 ; <i>ÉT</i> = 0,17		<i>M</i> = 0,3 ; <i>ÉT</i> = 0,57	
Auto-dévalorisation au T1	0,07	0,26	0,25	0,7
Irritabilité/agressivité au T1	0	0	0,1	0,3
Anxiété/dépression au T1	0,3	0,48	0,75	1,02 ^a
Désengagement social au T1	0,25	0,65	0,17	0,48

Note. ^a forte dispersion des résultats.

Auto-dévalorisation. Pour le groupe expérimental ($n = 2$) tout comme le groupe témoin ($n = 4$), la majorité des participantes ($n = 1$, 50 % pour le groupe expérimental et $n = 3$, 75 % pour le groupe témoin) rapportent n'avoir jamais ressenti d'auto-dévalorisation. Dans le groupe expérimental, une participante rapporte avoir rarement eu tendance à s'isoler, se couper du monde alors que dans le groupe témoin, une participante rapporte s'être dévalorisée, diminuée la moitié du temps, avoir fréquemment manqué de confiance en soi et avoir rarement eu le sentiment d'être inutile (Tableau 16, Appendice L). On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,07$ ($ÉT \pm 0,26$) et celle du groupe témoin est de $M = 0,25$ ($ÉT \pm 0,70$), donc faibles pour l'attribut d'auto-dévalorisation évalué par les participantes au T1 (Tableau 20, Appendice L).

Irritabilité/agressivité. Concernant l'attribut d'irritabilité/agressivité évalué par les participantes au T1, la totalité des participantes rapportent n'avoir jamais ressenti d'irritabilité/agressivité dans le groupe expérimental ($n = 2$) alors que, dans le groupe témoin, la majorité des participantes ($n = 3$; 75 %) rapportent n'avoir jamais ressenti d'irritabilité/agressivité (Tableaux 21, Appendice L). Au sein de ce dernier, une participante rapporte avoir rarement perdu patience et une autre rapporte avoir rarement été facilement irritable, réagis plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on lui faisait (Tableaux 17, Appendice L). On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0$ et que celle du groupe témoin est de $M = 0,1$ ($ÉT \pm 0,3$), donc faibles pour l'attribut irritabilité/agressivité au T1 (Tableaux 21, Appendice L).

Anxiété/dépression. Dans le groupe expérimental ($n = 2$), une des répondantes a rapporté n'avoir jamais ressenti d'anxiété/dépression alors que la deuxième a majoritairement rapporté, pour l'ensemble des énoncés, avoir rarement ressenti d'anxiété/dépression (Tableaux 18, Appendice L). Une forte dispersion des résultats est à noter pour le groupe témoin. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,3$ ($ÉT \pm 0,48$) et que celle du groupe témoin est de $M = 0,75$ ($ÉT \pm 1,02$), donc faibles pour l'attribut d'anxiété/dépression évalué par les participantes au T1 (Tableaux 22, Appendice L).

Désengagement social. Pour ce dernier attribut de l'ÉMMDP évalué par les participantes au T1, les participantes rapportent majoritairement, pour l'ensemble des

énoncés ($n = 1$, 50 % pour le groupe expérimental et $n = 2$, 50 % pour le groupe témoin), n'avoir jamais ressenti de désengagement social (Tableau 23, Appendice L). Dans le groupe expérimental, une participante rapporte avoir rarement manqué d'initiative en général, été moins fonceuse ou n'avoir plus eu le goût de faire quoi que ce soit et eu la moitié du temps des difficultés à se concentrer sur quoi que ce soit. Alors que dans le groupe témoin, une participante rapporte avoir eu la moitié du temps des difficultés à se concentrer sur quoi que ce soit (Tableau 19, Appendice L). Toutefois, les valeurs statistiques de cet attribut peuvent être impactées par les données manquantes au sein du groupe témoin puisqu'une participante n'a répondu qu'à une des six questions de cet attribut. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,25$ ($ÉT \pm 0,65$) et que celle du groupe témoin est de $M = 0,17$ ($ÉT \pm 0,48$), donc faibles pour l'attribut de désengagement social au T1 (Tableau 23, Appendice L).

Description des scores de la détresse psychologique au T2

Les moyennes des scores obtenus par les participantes des groupes expérimental et témoin au T2 de l'étude pour chaque attribut de l'ÉMMDP sont présentées au tableau 5. Les tableaux 24 à 27 présentés en appendice L décrivent les distributions de fréquences des réponses des participantes pour les différents énoncés de l'ÉMMDP au T2 de l'étude.

Il est à noter que le score moyen de la variable de DP se situe à 0,70 avec un écart type de $\pm 0,62$ pour le groupe expérimental ($n = 1$) alors que le score moyen des

participantes se situe à 1,70 avec un écart type de $\pm 0,99$ pour le groupe témoin ($n = 1$), donc faibles.

Tableau 5

Statistiques descriptives des scores de DP pour les participantes ayant complété les questionnaires au T1 et T2 ($n = 2$)

Attributs	Groupe expérimental ($n = 1$)		Groupe témoin ($n = 1$)	
	T1	T2	T1	T2
	$M = 0,7 ; \acute{E}T = 0,62$		$M = 1,7 ; \acute{E}T = 0,99$	
	$M (\acute{E}T)$	$M (\acute{E}T)$	$M (\acute{E}T)$	$M (\acute{E}T)$
Auto-dévalorisation	0 (± 0)	0,3 ($\pm 0,49$)	0,86 ($\pm 1,21^a$)	1,57 ($\pm 1,09^a$)
Irritabilité/agressivité	0 (± 0)	0,8 ($\pm 0,84$)	0,20 ($\pm 0,45$)	1 ($\pm 1,41^a$)
Anxiété/dépression	0 (± 0)	1,2 ($\pm 0,84$)	2,20 ($\pm 2^b$)	2,60 ($\pm 0,56$)
Désengagement social	0 (± 0)	0,7 ($\pm 0,52$)	0,50 ($\pm 0,84$)	1,67 ($\pm 1,05^a$)

Note. ^a forte dispersion des résultats.

^b importante dispersion des résultats.

Auto-dévalorisation. La participante du groupe expérimental rapporte pour près de 75 % de ses réponses n'avoir jamais ressenti de l'auto-dévalorisation (Tableau 24, Appendice L). Celle-ci rapporte avoir rarement eu l'impression d'avoir gâché sa vie, eu tendance à s'isoler, se couper du monde. Alors que la participante du groupe témoin

rapporte pour plus de 40 % de ses réponses avoir fréquemment ressenti de l'auto-dévalorisation. Cette dernière rapporte avoir fréquemment eu tendance à s'isoler, se couper du monde, s'être dévalorisée, diminuée, avoir manqué de confiance en soi et avoir eu le sentiment d'être inutile ou encore de la difficulté à faire face à ses problèmes la moitié du temps. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,3$ ($ÉT \pm 0,49$), donc faible, et celle du groupe témoin est de $M = 1,57$ ($ÉT \pm 1,09$), donc moyenne, pour l'attribut d'auto-dévalorisation évalué par les participantes au T2 (Tableau 24, Appendice L). Toutefois, une forte dispersion des résultats est à noter pour le groupe témoin.

Irritabilité/agressivité. Concernant l'attribut d'irritabilité/agressivité évalué par les participantes au T2 (Tableau 25, Appendice L), la participante du groupe expérimental rapporte avoir rarement ressenti de l'irritabilité/agressivité pour 40 % de ses réponses et n'en avoir jamais ressenti pour 40 % de ses réponses également. Elle a rapporté avoir été arrogante et même « bête » avec le monde la moitié du temps. La participante du groupe témoin, quant à elle, rapporte avoir rarement ressenti de l'irritabilité/agressivité pour 60 % de ses réponses, avoir fréquemment été facilement irritable, réagi plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on lui faisait et avoir perdu patience la moitié du temps. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,8$ ($ÉT \pm 0,84$) et que celle du groupe témoin est de $M = 1$ ($ÉT \pm 1,41$) (Tableau 25, Appendice L), donc faible. Toutefois, une forte dispersion des résultats est à noter pour le groupe témoin.

Anxiété/dépression. La participante du groupe expérimental rapporte avoir rarement ressenti de l'anxiété/dépression pour 40 % de ses réponses et la moitié du temps pour 40 % de celles-ci (Tableau 26, Appendice L). Elle rapporte s'être sentie triste, stressée, sous pression la moitié du temps et ne s'être jamais sentie mal dans sa peau. Alors que la participante du groupe témoin a rapporté avoir ressenti de l'anxiété/dépression la moitié du temps pour 60 % de ses réponses. Cette dernière rapporte s'être fréquemment sentie triste, stressée, sous pression et s'être presque toujours senti mal dans sa peau. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 1,2$ ($ÉT \pm 0,84$), donc moyenne, et que celle du groupe témoin est de $M = 2,6$ ($ÉT \pm 0,56$), donc élevée, pour l'attribut d'anxiété/dépression évalué par les participantes au T2 (Tableau 26, Appendice L).

Désengagement social. Pour ce dernier attribut de l'ÉMMDP évalué par les participantes au T2, la participante du groupe expérimental rapporte pour 70 % de ses réponses avoir rarement ressenti du désengagement social (Tableau 27, Appendice L). Celle-ci rapporte n'avoir jamais eu envie de tout lâcher, de tout abandonner, avoir manqué d'initiative en général, avoir été moins fonceuse. Alors que la participante du groupe témoin rapporte pour 50 % de ses réponses avoir ressenti la moitié du temps du désengagement social. Cette dernière rapporte n'avoir jamais eu envie de tout lâcher, de tout abandonner, s'être rarement sentie désintéressée par les choses qui habituellement l'intéressent et avoir fréquemment eu de la difficulté à se concentrer sur quoi que ce soit. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 0,7$ ($ÉT \pm 0,52$),

donc faible, et que celle du groupe témoin est de $M = 1,67$ ($ÉT \pm 1,05$), donc moyenne, pour l'attribut de désengagement social au T2 (Tableau 27, Appendice L). Encore là, une forte dispersion des résultats est à noter pour le groupe témoin.

Par ailleurs, étant donné la faible taille d'échantillon, notamment au T2 de l'étude, et la présence de données manquantes, aucune comparaison statistique n'a été effectuée entre les scores moyens obtenus au T1 et au T2 à l'intérieur de chacun des groupes, expérimental et témoin, pour la DP.

Description des scores du bien-être psychologique au T2

Les tableaux 28 à 33 présentés en appendice L décrivent les distributions de fréquences des réponses des participantes pour les différents énoncés de l'ÉMMDP au T2 de l'étude.

Les moyennes des scores obtenus par la participante du groupe expérimental et du groupe témoin au T2 de l'étude pour chaque attribut de l'ÉMMBEP sont présentées au tableau 6. Il est à noter que le score moyen de la variable de BEP se situe à 1,88 avec un écart type de $\pm 1,15$ pour le groupe expérimental ($n = 1, 50\%$) alors que le score moyen des participantes se situe à 1,44 avec un écart type de $\pm 1,62$ pour le groupe témoin ($n = 1, 50\%$), donc moyens.

Tableau 6*Statistiques descriptives des scores du BEP au T2 (n = 2)*

	Groupe expérimental (n = 1)	Groupe témoin (n = 1)
	M = 1,88 ; ÉT = 1,15	M = 1,44 ; ÉT = 1,62
Attributs	M (ÉT)	M (ÉT)
Estime de soi	3,25 (±0,74)	1,75 (±0,94)
Équilibre	2 (±1,41 ^a)	1,5 (±0,58)
Engagement social	1,25 (±0,5)	0,75 (±0,5)
Sociabilité	1,5 (±0,96)	2 (±0,82)
Contrôle de soi	2,25 (±0,5)	2 (±0)
Bonheur	1,25 (±0,45)	0,8 (±0,45)

Note. ^a forte dispersion des résultats.

Estime de soi. Pour le premier attribut du BEP évalué, la participante du groupe expérimental rapporte avoir ressenti presque toujours de l'estime de soi pour 50 % de ses réponses (Tableau 28, Appendice L). Elle rapporte s'être fréquemment sentie en confiance et s'être sentie aimée et appréciée la moitié du temps. Alors que la participante du groupe témoin rapporte avoir rarement ressenti de l'estime de soi pour 50 % de ses réponses. Elle rapporte s'être sentie utile la moitié du temps et s'être fréquemment sentie aimée et appréciée. Toutefois, l'écart type énonce une importante dispersion des scores obtenus

pour les deux groupes. La moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 3,25$ ($ÉT \pm 0,74$), donc élevé, et celle de groupe témoin est de $M = 1,75$ ($ÉT \pm 0,94$), donc moyen, pour l'estime de soi (Tableau 28, Appendice L).

Équilibre. La participante du groupe expérimental rapporte pour 50 % de ses réponses avoir fréquemment ressenti un équilibre (Tableau 29, Appendice L). Elle rapporte également n'avoir jamais eu une vie bien équilibrée entre ses activités professionnelles, familiales et professionnelles et s'être sentie équilibrée émotionnellement la moitié du temps. Alors que la participante du groupe témoin rapporte pour 50 % de ses réponses avoir soit rarement soit la moitié du temps ressenti un équilibre. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 2,00$ ($ÉT \pm 1,41$) et que celle du groupe témoin est de $M = 1,5$ ($ÉT \pm 0,58$) pour l'attribut d'équilibre évalué par les participantes, donc moyens (Tableau 29, Appendice L). Encore là, l'écart type obtenu pour le groupe expérimental énonce une forte dispersion des scores.

Engagement social. Le troisième attribut évalué par les participantes, quant à lui, laisse observer que la participante du groupe expérimental rapporte avoir rarement ressenti un engagement social pour 75 % de ses réponses tout comme la participante du groupe témoin (Tableau 30, Appendice L). À la question « j'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés », la participante du groupe expérimental a répondu « la moitié du temps » et celle du groupe témoin a répondu « jamais ». La moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 1,25$ ($ÉT \pm 0,5$), donc

moyen, et que celle du groupe témoin est de $M = 0,75$ ($ÉT \pm 0,5$), donc faible, pour l'engagement social (Tableau 30, Appendice L).

Sociabilité. Pour cet attribut, la participante du groupe expérimental a fait des choix de réponses différents pour l'ensemble des questions de l'attribut de sociabilité alors que celle du groupe témoin a répondu pour 50 % de ses réponses avoir rarement ressenti de la sociabilité (Tableau 31, Appendice L). On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 1,5$ ($ÉT \pm 0,96$) et que celle du groupe témoin est de $M = 2$ ($ÉT \pm 0,82$), donc moyens (Tableau 31, Appendice L). L'écart type du groupe expérimental énonce une importante dispersion des scores obtenus pouvant perturber l'estimation des résultats.

Contrôle de soi. La participante du groupe témoin rapporte pour la totalité de ses réponses avoir eu la moitié du temps un contrôle d'elle-même alors que celle du groupe expérimental rapporte pour 75 % de ses réponses avoir eu la moitié du temps un contrôle d'elle-même (Tableau 32, Appendice L). Cette dernière rapporte avoir pu fréquemment faire la part des choses, lorsque confrontée à des situations complexes. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 2,25$ ($ÉT \pm 0,5$) et que celle du groupe témoin est de $M = 2$ ($ÉT \pm 0$) pour le contrôle de soi évalué par les participantes, donc moyens (Tableau 32, Appendice L).

Bonheur. Pour le dernier attribut évalué par les participantes, celle du groupe expérimental rapporte avoir rarement ressenti du bonheur pour 80 % de ses réponses tout comme la participante du groupe témoin (Tableau 33, Appendice L). La participante du groupe expérimental a répondu avoir eu un bon moral la moitié du temps et celle du groupe témoin a répondu ne s'être jamais sentie bien dans sa peau, en paix avec elle-même. On observe que la moyenne du score du groupe expérimental est de $M = 1,2$ ($ÉT \pm 0,45$) et que celle du groupe témoin est de $M = 0,8$ ($ÉT \pm 0,45$), donc faibles (Tableau 33, Appendice L).

Les différents résultats obtenus lors des deux temps de collecte, T1 et T2, pour les deux types d'échelles, ÉMMDP et ÉMMBEP, ayant été décrits, la prochaine et dernière partie de ce chapitre porte sur la vérification des hypothèses de recherche.

Vérification des hypothèses

Les hypothèses établies étaient 1) le niveau de DP de la mère primipare qui a mis en place le « peau à peau » est moindre que le niveau de DP de la mère primipare qui n'a pas mis en place le « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence un mois après la naissance et 2) le niveau de BEP de la mère primipare qui a mis en place le « peau à peau » est plus élevé que le niveau de BEP de la mère primipare qui n'a pas mis en place le « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence un mois après la naissance. N'ayant pas obtenu un ensemble de participations suffisantes afin de constituer un groupe témoin et un groupe expérimental de taille significative, les résultats obtenus ne

permettent pas de confirmer la normalité de la distribution grâce au test de Kolmogorov-Smirnov.

Toutefois, dans le but de permettre une discussion plus étayée et de démontrer sa capacité à répondre à un processus de recherche complet, l'étudiante-chercheuse a fait le choix d'effectuer un test non paramétrique Mann-Whitney pour vérifier les deux hypothèses. L'échantillon étant de petite taille, ce test a été privilégié plutôt que le test de t de Student (Laflamme & Zhou, 2020). Sachant que les échantillons de chaque groupe étaient faibles, $n = 4$ pour le groupe témoin et $n = 2$ pour le groupe expérimental, le niveau de signification dans une logique exacte⁹ fut retenu (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020).

La détresse psychologique.

Les résultats du test de Mann-Whitney effectué pour vérifier l'effet de la mise en place du « peau à peau » sur la DP aux T1 et T2 de l'étude révèlent que la statistique de test U était de $U = 3,5$ avec un niveau de signification de $p = 0,933$ au T1 et de $U = 0$ avec un niveau de signification de $p = 1$ au T2 (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020). Pour les deux moments de collecte, le résultat obtenu est supérieur au seuil de signification fixé de 5 % ($p < 0,05$).

⁹ La signification dans une logique exacte indique que les tests sont effectués sans approximation. Cette évaluation est importante lorsque les tailles d'échantillons sont petites ou que la distribution n'est pas normale.

Par conséquent, le test non paramétrique a permis d'accepter l'hypothèse nulle selon laquelle la mise en place du « peau à peau » n'avait pas d'effet sur la DP de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence à 72 heures et à au moins un mois après la naissance par rapport au groupe témoin qui n'a pas mis en place le « peau à peau ». Toutefois, il est important d'observer la statistique de test U obtenue. Cette valeur dépend de la taille des échantillons et des rangs des observations, plus la valeur de U est petite plus le risque que les échantillons diffèrent de manière significative est grand (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020). Or, la statistique de test U est de 3,5 au T1 et de 0 au T2 pour la DP. Les résultats de ce test doivent donc être interprétés avec prudence.

Le bien-être psychologique.

Les résultats du test de Mann-Whitney effectué pour vérifier l'effet de la mise en place du « peau à peau » sur le BEP révèlent que la statistique de test U était de $U = 0$ avec un niveau de signification de $p = 1$ (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020). Le résultat obtenu est supérieur au seuil de signification fixé de 5 % ($p < 0,05$). Par conséquent, le test non paramétrique a permis d'accepter l'hypothèse nulle selon laquelle la mise en place du « peau à peau » n'avait pas d'effet sur le BEP de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence à un mois suivant la naissance. Toutefois, il est important d'observer que la statistique de test U obtenue est de 0 pour le BEP. Les résultats de ce test doivent également être interprétés avec prudence en raison de la taille de l'échantillon.

En résumé, les tests statistiques effectués ont permis de rejeter les deux hypothèses de recherche selon lesquelles la mise en place du « peau à peau » avait un effet sur la DP et le BEP de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence à 72 heures et à au moins un mois suivant la naissance, bien que le test de normalité n'ait pu être effectué. Le contexte de la recherche et les résultats obtenus permettent de soulever des sujets de discussion riches afin de réfléchir plus en profondeur sur le sujet.

Discussion

Cette recherche avait pour but de valider la faisabilité de l'étude et d'explorer chez les mères primipares l'effet du « peau à peau » à la suite d'une césarienne d'urgence sur a) le BEP et b) la DP en période postpartum. Au cours de ce chapitre, les résultats obtenus seront discutés. Les aspects novateurs et les limites de l'étude puis une ouverture sur des recommandations suivront.

Faisabilité de l'étude

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'objectif principal était de valider la faisabilité de l'étude par l'évaluation du taux d'acceptation et d'abandon à participer. Les résultats obtenus ont permis d'identifier de nombreux obstacles à la faisabilité de l'étude tels que la taille de l'échantillon, le taux d'acceptation et d'abandon et enfin, les difficultés rencontrées pendant la collecte de données.

Taille d'échantillon, taux d'abandon et représentativité

Le nombre de césariennes d'urgence effectuées au sein du CISSS sur la période de recherche s'élève à 470 (primipares et multipares confondues). Seulement 1,27 % ($n = 6$) des mères accouchant par césarienne d'urgence ont participé. Compte tenu du volume de césariennes d'urgence effectuées au sein du CISSS, il peut être considéré que le taux de refus de participation à la recherche est haut. Toutefois, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la proportion totale des mères primipares qui auraient pu se qualifier aux critères

de recherche. Le contexte pandémique avait imposé à l'étudiante-chercheuse l'interdiction de se présenter elle-même au bloc opératoire afin de recruter les participantes au plus proche du moment de la naissance et ainsi d'évaluer en direct la mise en place du « peau à peau ». Une telle méthode de recrutement aurait permis de quantifier le taux réel de refus de participation compte tenu des critères de sélection à la recherche.

Au cours du processus de collecte de données, 19 participantes ont pu être approchées, 69 % ($n = 13$) ont refusé de participer ou ont été exclues du processus puisqu'elles ne répondaient pas aux critères de sélection. Finalement, 31 % des participantes ($n = 6$) ont été retenues afin de représenter un groupe témoin ($n = 4$) et un groupe expérimental ($n = 2$) et une participante du groupe témoin a abandonné le processus au milieu de T1. Ensuite, seulement deux participantes ont poursuivi le processus de collecte pour le deuxième questionnaire entraînant un taux d'abandon de 66,67 % au T2. En dépit des explications apportées sur les instruments de mesure et le temps nécessaire pour leur complétion dans le formulaire d'informations et de consentement (Appendice H), le taux de participation est faible et le taux d'abandon est élevé. Il peut être envisagé que les instruments choisis aient pu influencer les parturientes à participer, poursuivre le processus de collecte en cours de complétion de chaque instrument voire aller jusqu'au bout du processus soit T2.

Tel que détaillé, le délai prévu avant de répondre au T2 était d'un mois après la naissance et que les participantes ont répondu à quatre et huit mois après la naissance.

Comme le soulignent Polit et Beck (2022), le risque d'abandon est particulièrement grand lorsque le temps entre deux points de collecte de données est long. De surcroît, l'étudiante-chercheuse avait fait le choix de garder l'anonymat total pour les participantes tel qu'autorisé par le CÉR. Il s'avère que la confidentialité des réponses aurait pu être suffisante et l'enregistrement d'un moyen de contact aurait permis à l'étudiante-chercheuse de faire une relance de courtoisie auprès des participantes. Il peut donc être envisagé pour chacun de ces deux éléments que, dans un nouveau contexte de vie, les participantes aient pu oublier de répondre à la deuxième partie de la collecte au lieu d'abandonner le processus.

Rappelons qu'au sein du groupe expérimental, 100% ($n = 2$) des participantes ont mis en place le « peau à peau » avec leur nouveau-né instantanément après la naissance et pendant plus d'une heure. Dans le groupe contrôle, 50 % ($n = 2$) d'entre elles ont pu initier la technique instantanément après la naissance, 25 % ($n = 1$) ont pu l'initier de 31 à 45 minutes après la naissance et 25 % ($n = 1$) l'ont initié plus d'une heure après celle-ci. Les participantes de ce même groupe ont poursuivi la mise en place du « peau à peau » pendant moins de cinq minutes pour 50 % ($n = 2$) d'entre elles, 25 % ($n = 1$) l'ont poursuivi de 16 à 30 minutes après la naissance et 25 % ($n = 1$) l'ont poursuivi plus d'une heure après celle-ci. La recommandation de l'OMS et l'ASPC étant d'au moins une heure de mise en place du « peau à peau » immédiatement après la naissance (Gouvernement du Canada, 2019), seules les participantes du groupe expérimental ($n = 2$) respectent les recommandations. Toutefois, notons que 100 % ($n = 6$) des participantes ont pu mettre en

place le « peau à peau », quels que soient les critères de mise en place. Ceci démontre l'implication de l'établissement de santé à instaurer cette technique auprès des parturientes et de leur nouveau-né en appliquant une des premières directives des recommandations de l'OMS et du Gouvernement du Québec (2021) pour un soutien immédiat pour établir et initier l'allaitement (Appendice C) et le premier conseil de l'Agence de la santé publique du Canada pour réussir l'allaitement maternel (Agence de la santé publique du Canada, 2021).

Par ailleurs, la fidélité de l'intervention ne put être observée par l'étudiante-chercheuse. Ne pouvant être présente lors de la naissance ou au plus proche de celle-ci, l'observation directe de l'intervention et de son application ne pouvait être effectuée en personne. Toutefois, l'étudiante-chercheuse souhaitait avoir accès au dossier de santé de la participante afin de contrôler la qualité d'implantation. Le contexte de pandémie n'a pas permis cette étape empêchant ainsi toute vérification et analyse de rapports de mise en place du « peau à peau » par les personnes impliquées dans l'implantation de l'intervention. De plus, la formation et les connaissances des intervenants quant à la technique de « peau à peau » ont été considérées adéquates. Il pourrait être suggéré pour une étude à plus grande échelle de les évaluer par observation et/ou liste de vérification.

Afin d'obtenir un échantillon de taille suffisante, après une durée initialement prévue de quatre mois de collecte, il avait été envisagé de prolonger le temps alloué à la collecte de données. L'étudiante-chercheuse devait se fixer une limite de temps même si

elle n'atteignait pas son objectif d'échantillon et proposer des analyses de résultats en conséquence afin de respecter les délais alloués à son programme, et ce en ayant bénéficié de deux extensions d'étude en raison du contexte pandémique.

Aussi, après avoir essuyé quelques refus ($n = 4$, 21 % des parturientes approchées), l'étudiante-chercheuse a demandé à l'équipe de l'unité des naissances de fournir le FIC à la candidate potentielle avant son arrivée et de demander à la participante d'en faire une lecture préliminaire. Le nombre de participations obtenues ultérieurement à cette démarche ne permet pas d'en évaluer l'efficacité, car il n'a été possible de recruter que trois participantes selon cette méthode. Malgré l'extension du délai de collecte, un échantillon de petite taille ($n = 6$) fut retenu.

Il est important de rappeler qu'un échantillon de 10 répondantes par groupe aurait pu être suffisant et que la présente étude visait à évaluer la faisabilité du projet dans le but de permettre la réalisation d'une étude plus vaste (Fortin & Gagnon, 2022 ; Hertzog, 2008). Cependant, afin de limiter les erreurs types d'une proportion, un plus grand échantillon permettrait d'augmenter la précision des valeurs plus extrêmes (Hertzog, 2008). Toutefois, le présent travail de recherche n'a pas pu permettre de recruter suffisamment de participants sur la période allouée finale de 14 mois pour la collecte des données dans un seul établissement de santé.

Ensuite, rappelons que les participantes étaient réparties à parts égales, soit 33,33 %, selon trois groupes d'âge : 25 à 29 ans ($n = 2$), 30 à 34 ans ($n = 2$) et 35 à 39 ans ($n = 2$). Or, les statistiques québécoises rapportent qu'en 2021, l'âge des mères ayant donné naissance (tout type confondu) dans la même région à l'étude était de 23,9 % pour les 25 à 29 ans, 39,97 % pour les 30 à 34 ans et de 24,39 % pour les 35 à 39 ans (Gouvernement du Québec, 2023a). La proportion des participantes ayant un diplôme collégial est de 16,67 % chez les mères de 25 à 29 ans ($n = 1$) et chez les mères de 35 à 39 ans ($n = 1$) alors qu'elle est de 7,62 % chez les mères de 25 à 29 ans et de 10,74 % chez les mères de 35 à 39 ans ayant donné naissance (tout type confondu) dans la même région à l'étude. Enfin, la proportion des participantes ayant un diplôme universitaire est de 16,67 % ($n = 1$) pour les 25 à 29 ans, de 33,33 % ($n = 2$) pour les 30 à 34 ans et de 16,67 % ($n = 1$) pour les 35 à 39 ans alors qu'elle est de 10,74 % chez les mères de 25 à 29 ans, de 19,14 % chez les mères de 30 à 34 ans et de 10,15 % chez les mères de 35 à 39 ans (Gouvernement du Québec, 2023b). L'échantillon obtenu lors de la présente étude ne semble pas représentatif des proportions d'échantillons de participations québécoises comparables pour des mêmes catégories. Toutefois, il est important de noter que les données obtenues par l'Institut de la statistique du Québec ne permettent pas de différencier le type de naissances (voie basse, césarienne élective, césarienne d'urgence).

La taille de l'échantillon et l'absence de statistiques précises pour la variable à l'étude, c'est à dire la césarienne d'urgence, viennent nuire à la représentativité de l'échantillon et à la généralisation des résultats car il est impossible de refléter fidèlement

la population dont l'échantillon est extrait et d'extrapoler les résultats obtenus à la population globale.

Difficultés rencontrées lors de la collecte de données

L'impossibilité d'entrer en contact direct lors de la première méthode de recrutement a entraîné l'équipe de recherche à désigner l'AIC de chaque quart horaire au sein de l'unité des naissances comme la seule personne responsable de s'assurer que la parturiente réponde aux critères de sélection établis par l'étudiante-chercheuse et de lui proposer le FIC. Le respect des critères de sélection des participantes était vérifié par le questionnaire sociodémographique. Lors des prises de contact quotidiennes entre l'étudiante-chercheuse et l'unité des naissances dans le but de déterminer si une parturiente présente sur l'unité correspondait aux critères de recherche, il a été relevé que certains critères d'inclusion et d'exclusion n'étaient pas compris et que les FIC étaient remis depuis plusieurs mois dans les dossiers de départ par l'agente administrative de l'unité ce qui risque d'avoir impacté le recrutement des participantes. C'est également elle qui annonçait la présence de candidates potentielles ou non sur l'unité lors des appels de l'étudiante-chercheuse si l'AIC était indisponible. Il peut être envisagé que des candidates potentielles d'un point de vue clinique n'auraient pas été considérées pour le projet. De plus, un roulement important dans l'équipe avait été noté. Dans le cadre de cette étude, l'étudiante-chercheuse avait mis en place une formation une semaine avant le déploiement et avait offert à plusieurs reprises de la renouveler. Il n'a pas été possible d'effectuer de

mise à jour de formation étant donné les difficultés rencontrées au niveau du roulement des effectifs sur l'unité.

Dans un contexte pandémique où seuls les contacts téléphoniques permettaient à l'étudiante-chercheuse d'avoir un suivi sur le recrutement, l'implication d'une seule personne dans la sélection des candidates pour former l'échantillon aurait probablement permis d'apporter une unicité dans la méthode d'échantillonnage compte tenu du roulement important de ressources. Par ailleurs, tel que suggéré par de nombreux auteurs, il peut-être envisagé que la pénurie de personnel entrave la capacité de recruter, qu'il n'y ait pas assez de participantes disponibles pour le recrutement ou encore que les critères de sélection soient trop élevés au point de créer une exclusion par inadvertance (Bayer et al., 2019 ; Stensland et al., 2014 ; Relias Media, 2023). Ces éléments ont un impact majeur sur la taille et la représentativité de l'échantillon.

Une candidate potentielle à la recherche n'a pas pu être sollicitée car l'équipe en charge de la patiente à l'unité des naissances jugeait la parturiente incapable de prendre une décision quant à sa participation compte tenu du fait qu'elle avait été en induction de travail pendant 72 h. Deux jours après la naissance, il n'était toujours pas possible de rencontrer la parturiente qui a finalement quitté l'unité sans être approchée. Ensuite, une autre candidate n'a pas pu être sollicitée, car celle-ci et son nouveau-né étaient tous deux positifs à la Covid-19 et puisque la direction de la protection de la jeunesse était incluse

au dossier. Ces décisions ont ainsi limité l'accès à un échantillon qui aurait pu être plus étayé dans le but d'évaluer l'effet du « peau à peau » sur la DP et le BEP.

Effet du « peau à peau » sur la DP et le BEP

Cette deuxième section discute les résultats obtenus quant à la mise en place du « peau à peau », les différents effets sur la DP et le BEP pour finalement discuter des résultats liés à la vérifications des hypothèses.

La mise en place du « peau à peau »

L'ensemble des participantes ont pu bénéficier de la mise en place du « peau à peau » malgré le fait qu'elles aient vécu une césarienne d'urgence. Il a été montré que 50 % ($n = 3$) de celles-ci avaient pu bénéficier de la technique pendant moins de 31 minutes après la naissance, 33 % ($n = 2$) pendant moins de cinq minutes alors que la recommandation de l'OMS et l'ASPC est d'au moins une heure (Gouvernement du Canada, 2019). Toutefois 67 % ($n = 4$) des participantes ont pu établir un contact « peau à peau » immédiatement après la naissance et seulement 33 % ($n = 2$) des participantes se voyaient mettre en place le « peau à peau » tel que défini dans le cadre de cette étude, soit immédiatement après la naissance et pendant au moins une heure.

Une étude récente rapporte des taux moins élevés de mise en place du « peau à peau ». En effet, l'étude quantitative de Bosworth et al. (2021) effectuée au sein de deux unités obstétricales au Royaume-Uni auditait le taux d'offre de mise en place du « peau à

peau » et le taux de mise en pratique de cette technique auprès de 185 parturientes lors de césariennes électives et urgentes à deux moments distincts. La mise en place du « peau à peau » était offerte dans 79 % ($n = 88$) des césariennes d'urgence dans le deuxième temps de collecte contre 60 % ($n = 43$) dans le premier temps. L'installation du « peau à peau » avait lieu dans 53 % ($n = 59$) des césariennes d'urgence dans le deuxième temps de collecte contre 42 % ($n = 30$) dans le premier temps. Or les résultats obtenus dans la présente étude semblent être plus élevés, bien que comparés à un plus petit nombre de participantes, puisque 100 % ($n = 6$) des parturientes ont pu bénéficier de la mise en place de la technique contre 42 % ($n = 30$) ou 53 % ($n = 59$) dans l'étude de Bosworth et al. (2021) selon le temps de collecte.

La détresse psychologique

Il est observé que les scores moyens des participantes pour le groupe expérimental et le groupe témoin pour la variable de DP aux T1 et T2 sont peu élevés, soit que les participantes accusent un niveau de DP peu élevé. Ensuite, on observe que l'évaluation faite pour cette même variable par la participante constituant le groupe témoin lors du deuxième moment de collecte décrit des scores faibles au T1 ($0,91 \pm 1,3$), soit dans les 72 h post-accouchement, alors que les scores obtenus au T2, soit huit mois après la naissance pour celle-ci, paraissent plus élevés ($1,70 \pm 0,99$). Les données démontrent que l'attribut d'anxiété/dépression semble modérément de niveau élevé au T1 ($2,2 \pm 2$) et au T2 ($2,6 \pm 0,56$) pour cette participante. Rappelons également que la participante a déclaré

avoir été diagnostiquée pour une dépression dans le passé et qu'il peut être envisagé que son antécédent vienne affecter ses résultats au présent questionnaire.

De surcroît, l'évaluation faite par la participante constituant le groupe expérimental décrivait un niveau de détresse nul au plus proche de la naissance, soit au T1, alors que son niveau de DP est très faible ($0,70 \pm 0,62$) au deuxième temps de collecte, soit quatre mois après la naissance. La composante d'anxiété/dépression obtient le score le plus haut des différentes composantes de la DP bien que son score soit très faible ($1,2 \pm 0,84$). Quoique les écrits concernant le contexte de césarienne d'urgence soient rares, les études qui se sont intéressées à la DP laissent entrevoir que les facteurs d'influence de DP pourraient être l'impact du nouveau rôle de mère, les croyances sur la responsabilité maternelle, un changement dans leur cercle social ou encore la perte de soutien des proches et des ressources pendant la période de pandémie (Law et al., 2019 ; Mari, 2023 ; Sockol et al., 2014). Les participantes de la présente étude ont répondu au T2 entre quatre et huit mois postpartum. Les résultats auraient pu être différents si le temps de collecte de données avait été similaire à celui de l'étude de Law et al. (2018), soit à trois semaines post-partum.

Dans une étude à devis quantitatif australienne ($n = 60$) visant à documenter les changements dans le niveau de stress, les symptômes dépressifs et l'auto-efficacité maternelle chez la primipare du troisième trimestre de grossesse jusqu'à six mois après la naissance, Law et al. (2018) ont indiqué que les symptômes de stress et de dépression

atteignaient un pic à trois semaines pour finalement baisser, mais que la constitution du cercle social était fortement à considérer tout comme le manque de sommeil pour protéger les nouvelles mères contre le stress postpartum.

Par ailleurs, rappelons que les données collectées peuvent être perturbées par la faible taille d'échantillon et par les résultats obtenus pour la participante constituant le groupe témoin. En effet, il a été analysé dans le précédent chapitre que la moyenne de certaines données collectées pour les attributs de la DP était influencée par l'importante dispersion des résultats et les valeurs des réponses de la participante constituant le groupe témoin. Rappelons que celle-ci a déclaré avoir été diagnostiquée pour une dépression en 2017 avec un état de santé contrôlé depuis 2018. La réflexion d'exclure ou non les participantes ayant un antécédent de trouble de la santé mentale dans une recherche future serait à considérer.

Le bien-être psychologique

Il est observé que le score de BEP est de niveau faible pour les deux groupes soient le groupe témoin ($1,44 \pm 1,62$) et le groupe expérimental ($1,88 \pm 1,15$), soit que les participantes accusent un BEP peu présent. Par ailleurs, rappelons que les données collectées quatre à huit mois post-partum peuvent, encore là, être perturbées par la faible taille de l'échantillon et la forte dispersion des résultats. Il est à noter que les résultats obtenus dans l'évaluation du BEP laissent observer que l'engagement social et le bonheur obtiennent des niveaux de scores plus faibles. Il a d'ailleurs été relevé dans les écrits que

le contexte de pandémie pouvait avoir un impact sur le BEP des mères ayant accouché pendant la pandémie de Covid-19.

Dans une étude qualitative avec une approche de théorisation ancrée déployée en Italie auprès de 21 femmes ayant accouché pendant le contexte de pandémie, les auteurs ont mis en évidence les impacts des différentes mesures imposées pendant la pandémie de Covid-19 sur le bien-être psychosocial des mères (Mari et al., 2023). En premier lieu, l'incertitude et les nombreux changements vécus pendant leur grossesse pour répondre aux mesures de sécurité ont créé des sentiments négatifs à l'idée d'être infecté ou de contaminer le bébé, de ne pas recevoir des services de santé adéquats ou au moment opportun. Ensuite, un fort sentiment de culpabilité fut recensé et documenté comme étant associé à l'expérience de donner naissance dans une situation d'urgence. Rappelons que la collecte de données du présent projet de recherche a eu lieu dans ce même contexte pandémique et que les études recensées soulignent que la césarienne d'urgence est perçue comme un traumatisme ayant un impact sur le bien-être de la mère par le risque de développer un état de dépression postpartum et un stress post-traumatique (Handelzalts et al., 2017 ; Ryding et al., 2000b ; Ryding et al., 2004). Cette situation mondiale particulière peu avoir eu un impact sur les données collectées.

Les hypothèses de recherche

N'ayant pas obtenu un ensemble de participations suffisantes afin de constituer un groupe témoin et un groupe expérimental de taille significative, les résultats obtenus ne

permettent pas de confirmer la normalité de la distribution grâce au test de Kolmogorov-Smirnov. Toutefois, le test non paramétrique Mann-Whitney a permis de confirmer les hypothèses nulles selon lesquelles la mise en place du « peau à peau » n'avait pas d'effet sur la DP ($U = 3,5$; $p = 0,933$ au T1, soit 72 heures après la naissance et $U = 0$; $p = 1$ au T2, soit quatre à huit mois postpartum) et sur le BEP ($U = 0$; $p = 1$ au T2) de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence. (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020).

Il est important de préciser que, compte tenu de la taille des échantillons ($n = 4$ pour le groupe témoin et $n = 2$ pour le groupe expérimental) et de la valeur U obtenue pour chacun des tests, le risque que les échantillons diffèrent de manière significative est grand (Gray et al., 2021 ; Laflamme & Zhou, 2020). Par conséquent, les résultats de ces tests doivent donc être interprétés avec prudence.

Forces et aspect novateur de l'étude

Une des forces de cette étude est le choix des instruments de mesure lesquels sont l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (Massé et al., 1998a) et l'échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique (Massé et al., 1998b). En effet, il a été démontré que les instruments de mesure choisis sont d'une fidélité et une validité excellente dans leur version courte (Massé et al., 1998a ; Massé et al., 1998b). Par ailleurs, l'étudiante-chercheuse a confirmé les postulats des tests statistiques auprès d'un

chercheur expérimenté en recherche quantitative dans le but de contrôler la validité de conclusions statistique de sa recherche.

Ensuite, l'étudiante-chercheuse a développé deux moments de collecte de données dans le but d'augmenter la validité interne et ainsi contrôler la maturation liée à une évolution qui s'opère chez la répondante au fil du temps. Pour finir, la validité externe fait référence à la généralisation des résultats. Le milieu où s'est déroulée l'étude et la population cible ne constituaient aucune restriction à la possibilité de généraliser les résultats. En revanche, la méthodologie, la petite taille d'échantillon et la représentativité de celui-ci dans le contexte de pandémie sont des limites à la généralisation de l'étude et devront être soigneusement prises en considération si une étude à plus grande échelle doit être développée.

Finalement, le principal aspect novateur de cette recherche est le fait qu'aucune recherche similaire, à notre connaissance, ne semble avoir été effectuée afin de documenter la relation entre la pratique du « peau à peau » en contexte de césarienne d'urgence et les concepts de DP et BEP des mères primipares. Cependant, de nombreux biais ont été relevés au sein de cette recherche.

Limites de la recherche

L'étudiante-chercheuse avait prévu d'entreprendre des mesures afin d'assurer une rigueur scientifique de l'étude. Toutefois, malgré les diverses mesures établies, il n'a pas

été possible de contrôler tous les aspects de validité tel le biais d'échantillonnage dû à une faible taille d'échantillon ou les embûches institutionnelles et d'évènements. Il fut également difficile de contrôler le biais lié à l'effet du chercheur telles l'influence externe sur la collecte exprimée par une réticence passive et une incompréhension du projet de la part des membres de l'UDN ainsi que les compétences de l'étudiante-chercheuse dans la collecte de données.

Faible taille d'échantillon

Pour commencer, la taille de l'échantillon et sa représentativité représente une importante limite à cette recherche. L'étudiante-chercheuse a effectué un test non paramétrique Mann-Whitney pour vérifier les deux hypothèses étant donné la faible taille d'échantillon. Toutefois, une étude à plus grande échelle serait recommandée pour contrôler le biais d'échantillonnage.

Influence externe sur la collecte de données

Ensuite, de nombreuses influences externes ont impacté la collecte de données. Gray et al (2021) démontrent que toute personne externe à un projet interagissant avec un sujet de recherche peut avoir un impact important sur le processus de collecte de données et influencer la décision du sujet à participer. Afin de limiter l'impact de ce biais, l'étudiante-chercheuse a renseigné les membres de l'équipe de l'unité des naissances sur le projet avant même de l'implanter. Celle-ci a rencontré les membres de chaque quart de travail, détaillé le projet de recherche auprès de ceux-ci, répondu aux questions, offert sa

disponibilité pour un contact en tout temps et a permis aux membres de l'équipe d'avoir accès à de l'information récapitulative sur l'unité.

Cependant, il a été tenu pour acquis que l'équipe aurait le même enthousiasme à développer le projet au fil du temps que celui qu'elle avait exprimé lors de la présentation de la recherche. Le défi d'implication à savoir le roulement de personnel, la surcharge de travail, l'incompréhension du projet, la résistance à l'implantation d'une énième recherche (DeVon et al., 2013 ; Gray et al., 2021) n'a pas été pris en considération lors de la préparation du projet et l'analyse des biais potentiels à la recherche. Malgré le fort soutien reçu lors de la présentation de l'étude de la part des membres de l'équipe, toute réticence passive véhiculée par ceux-ci lors de la première phase de collecte de données pouvait être perçue par la parturiente et a pu interférer dans le processus de collecte, voire entraîner un refus de participation. Car rappelons-le, la première phase de collecte était effectuée uniquement par les membres de l'unité et les critères d'inclusion et d'exclusion n'étaient pas compris par tous les membres et qu'il n'a pas été possible d'effectuer de mise à jour de formation. Cette situation risque d'avoir impacté le recrutement des participantes tout comme le biais lié à l'effet du chercheur.

Les compétences dans la collecte de données

L'approche novice de l'étudiante-chercheuse auprès des parturientes a entraîné plusieurs refus ($n = 4$, 21 %) de participation. Il n'est en aucun cas éthique d'imposer de participer à une recherche, mais une présentation plus assurée influence le recrutement.

De plus, la variable étrangère d'allaitement qui avait été identifiée pour ce projet devait être isolée grâce à la consultation du dossier médical de la mère lors du recrutement. Puisque le premier moment de collecte se faisait sans contact de la part de l'étudiante-chercheuse et anonymement dans son intégralité, il fut impossible de collecter l'information. Par ailleurs, le processus n'a pas été adapté lors du deuxième moment de collecte, soit avec le contact de l'étudiante-chercheuse, alors que l'information aurait pu être pertinente même si la première cohorte de participantes n'avait pas répondu à cette information. En revanche, il aurait aussi pu être possible de contrôler cette variable en incluant une question à cet effet dans le questionnaire sociodémographique initial et ainsi limiter les conséquences dues aux situations qu'il fut impossible d'anticiper.

Embûches institutionnelles et d'évènements hors de notre contrôle et impossibles à anticiper

Tout d'abord, il y a eu une rotation du personnel. L'équipe qui avait la charge de la distribution des FIC auprès des parturientes a changé au bout de quelques mois. L'équipe de recherche n'avait pas été avisée de ce changement jusqu'à ce que l'étudiante-chercheuse soulève qu'elle n'avait pas reçue de résultat depuis l'implantation de la recherche. Une nouvelle séance d'information aurait été nécessaire, mais la gestionnaire de l'unité a refusé l'accès en justifiant que l'information avait été donnée en interne.

Ensuite, la situation pandémique a interrompu à plusieurs reprises le processus d'approbation du projet en comité d'éthique et de recherche pour finalement, après un an,

autoriser le déploiement du projet sans contact de la part de l'étudiante-chercheuse. Puis, après une année supplémentaire, le comité a autorisé la présence de l'étudiante-chercheuse sur les lieux de recrutement soit dix mois après l'instauration de la première méthode de recrutement.

De plus, l'étudiante-chercheuse s'est vu subir un isolement de contact personnel et familial sur une période de quatre semaines. Au cours de cette période, l'étudiante-chercheuse a poursuivi ses contacts téléphoniques avec l'unité des naissances et a demandé d'inclure le FIC dans le dossier de départ de chaque candidate à la recherche tel qu'effectué lors de la première année de recrutement. Le fait d'être seule responsable du processus de recrutement a permis de limiter les risques de contamination des données collectées, mais a aussi eu un impact sur la qualité du recrutement de l'échantillon.

Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation infirmière

Les recommandations présentées ci-après sont subdivisées en trois des cinq axes tels que décrits dans Pepin et al. (2017) soit la pratique clinique, la recherche et la formation.

La recherche et la pratique clinique.

N'ayant pas trouvé de recherche similaire à celle-ci permettant d'évaluer l'impact du « peau à peau » à la DP ou au BEP de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence et sachant que le taux de naissance par césariennes d'urgence reste toujours élevé, il serait pertinent de développer une étude à plus grande échelle. Un tel

développement permettrait d'étayer les savoirs personnel, esthétique, éthique, empirique et sociopolitique (Chinn & Kramer, 2008) pour la pratique clinique des professionnels de la santé. De plus, cela offrirait de nouvelles pistes favorisant l'implantation du « peau à peau » dans un tel contexte. Ce développement serait enrichissant pour la perspective des soins infirmiers offerts aux mères et aux nouveau-nés qui en serait grandement favorisé tout en répondant aux critères stratégiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec visant à améliorer la situation de l'allaitement maternel ainsi que la santé des bébés grâce au programme « initiative des hôpitaux amis des bébés » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022), renforçant le rôle maternel (Frederick et al., 2016), diminuant le stress chez le nourrisson et ses deux parents (Takahashi et al., 2011), favorisant l'attachement chez la mère tout en augmentant son sentiment de bien-être et diminuant ses symptômes dépressifs (Moore et al., 2012). Une taille d'échantillon appropriée et la modification de certains processus de recherche seraient cependant souhaitées.

De surcroît, ceci est en conformité avec le champ d'exercice de la discipline infirmière tel que défini par Florence Nightingale où la personne est, entre autres, considérée selon sa capacité à changer la situation dans laquelle elle se trouve, et la responsabilité qu'elle a de le faire, et est en conformité avec les valeurs de la profession quant à une approche *caring* basée sur le paradigme de la transformation où la personne exploite son plein potentiel (Pepin et al., 2017). Il pourrait également être suggéré de mettre à profit la pratique infirmière et leurs habiletés à intervenir auprès de personnes

afin d'évaluer la DP et le BEP et ce, en conformité avec leur champ d'exercice tel que décrit précédemment.

Il pourrait être pertinent d'effectuer un recrutement en fin de grossesse afin d'augmenter la participation et/ou d'évaluer le point de vue des parturientes sur la méthode de recherche (Sidani, 2015) dans le but de partager la raison de leur refus de participation. Cela pourrait être pris en considération pour une étude à plus grande échelle. De plus, les difficultés rencontrées dans le recrutement des participantes amènent à envisager d'étendre le recrutement à différents hôpitaux pour accroître les possibilités de recrutement, à étendre la recherche à toutes les césariennes puis de les classer (urgentes vs électives) dans l'analyse des résultats au lieu de restreindre le nombre potentiel de participantes en amont puis de collecter un moyen de communication pour chaque participante dans le but d'effectuer une relance de courtoisie au besoin.

Dans une recherche future, un recrutement direct au bloc opératoire pourrait permettre d'évaluer le respect de la mise en place de la technique voire de le faire mettre en place par le chercheur lui-même favorisant ainsi la limitation de potentiels biais. Tel que précisé plus haut, il a été relevé que certains critères d'inclusions et d'exclusions n'étaient pas compris risquant d'avoir impacté le recrutement des participantes. Il serait suggéré pour une prochaine étude de renouveler la présentation de la recherche, de son but et de ses critères d'inclusions et exclusions auprès du personnel impliqué afin de

contrôler les erreurs liées à l'incompréhension des consignes de recherche ou roulement du personnel.

Au sein d'une étude quantitative déployée sur les réseaux sociaux aux États-Unis d'Amérique auprès de 383 participantes, Sockol et al. (2014) ont démontré que les attitudes maternelles composées de trois facteurs corrélés, à savoir les croyances sur le jugement des autres, les croyances sur la responsabilité maternelle et l'idéalisation du rôle maternel, sont liées à la DP chez la nouvelle mère pendant la transition vers la parentalité. Ces notions n'ont pas été considérées dans le présent projet de recherche et pourraient l'être dans le déploiement d'une étude à plus grande échelle afin d'évaluer la corrélation entre les résultats obtenus et ces trois facteurs constituant les attitudes maternelles. De plus, la satisfaction des mères face à la mise en place du « peau à peau » n'a pas été évaluée dans ce projet de recherche. Il pourrait être pertinent d'encourager la documentation de leur satisfaction quant à cette technique. Le développement d'une étude qualitative se verrait être intéressant pour recueillir l'expérience et la satisfaction des mères lors de la mise en place du « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence. Elle présenterait une harmonisation avec le paradigme de la transformation au cœur des sciences infirmières afin de faire avancer les connaissances, les compétences des infirmières et inciter à une réflexion sur la formation des infirmières, notamment en lien avec les activités de la recherche (Pepin et al., 2017).

Enfin, peu de recherches en sciences infirmières ont utilisé le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998). Celui-ci a plus souvent été utilisé en sciences psychologiques. Son utilisation dans une recherche future permettrait de combler un vide dans les écrits scientifiques en sciences infirmières. De plus, par son fondement conceptuel solide qu'il apporte au présent travail de recherche, le modèle de santé mentale de Massé et al. (1998) permet une compréhension approfondie et pertinente du problème à l'étude. Toutefois, le fait que les auteurs ne rapportent aucune valeur seuil pour la signification du score de leurs échelles de mesure ne permet pas d'apporter de précision dans l'interprétation des résultats.

La formation

Seules les infirmières de l'unité des naissances sont impliquées dans les formations et projets liés au « peau à peau » et à l'allaitement. Le nombre de césariennes d'urgence ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés (Stevens et al., 2014). Il serait plus que pertinent d'impliquer les infirmières du bloc opératoire dès leur formation initiale au sein de leur service. Cette pratique permettrait de répondre, encore une fois, aux critères stratégiques du MSSS du Québec visant à améliorer la situation de l'allaitement maternel ainsi que la santé des bébés (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022). Cette formation devrait prôner l'unicité de l'être humain (la mère et son nouveau-né), l'acceptation des différences (souhait d'initier le « peau à peau », l'allaitement ou non) et l'ouverture vers le monde tel l'approche *caring* (Pepin et al., 2017). Encore là, le « peau à peau », de par sa définition, est axé sur une tradition de *caring* ou le prendre soin de soi

est un préalable pour prendre soin des autres (Watson, 1997). Il est donc primordial de prendre conscience à travers les nombreuses données probantes rapportées dans ce projet de recherche que les bienfaits de la mise en place du « peau à peau », quel que soit le contexte de naissance, se veulent un soutien à l'élaboration, l'organisation et la communication des savoirs dans un programme de formation visant à soutenir le développement de la personne (Boykin & Schoenhofer, 2001).

En somme, le présent travail de recherche a permis d'identifier de nombreux obstacles à la faisabilité de l'étude comme la taille de l'échantillon, le taux d'abandon, l'impossibilité de refléter fidèlement la population dont l'échantillon est extrait et d'extrapoler les résultats obtenus à la population globale. Il est satisfaisant de remarquer que l'ensemble des participantes ont pu bénéficier de la mise en place du « peau à peau » malgré le fait qu'elle ait vécu une césarienne d'urgence. Les scores moyens des participantes pour le groupe expérimental et le groupe témoin pour la variable de DP et de BEP sont peu élevés et le test non paramétrique Mann-Whitney a permis de confirmer les hypothèses nulles selon lesquelles la mise en place du « peau à peau » n'avait pas d'effet sur la santé mentale. Toutefois, la faible taille d'échantillon et la forte dispersion des résultats suggèrent d'interpréter ses données avec prudence.

Conclusion

Ce projet de recherche avait pour but de valider la faisabilité de l'étude à savoir la mise en place du « peau à peau » dans un contexte de césarienne d'urgence. Il visait également à explorer l'effet du « peau à peau » sur la DP et le BEP en vérifiant les hypothèses selon lesquelles la mise en place du « peau à peau » avait un effet sur la DP et le BEP de la mère primipare dans un contexte de césarienne d'urgence. La présente étude contribue au corpus des connaissances. En effet, elle permet de lier les différents concepts tels que la césarienne d'urgence et ses facteurs psychologiques, l'expérience de naissance, le « peau à peau », la pratique infirmière, l'initiation et le maintien de l'allaitement, et pour finir, les concepts de DP et BEP et contribue donc à étayer les connaissances sur ceux-ci.

L'étude a été réalisée auprès de six mères primipares post-accouchement par césarienne d'urgence dans un hôpital de la grande région de Montréal pendant la pandémie de Covid-19. Bien que les hypothèses de recherche formulées aient été rejetées, ce mémoire ouvre la porte à de nombreux points de réflexion et suggère un déploiement futur à plus grande échelle avec certaines modifications au protocole de recherche. Il fut suggéré qu'une étude qualitative permettrait d'observer et d'analyser le contexte de mise en place du « peau à peau » lors d'une césarienne d'urgence et de décrire l'expérience de vie des participantes dans ce même contexte jusqu'à rencontrer une saturation empirique et ainsi contrer le faible taux de participation.

Quels que soient les résultats obtenus dans cette étude, les données probantes collectées démontrent qu'il est évident que l'on doit poursuivre l'implantation du « peau à peau » en contexte de césarienne d'urgence. Par ailleurs, il serait bénéfique pour la recherche, la formation et la pratique de poursuivre l'évaluation de l'effet du « peau à peau » dans une étude à plus grande échelle adaptée aux suggestions effectuées dans la présente recherche et axée sur les recommandations de l'OMS, du Gouvernement du Québec (2021) et de l'Agence de la santé publique du Canada (2021) tout en laissant la parturiente libre de ses décisions. De nombreux chercheurs ont documenté la difficulté à reconnaître la différence dans la prise de position entre la responsabilité morale et éthique puis le paternalisme (Cohen et al., 2020 ; Hall, 2018 ; Simkulet, 2019 ; Wyatt, 2001). Une implication directe de l'équipe de recherche viendrait particulièrement contrôler toute forme de paternalisme des professionnels de la santé à l'égard des femmes qui, sous le couvert d'une bienveillance, ne leur ont pas permis de prendre une décision libre et personnelle quant à leur participation au processus de recherche. Toutefois, les études recensées tendent à sensibiliser et à outiller les professionnels pour reconnaître et limiter cette pratique de paternalisme (Cohen et al., 2020 ; Hall, 2018 ; Simkulet, 2019 ; Wyatt, 2001).

Références

- Abdollahpour, S., Mousavi, S. A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Khosravi, A. (2017). Prevalence and risk factors for developing traumatic childbirth in Iran. *Journal of Public Health, 25*(3), 275-280. <https://doi.org/10.1007/s10389-016-0783-y>
- Aboagye, R. G., Boah, M., Okyere, J., Ahinkorah, B. O., Seidu, A. A., Ameyaw, E. K., Mwamba, B., & Yaya, S. (2022). Mother and newborn skin-to-skin contact in sub-Saharan Africa: prevalence and predictors. *BMJ Global Health, 7*(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007731>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales - Soins durant le travail et l'accouchement.* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4.html>
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics, 129*(3), E827-E841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Andrews, F., & McKenell, C. (1980). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive, and other components. *Social Indicators Research, 8*(2), 127-155.
- Araújo, J. P., Lourenço, P., Azevedo, A., Friões, F., Rocha-Gonçalves, F., Ferreira, A., & Bettencourt, P. (2009). Prognostic value of high-sensitivity C-reactive protein in heart failure: a systematic review. *Journal of Cardiac Failure, 15*(3), 256-266. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.10.030>
- Baby-Friendly USA. (2016). *Guidelines and evaluation criteria for facilities seeking baby-friendly designation* (éd. rév.).
- Bavaro, J. B., Mendoza, J. L., McCarthy, R. J., Toledo, P., & Bauchat, J. R. (2016). Maternal sedation during scheduled versus unscheduled cesarean delivery: Implications for skin-to-skin contact. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 27*, 17-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2016.06.003>
- Bayer, O., Adrion, C., Al Tawil, A., Mansmann, U., Strupp, M., investigators, P., Diener, H.-C., Löwenheim, H., Lempert, T., Heide, W., & Rambold, H. (2019). Results and lessons learnt from a randomized controlled trial: prophylactic treatment of vestibular migraine with metoprolol (PROVEMIG). *Trials, 20*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3903-5>

- Bergman, N. (2005). More than a cuddle: skin-to-skin contact is key. *Practising Midwife*, 8(9), 44.
- Berrera, M. (1988). Models of social support and life stress: Beyond the buffering hypothesis. Dans L. H. Cohen (Éd.), *Life Events and Psychological Functioning*.
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(3), 369-382. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x>
- Bosworth, K. V., Mustafa, Y., Aukland, M., Bhat, A., & Kelly, G. (2021). Skin-to-skin care during caesarean section in two obstetric units. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 46, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2021.103075>
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, et National League for Nursing (texte original et épilogue).
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*.
- Brady, K., Bulpitt, D., & Chiarelli, C. (2014). An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(4), 488-496. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12469>
- Brady, K., Bulpitt, D., Chiarelli, C., & Shepard, L. (2013). Skin-to-skin in the operating room: It takes a village. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(S1), S42-S42. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12110>
- Brimdyr, K., Widström, A.-M., Cadwell, K., Svensson, K., & Turner-Maffei, C. (2012). A realistic evaluation of two training programs on implementing skin-to-skin as a standard of care. *The Journal of perinatal education*, 21(3), 149-157. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.149>
- Brown, P. A., Kaiser, K. L., & Nailon, R. E. (2014). Integrating quality improvement and translational research models to increase exclusive breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(5), 545-553. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12482>
- Bryant, F., & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being : A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 653-673.

- Burke, L., & Morad, A. W. (2014). Family-centered cesarean birth offers appropriate thermoregulation in term neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(S1), S36-S37. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12413>
- Carmichael, A., & Matulionis, B. (2014). Implementing the gentle C-section: A birth experience more like a vaginal delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(S1), S13-S14. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12379>
- Chen, E., & Miller, G. E. (2007). Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 993-999. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.03.009>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and Knowledge Development in Nursing* (7^e éd.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cirpanli, C., & Hicyilmaz, B. D. (2022). Postcesarean difficulties and their association with breastfeeding success in postpartum women. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 25(1), 69-77. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_546_20
- Cohen, S., Cohen, N., & Gabbay, E. (2020). Paternalism and certitude. *Bioethics*, 34(5), 478-482. <https://doi.org/10.1111/bioe.12700>
- Comité canadien pour l'allaitement. (2021). Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'initiative Amis des bébés. https://breastfeedingcanada.ca/wp-content/uploads/2021/11/BFI_Implementation_guideline_FR.pdf
- Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., Hussain, N., Cusson, R. M., Walsh, S., Vazquez, V., Briere, C.-E., & Vittner, D. (2015). Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Human Development*, 91(7), 401-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012>
- Conroy, C. C., & Cottrell, B. H. (2015). The influence of skin-to-skin contact after cesarean on breastfeeding rates, infant feeding responses, and maternal satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(S1), S61-S62. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12633>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Crenshaw, J. T., Brimdyr, K. H., Champion, J. D., Gilder, R. E., Winslow, E. H., Svennson, K., Widström, A.-M., & Cadwell, K. (2012). Use of a video-ethnographic intervention, PRECESS immersion method, to improve skin-to-skin care and

- breastfeeding rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(s1), S149-S150. https://doi.org/doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01362_44.x
- Crenshaw, J. T., Adams, E. D., Gilder, R. E., & Nolte, H. G. (2021). Measuring health professionals' beliefs about skin-to-skin care during a cesarean. *Maternal and Child Nutrition*, 17(4), e13219. <https://doi.org/10.1111/mcn.13219>
- Dogaru, C. M., Nyffenegger, D., Pescatore, A. M., Spycher, B. D., & Kuehni, C. E. (2014). Breastfeeding and childhood asthma: Systematic review and meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 179(10), 1153-1167. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu072>
- Donald, S. K. (2017). Critical analyses of the implications of kangaroo mother care on a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(3), 159-168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.10.001>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Duffy, D., & Conrad, C. (2013). Skin-to-skin cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(s1), S40-S40. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12107>
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A.-S., Welles-Nyström, B., & Widström, A.-M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother–infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336. <https://doi.org/10.1177/1054773812468316>
- Elliott-Carter, N., & Harper, J. (2012). Keeping mothers and newborns together after cesarean: How one hospital made the change. *Nursing for women's health*, 16(4), 290-295. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01747.x>
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113(4), 858-865.
- Finigan, V., & Davies, S. (2004). 'I just wanted to love, hold him forever': women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. *Evidence Based Midwifery*, 2(2), 59-65. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106608562&lang=fr&site=ehost-live>

- Flaherty, E. G., Thompson, R., Litrownik, A. J., Zolotor, A. J., Dubowitz, H., Runyan, D. K., English, D. J., & Everson, M. D. (2009). Adverse childhood exposures and reported child health at age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>
- Forest, J. (2006). Vérification de l'effet de la passion et la satisfaction des besoins de base sur la performance, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'état de flow et la vitalité subjective au travail (Publication no. 304918991) [Ph.D.]. Université de Montréal (Canada). <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/vérification-de-leffet-la-passion-et-satisfaction/docview/304918991/se-2?accountid=14724>. ProQuest Dissertations & Theses Global Closed Collection.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition.). Chenelière éducation.
- Fortin, N. C. (2012). Exploring new frontiers: Providing skin-to-skin contact for mothers and newborns during cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(S1), S42-S42. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01360_20.x
- Frederick, A. C., Busen, N. H., Engebretson, J. C., Hurst, N. M., & Schneider, K. M. (2016). Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(1), 31-38. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12229>
- Galkina, E., & Ley, K. (2009). Immune and inflammatory mechanisms of atherosclerosis (*). *Annual Review of Immunology*, 27, 165-197. <https://doi.org/10.1146/annurev.immunol.021908.132620>
- Gordon, A., McKechnie, E. J., & Jeffery, H. (2005). Pediatric presence at cesarean section: Justified or not? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3), 599-605. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.013>
- Gotlib, I., & Cane, D. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. Dans P. C. Kendall, Watson, D. (Éd.), *Anxiety and depression : Distinctive and overlapping Features* (pp. 131-163).
- Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: An experimental study. *Nursing Research*, 59(2), 78-84. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc>
- Gouvernement du Canada. (2019). Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : recommandation canadienne et les dix conditions pour le succès de

l'allaitement maternel. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/breastfeeding-fact-sheet/pub-fra.pdf>

Gouvernement du Canada. (2023). Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf

Gouvernement du Québec. (2021). L'initiative des amis des bébés: orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et des services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-815-01W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022). MED-ÉCHO - Rapport S15 - Accouchements, césariennes, naissances par région de traitement - 2021-2022. <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/med-echo-rapport-s15-distribution-accouch-cesar-naiss-vivantes-mortinaiss-par-region-traitement/resource/f542c028-ca40-43a5-a4cd-14ba83e27a37>

Gouvernement du Québec. (2023a). Naissances et taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, par région administrative, 1986-2022 et pour le Québec, 1961-2022. https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-regions-administratives/tableau/naissances-taux-fecondite-groupe-age-mere-indice-synthetique-fecondite-age-moyen-maternite-region-administrative-quebec#tri_tertr=0&tri_annee=1942&tri_es=4083

Gouvernement du Québec. (2023b). Naissances selon la scolarité et le groupe d'âge de la mère, Québec, 2006-2022. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec/tableau/naissances-selon-la-scolarite-et-le-groupe-dage-de-la-mere-quebec>

Grassley, J. S., & Jones, J. (2014). Implementing skin-to-skin contact in the operating room following cesarean birth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(6), 414-416. <https://doi.org/10.1111/wvn.12057>

Gray, J., Grove, S., & Burns, N. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th edition.). Elsevier.

Gray, R., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing resarch. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.).

Gregson, S., & Blacker, J. (2011). Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal ward. *British Journal of Midwifery*, 19(9), 568-577. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.9.568>

- Gregson, S., Meadows, J., Teakle, P., & Blacker, J. (2016). Skin-to-skin contact after elective caesarean section: Investigating the effect on breastfeeding rates. *British Journal of Midwifery*, 24(1), 18-25. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.1.18>
- Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E., & Finale, E. (2017). Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *The Scientific World Journal*, 2017, 5, Article 1940756. <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>
- Gupta, S., Naithani, U., Madhanmohan, C., Singh, A., Reddy, P., & Gupta, A. (2017). Evaluation of decision-to-delivery interval in emergency cesarean section: A 1-year prospective audit in a tertiary care hospital. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 33(1), 64-70. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.202197>
- Hall, D. (2018). Avoiding paternalism but not moral perplexity. *South African medical journal*, 108(11), 915-916. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i11.13328>
- Handelzalts, J. E., Waldman Peyser, A., Krissi, H., Levy, S., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2017). Indications for emergency intervention, mode of delivery, and the childbirth experience. *PLOS ONE*, 12(1), e0169132. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169132>
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: Applying evidence to practice. *Nursing for women's health*, 16(3), 220-229; quiz 230. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x>
- Heller, G., Bauer, E., Schill, S., Thomas, T., Louwen, F., Wolff, F., Misselwitz, B., Schmidt, S., & Veit, C. (2017). Decision-to-delivery time and perinatal complications in emergency cesarean section. *Deutsches Aerzteblatt International*, 114(35/36), 589-596. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0589>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Hildingsson, I., Andersson, E., & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - a comparative study of two cohorts of women. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(2), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.01.001>
- Hohmann, C. (2017). *Lean, quelle définition ?* <http://christian.hohmann.free.fr/index.php/lean-entreprise/les-basiques-du-lean/73-lean-quelle-definition->

- Hou, Y., Zhou, X., Yao, M., & Liu, S. (2022). Fear of childbirth and its predictors in re-pregnant women after cesarean section: a cross-sectional multicenter study in China. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04721-z>
- House, J., & Kahn, R. (1985). Convoys over life course : Attachment, roles, and social support. Dans P. B. Baltes, Brim, O. (Éd.), *Life span development and behavior*.
- Hung, K., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 318-326. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182266314>
- Ilfeld, F. (1976). Further validation of psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228.
- Ingrand, P. (2018). Le test t de Student. *Journal d'imagerie et interventionnelle*, 1(2), 81-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jidi.2018.02.001>
- Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2016). Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *Journal of Affective Disorders*, 203, 227-232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.002>
- Jefferies, A. L. (2012). Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 141-146. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449885>
- Juan, J., Zhang, X., Wang, X., Liu, J., Cao, Y., Tan, L., Gao, Y., Qiu, Y., & Yang, H. (2022). Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Children (Basel)*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/children9111742>
- Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2021). Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*, 92, 102862. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>
- Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2022). Mother-infant contact after birth can reduce postpartum post-traumatic stress symptoms through a reduction in birth-related fear and guilt. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110716. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110716>
- Kelishadi, R., & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Advanced Biomedical Research*, 3(1), 3-3. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.124629>

- Kenyon-Berry, K., & Seymour, C. (2015). Implementing routine skin-to-skin contact in the operating room. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(S1), S26-S26. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12699>
- Khattak, S. R., Saeed, I., Rehman, S. U., & Fayaz, M. (2021). Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan. *Journal of Loss & Trauma*, 26(5), 421-435. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1814580>
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: A qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1367-1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.13227>
- Lafitte, A. S., Vardon, D., Morello, R., Lecerf, M., Stewart, Z., & Dreyfus, M. (2017). Peut-on diminuer le délai décision-extraction des césariennes en urgence en optimisant l'architecture des locaux? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 45(11), 590-595. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.09.002>
- Laflamme, S., & Zhou, R. M. (2020). *Méthodes statistiques en sciences humaines : avec des illustrations tirées du logiciel SPSS (2e édition)*. Éditions Prise de parole.
- Lau, Y., Tha, P. H., Ho-Lim, S. S. T., Wong, L. Y., Lim, P. I., Citra Nurfarah, B. Z. M., & Shorey, S. (2018). An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12492. <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>
- Lee, H. C., Martin-Anderson, S., & Dudley, R. A. (2012). Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units. *Breastfeed Med*, 7(2), 79-84. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0004>
- Link, B., & Dohrenwend, B. (1980). *Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States*.
- Mari, F., Capasso, M., & Caso, D. (2023). Exploring the psychosocial impact of the Covid-19 pandemic on women's perinatal experiences and wellbeing: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 35, 100805. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100805>
- Mason, Z. S., Briggs, R. D., & Silver, E. J. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social-emotional development, and

- parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382-394.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2011.629994>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998a).
 Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans
 une population non clinique de Québécois francophones. *Canadian Journal of
 Public Health*, 89(3), 183-187.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=130684949&lang=fr&site=ehost-live>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, M. (1998b).
 Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique :
 l'ÉMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), 352-357.
<https://doi.org/10.1007/bf03404490>
- Massé, R., Poulin, C., Lambert, J., & Dassa, C. (1998). The structure of mental health:
 Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and wellbeing
 measures. *Social Indicators Research*, 45, 475-504.
- McKnight, P. E., McKnight, K. M., Sidani, S., & Figueredo, A. J. (2008). *Missing Data:
 A Gentle Introduction* (Vol. 61).
- Menard, S., Theau, A., & Le Ray, C. (2016). Réhabilitation et humanisation en cours de
 césarienne : le point de vue de l'obstétricien. *Le Praticien en Anesthésie
 Réanimation*, 20(2), 78-82.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pratan.2016.02.007>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Initiative des amis des bébés*.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/initiative-amis-bebes>
- Molgora, S., Campo, E., Carones, M. B., Ferrazzi, E., Saita, E., & Facchin, F. (2022).
 Predictors of Women's Childbirth Experience: A Prospective Longitudinal Study on
 Italian New Mothers. *International Journal of Childbirth*, 12(3), 146-156.
<https://doi.org/10.1891/IJC-2021-0005>
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin
 contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of
 Systematic Reviews*, (5), Cd003519.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin
 contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of
 Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

- Moran-Peters, J. A., Zauderer, C. R., Goldman, S., Baierlein, J., & Smith, A. E. (2014). A quality improvement project focused on women's perceptions of skin-to-skin contact after cesarean birth. *Nursing for Women's Health*, 18(4), 294-303. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12135>
- Mörelus, E., Ortenstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early human development*, 91(1), 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005>
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). The influence of nurse work environment and patient safety culture on the well-being of nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263-271.
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widström, A.-M., & Winberg, J. (1996). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development*, 45(1), 103-118. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0378-3782\(96\)01725-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0378-3782(96)01725-2)
- Nolan, A., & Lawrence, C. (2009). A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *Journal of obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(4), 430-442. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01039.x>
- Novosel, L. M. (2023). Understanding the evidence: Population, sample, and sample size. *Urologic Nursing*, 43(3), 142-144. <https://doi.org/10.7257/2168-4626.2023.43.3.142>
- Nyqvist, K., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J. G., Sizun, J., & Widström, A. M. (2010). State of the art and recommendations kangaroo mother care: Application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*, 99(6), 812-819. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x>
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/whr-2010-background-paper-30.pdf?sfvrsn=6f722c7a_3&download=true

- Organisation mondiale de la santé. (2017a). *Guideline : Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=A011092B21FF3029AD2A0D252633280F?sequence=1>
- Organisation mondiale de la santé. (2017b). *Santé de la mère et des enfants : 10 moyens d'améliorer la qualité des soins*. <http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. <http://www.who.int/iris/handle/10665/161443>
- Pearlin, L. (1985). Social structure and processes of social support. Dans S. Cohen, Syme, S.L. (Éd.), *Social Support and Health*.
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais, A. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition.). Chenelière éducation.
- Pérez-Jiménez, J. M., Luque-Oliveros, M., Gonzalez-Perez, D., Rivera-Sequeiros, A., & Rodriguez-Blanco, C. (2023). Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nursing Open*, 10(2), 649-657. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.1331>
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, 46(2), 59-69. <https://doi.org/10.3917/spi.046.0059>
- Poets, A., Steinfeldt, R., & Poets, C. F. (2011). Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics*, 127(4), E869-E873. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2189>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (Tenth edition. International edition.). Wolters Kluwer.
- Price, K., Weaver, J., Tribbett, S. B., & Carpenter, C. (2015). Using the Lean process to achieve skin-to-skin after cesarean births. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(S1), S16-S17. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12682>

- Rapley, G., & Murkett, T. (2012). *Baby-led breastfeeding: How to make breastfeeding work with your baby's help* (1e ed.).
- Reich, J., & Zautra, A. (1981). Life events and personal causation : Some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*(5), 1002-1012.
- Relias Media. (2023). What Happens if Your Study Fails to Meet Recruitment Targets? *Medical Ethics Advisor*, *39*(1), 1-16. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=160913519&lang=fr&site=ehost-live>
- Ross, H. E., & Young, L. J. (2009). Oxytocin and the neural mechanisms regulating social cognition and affiliative behavior. *Frontiers in neuroendocrinology*, *30*(4), 534-547. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2009.05.004>
- Rousseau, J., & Dubé, M. (1993). Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées. *Revue québécoise de psychologie*, *14*(3), 3-29.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000a). Emergency cesarean section : 25 women's experiences. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *18*(1), 33-39. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106045113&lang=fr&site=ehost-live>
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000b). Emergency cesarean section : 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *18*(1), 33-39. <https://doi.org/10.1080/02646830050001663>
- Ryding, E. L., Wirén, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlström, A.-M. (2004). Group counseling for mothers after emergency cesarean section: A randomized controlled trial of intervention. *Birth*, *31*(4), 247-253. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00316.x>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*(4), 99-104.

- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 242-248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Santé Québec. (1988). *Et la santé ça va ?*
- Schorn, M. N., Moore, E., Spetalnick, B. M., & Morad, A. (2015). Implementing family-centered cesarean birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), 682-690. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12400>
- Sheedy, G. M., Stulz, V. M., & Stevens, J. (2022). Exploring outcomes for women and neonates having skin-to-skin contact during caesarean birth: A quasi-experimental design and qualitative study. *Women Birth*, 35(6), e530-e538. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.008>
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., McEwen, B. S., Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Sidani, S. (2015). *Health Intervention Research : Advances in Research Design and Methods*. Sage, London, UK.
- Sidani, S., Braden, C. J., & Sidani, S. (2021). *Nursing and health interventions : design, evaluation and implementation* (Second edition.). Wiley-Blackwell.
- Simkulet, W. (2019). Informed consent and nudging. *Bioethics*, 33(1), 169-184. <https://doi.org/10.1111/bioe.12449>
- Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 115(8), 1037-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of women's mental health*, 17(3), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>

- Stensland, K. D., McBride, R. B., Latif, A., Wisnivesky, J., Hendricks, R., Roper, N., Boffetta, P., Hall, S. J., Oh, W. K., & Galsky, M. D. (2014). Adult Cancer Clinical Trials That Fail to Complete: An Epidemic? *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 106(9). <https://doi.org/10.1093/jnci/dju229>
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: A review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456-473. <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2016). A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, 37, 41-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.015>
- Stone, S., Prater, L., & Spencer, R. (2014). Facilitating skin-to-skin contact in the operating room after cesarean birth. *Nursing for Women's Health*, 18(6), 486-499. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12161>
- Stricklin, M. L., & Duns, K. L. (2015). Incorporating evidence-based practice for skin-to-skin care in the operating room to increase in-hospital exclusive breastfeeding rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(S1), S53-S54. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12615>
- Sundin, C., & Mazac, L. (2014). A mother-centered approach to skin-to-skin in the operating room. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(S1), S14-S15. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12381>
- Suwal, A., Shrivastava, V. R., & Giri, A. (2013). Maternal and fetal outcome in elective versus emergency cesarean section. *Journal of Nepal Medical Association*, 52(192), 563-566.
- Suzuki, S. (2013). Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(7), 695-696. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.819843>
- Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M., & Kawabe, T. (2011). Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*, 87(3), 151-157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012>
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

- Thompson, N. M., & Maeder, A. B. (2021). Initiative to Increase Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(2), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.008>
- Thukral, A., Sankar, M. J., Agarwal, R., Gupta, N., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2012). Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology*, 102(2), 114-119. <https://doi.org/10.1159/000337839>
- Vaivre-Douret, L., Papiernik, E., & Relier, J. P. (1996). Méthode et soins kangourou. *Archives de Pédiatrie*, 3(12), 1262-1269. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(97\)85939-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0929-693X(97)85939-8)
- Vasquez, M. J., & Berg, O. R. (2012). The baby-friendly journey in a US public hospital. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182107179>
- Velandia, M., Matthisen, A. S., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2010). Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth*, 37(3), 192-201. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00406.x>
- Velandia, M., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2012). Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after caesarean section. *Acta Paediatrica*, 101(4), 360-367. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02523.x>
- Voyer, P., & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 274-296. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/014521ar>
- Ward, J. R., Wilson, H. L., Francis, S. E., Crossman, D. C., & Sabroe, I. (2009). Translational mini-review series on immunology of vascular disease: inflammation, infections and Toll-like receptors in cardiovascular disease. *Clinical and Experimental Immunology*, 156(3), 386-394. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2249.2009.03886.x>
- Watson, J. (1997). The theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nurse Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Wyatt, J. (2001). Medical paternalism and the fetus. *Journal of medical ethics*, 27 Suppl 2, ii15-ii20. https://doi.org/10.1136/jme.27.suppl_2.ii15

- Weissman, M., Myers, J., & Ross, C. (1988). *Community surveys of psychiatric disorders*. New Jersey, University Press.
- Xie, R.-h., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2011). Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1881-1886. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2842>
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 118-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>
- Yang, X.-J., & Sun, S.-S. (2017). Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(3), 503-512. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4445-2>
- Yao, H., & Rahman, I. (2009). Current concepts on the role of inflammation in COPD and lung cancer. *Current Opinion in Pharmacology*, 9(4), 375-383. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2009.06.009>
- Zainal, N. Z., Kaka, A. S., Ng, C. G., Jawan, R., & Singh Gill, J. (2012). Prevalence of postpartum depression in a hospital setting among Malaysian mothers. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4(2), 144-149. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2011.00173.x>
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275-279. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x>
- Zauderer, C., & Goldman, S. (2012). Cesarean mothers' perception of benefits associated with skin-to-skin contact. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(S1), S150-S151. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01362_45.x
- Zavala-Soto, J. O., Hernandez-Rivero, L., & Tapia-Fonllem, C. (2022). Pro-lactation cesarean section: Immediate skin-to-skin contact and its influence on prolonged breastfeeding. *Frontiers in Sociology*, 7, 908811. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.908811>
- Zheng, Y., Xia, Y., Ye, W., & Zheng, C. (2022). The Effect of Skin-to-Skin Contact on Postoperative Depression and Physical Recovery of Parturients after Cesarean Section in Obstetrics and Gynecology Department. *Comput Math Methods Med*, 2022, 9927805. <https://doi.org/10.1155/2022/9927805>

Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31(1), 215-220.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014>

Appendice A

Nombre et types de césariennes effectuées au bloc opératoire de l'hôpital de Cité de la
Santé du CISSS de Laval de 2016 à 2023

Nombre et types de césariennes effectuées au bloc opératoire de l'hôpital de Cité de la Santé du CISSS de Laval de 2016 à 2023 (Bloc opératoire de l'hôpital de Cité de la Santé du CISSS de Laval, communication personnelle, 30 août 2023)

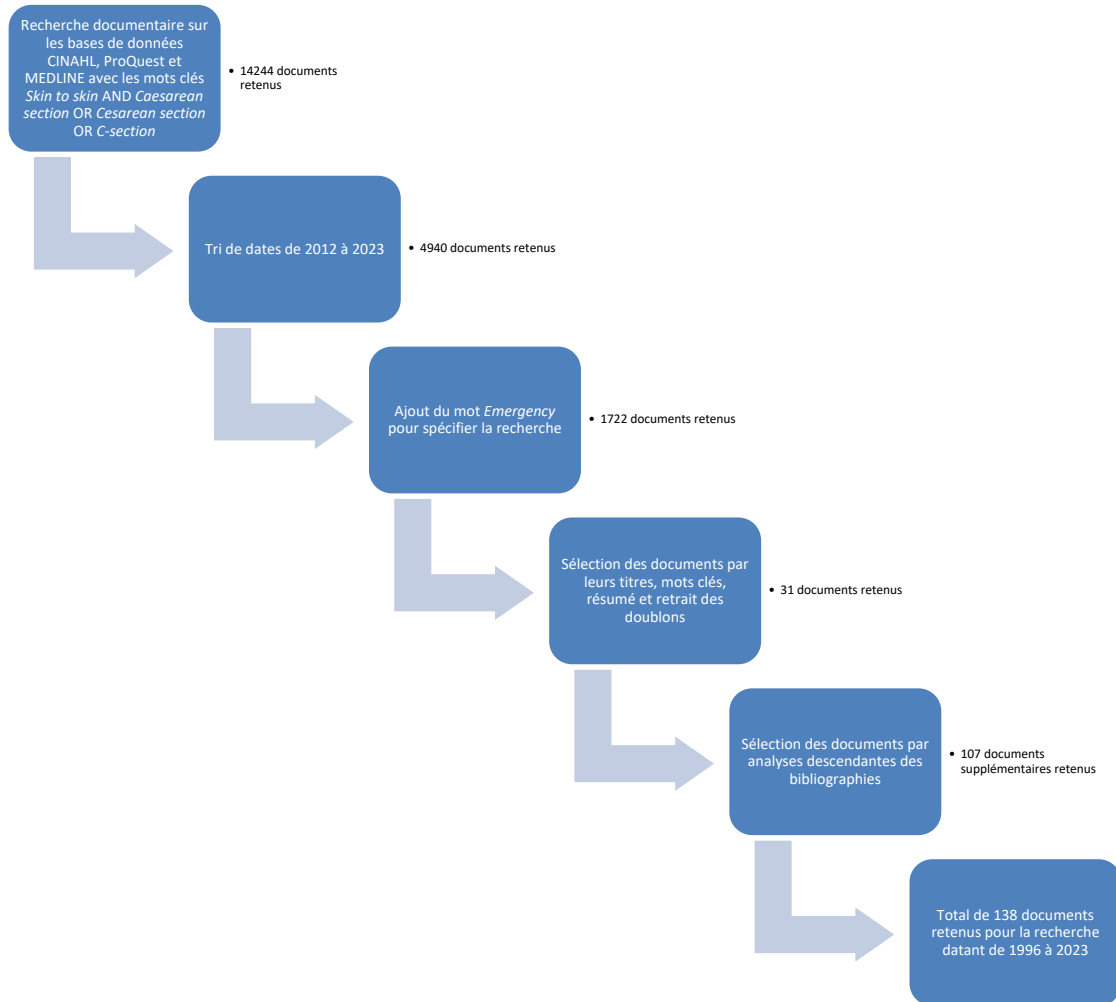
Organisation <input type="text" value="Toutes les organisations"/>																
Point de service <input type="text" value="Bloc opératoire"/>																
Spécialité <input type="text" value="Gynécologie"/>																
Famille intervention <input type="text" value="Césarienne"/>																
Nombre de requêtes <input type="text" value="Per."/>																
Période année <input type="text" value=""/>	Priorité médicale <input type="text" value=""/>	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Total général	
2022-2023		66	81	53	80	89	70	58	65	62	68	72	70	78	912	
	Électifs	27	37	21	49	44	32	27	34	30	35	34	33	39	442	
	Urgences	39	44	32	31	45	38	31	31	32	33	38	37	39	470	
2021-2022		59	75	72	79	82	83	75	66	79	72	70	57	93	962	
	Électifs	27	36	37	42	46	51	41	35	37	32	34	23	49	490	
	Urgences	32	39	35	37	36	32	34	31	42	40	36	34	44	472	
2020-2021		58	63	77	81	69	66	67	68	66	51	75	83	92	916	
	Électifs	34	35	40	45	39	33	31	36	31	20	36	34	38	452	
	Urgences	24	28	37	36	30	33	36	32	35	31	39	49	54	464	
2019-2020		53	71	70	70	89	64	47	43	77	60	65	85	62	856	
	Électifs	25	32	38	31	48	33	22	23	35	22	25	42	32	408	
	Urgences	28	39	32	39	41	31	25	20	42	38	40	43	30	448	
2018-2019		64	68	65	69	63	58	72	63	64	59	67	73	66	851	
	Électifs	32	27	34	35	28	27	34	28	26	29	31	32	29	392	
	Urgences	32	41	31	34	35	31	38	35	38	30	36	41	37	459	
2017-2018		68	62	66	68	78	78	60	63	53	56	43	53	58	806	
	Électifs	29	30	39	29	39	45	30	30	26	23	20	31	34	405	
	Urgences	39	32	27	39	39	33	30	33	27	33	23	22	24	401	
2016-2017		73	61	62	68	76	72	63	60	49	51	52	64	56	807	
	Électifs	39	38	35	38	41	39	30	28	24	25	21	36	28	422	
	Urgences	34	23	27	30	35	33	33	32	25	26	31	28	28	385	
Total général		441	481	465	515	546	491	442	428	450	417	444	485	505	6 110	

Note. Le début d'année fiscale du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec commence le premier avril et fini le 31 mars de chaque année.

Appendice B

Stratégie de la recherche documentaire

Stratégie de la recherche documentaire



Appendice C

Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Gouvernement du Québec,
2021)

Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Gouvernement du

Québec, 2021) (p. 7)

Procédures de gestion pour l'établissement
<ol style="list-style-type: none">1a. Respecter pleinement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.1b. Adopter une politique écrite sur l'alimentation infantile et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents.1c. Mettre en place un système de monitoring continu et de gestion des données.2. S'assurer que les membres de l'équipe aient les compétences nécessaires pour soutenir l'allaitement maternel.
Pratiques cliniques essentielles pour les services périnataux
<ol style="list-style-type: none">3. Discuter avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement et de sa pratique.4. S'assurer que le contact peau à peau soit immédiat et ininterrompu, et soutenir les mères à amorcer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance.5. Soutenir les mères à amorcer et poursuivre l'allaitement, et à gérer les difficultés courantes.6. Ne donner aucun aliment ou liquide autre que le lait maternel aux bébés allaités pendant les six premiers mois de vie, sauf si indication médicale.7. S'assurer que les mères et leur bébé restent ensemble en cohabitation 24 heures sur 24.8. Soutenir les mères à reconnaître et à répondre aux signes que leur bébé est prêt à téter.9. Informer les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucés.10. Coordonner le congé de sorte que les familles aient accès à du soutien en temps opportun dans le continuum de soins et services.

Appendice D

Le bien-être psychologique, ses cousins et leurs attributs (Voyer & Boyer, 2001)

Le bien-être psychologique, ses cousins et leurs attributs (Voyer & Boyer, 2001)

Tableau 5

Plus d'outils

Caractéristiques	Attributs
Le bien-être psychologique	1- acceptation de soi, 2-les relations avec les autres, 3- l'autonomie, 4- la maîtrise sur l'environnement, 5- des buts dans la vie, 6- la croissance personnelle, 7- le bonheur.
Le moral	1- le niveau d'engagement dans la vie, 2- la présence ou l'absence de symptômes de détresse, 3- la satisfaction de soi, 4- la syntonie entre soi et son environnement, 5- capacité d'accepter l'inévitable (la mort, la douleur, l'éloignement).
La qualité de vie	1- un sentiment général de bien-être, 2- la satisfaction des besoins (physiques, psychologiques, et sociaux), 3- une personne de l'extérieur doit porter une évaluation objective sur les conditions de vie de la personne, 4- mesure de symptômes (détresse) de maladies mentales.
La satisfaction dans la vie	1- la congruence entre les aspirations d'une personne et ses réalisations, 2- le niveau de vitalité ou de dynamisme.
Le bien-être subjectif	1- évaluation générale de la vie, 2- il y a évaluation des domaines spécifiques de la vie tels que le mariage et le travail.
Le bonheur	1- sentiments (heureux), 2- humeur (joyeuse).
La santé mentale	1- dimension positive : la satisfaction dans la vie ou le bonheur ou le bien-être psychologique, 2- dimension négative : le niveau de dépression et d'anxiété, ou de désordres. Certains cas : - fonctionnement psychologique, - capacité de résolution de problèmes.
La détresse psychologique	1- dépression, 2- anxiété, 3- désordres psychologiques

Appendice E

Analyse des cadres et modèles théoriques de bien-être psychologique

Tableau 7

Analyse des cadres et modèles théoriques de bien-être psychologique (BEP)

Auteurs	Concept de BEP
Bradburn (1969)	Dimensions clés : sentiment de compétence, estime de soi, relations affectives, optimisme, bonheur.
Bryant et Veroff (1982)	Prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs. Sentiment de bien-être, perception de soi, symptômes de détresse, et l'adaptation de la personne au mariage, au rôle de parent et au travail.
Andrews et McKennell (1980)	Distinction des sentiments et du cognitif, la cognition est aussi importante que l'affectif dans l'évaluation du concept.
Berrera (1988)	Importance du soutien social.
Pearlin (1985)	
House et Khan (1985)	
Reich et Zautra (1981)	Variable importante pour le concept : contrôle sur la vie.
Massé et al. (1998)	Estime de soi, équilibre, engagement social, sociabilité, contrôle de soi, bonheur.

Tableau 7*Analyse des cadres et modèles théoriques de bien-être psychologique (BEP) (suite)*

Auteurs	Concept de BEP
Rousseau et Dubé (1993)	Proposent quatre dimensions : – caractères personnels (âge, état civil, mode de résidence, enracinement, homogénéité d'âge), – stress personnel et environnemental (perception de la résidence, de la santé, du quartier, du travail), – facteur cognitif (croyances), – variables relationnelles (satisfaction du soutien, soutien émotionnel, réseau total, fréquences des rencontres).
Ryff (1995)	Acceptation de soi, relation avec les autres, autonomie, maîtrise de l'environnement, but dans la vie, croissance personnelle. Une personne qui répond positivement aux six dimensions aura un haut niveau de BEP. Cadre rejeté, car contient une dimension négative alors qu'il a été prouvé que le concept de BEP ne doit être basé que sur des dimensions positives.

Appendice F

Analyse des cadres et modèles théoriques de détresse psychologique

Tableau 8

Analyse des cadres et modèles théoriques de détresse psychologique (DP)

Auteurs	Concept de DP
Gotlib et Cane (1989) Ifeld (1976) Santé Québec (1988)	Dépression, anxiété, autre désordre psychologique.
Gotlib et Cane (1989) Massé et al (1998b) Weissman (1988)	Outils de mesure basés sur : Désespoir, tristesse, anxiété, troubles cognitifs, démoralisation, irritabilité, somatisation, obsession, compulsion, perte de contrôle sur les émotions et les comportements.
Massé et al. (1998)	Auto-dévalorisation qui réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi, une tendance à s'isoler de son entourage. Irritabilité/agressivité qui s'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage. Anxiété/dépression couplée à un état de stress. Un désengagement social associé à un désintérêt généralisé.
Link et Dohrenwend (1980)	Corrélation entre DP et estime de soi, tristesse, anxiété, désorientation, absence d'espoir.

Appendice G

Modèle de santé mentale de Massé et al. (1998)

Modèle de santé mentale de Massé et al. (1998, p.489)

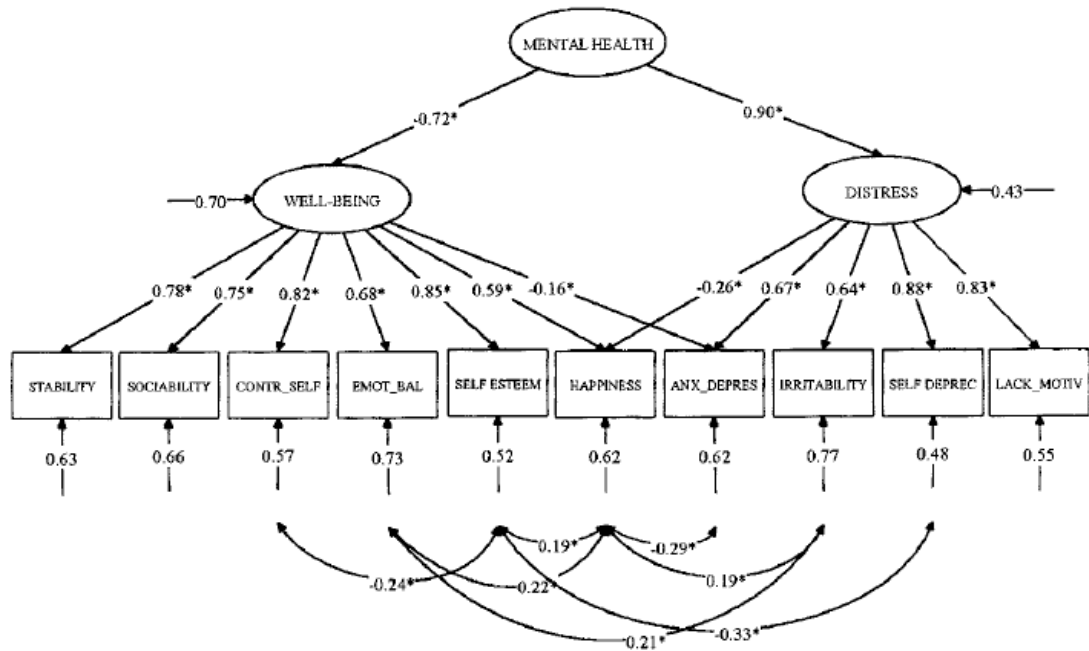


Figure 1. Path diagram for the higher-order mental health model with correlated residuals (M_2).

Appendice H

Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre de l'étude : L'effet du « peau à peau » sur la détresse et le bien-être
psychologique de la mère primipare après une césarienne d'urgence**

Nom et coordonnées de la chercheuse : Roseline Galipeau, inf. Ph. D.,
Directrice de recherche
Lucie Lemelin, inf. Ph. D.,
Co-directrice de recherche



Nom et coordonnées de l'étudiante : Marie Bensa, inf. B.Sc.,
Étudiante à la maîtrise en sciences
infirmières



Numéro : 2022-705

Financement : Aucun

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. Nature et objectif de l'étude

Depuis 2014, les naissances par césarienne représentent 25 % des naissances au Québec, 20 % des naissances dans la région de Laval. La naissance en urgence peut avoir un impact sur l'expérience de naissance. La méthode de « peau à peau » est une technique qui consiste à établir un contact peau contre peau dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée entre la maman et son bébé né à terme. Le bébé sera placé nu contre la poitrine nue de sa mère en favorisant un contact entre sa poitrine et l'abdomen de la mère dans une position permettant au bébé d'ouvrir pleinement ses poumons, soit avec les bras de chaque côté du corps de sa mère. Cette technique a été longuement étudiée en sciences infirmières dans divers contextes ; à notre connaissance, aucune d'entre elles ne la lie au contexte de césarienne non planifiée. Les objectifs de cette étude sont d'examiner la détresse

psychologique (DP) et le bien-être psychologique (BEP) des mères primipares, soit les femmes qui accouchent pour la première fois, après avoir vécu une naissance par césarienne d'urgence au sein du CISSS de Laval. Entre 40 et 60 répondantes seront recrutées.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Cette étude se déroulera sur une période de quatre mois et aura pour but de comparer l'effet de la mise en place de la technique du « peau à peau » par rapport à l'absence de mise en place de celle-ci sur la DP et le BEP dans un contexte de césarienne d'urgence.

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, vous devrez compléter des questionnaires en ligne dans les 72 heures post-césarienne, puis à nouveau un mois post-césarienne. Le premier questionnaire vise à collecter des caractéristiques sociodémographiques (âge, état civil, éducation, informations sur votre grossesse et votre accouchement, informations sur la mise en place ou non du « peau à peau »,...) pour décrire le profil des répondantes. Les deuxième et troisième questionnaires visent à mesurer l'état de santé mentale de la mère primipare dans le contexte de césarienne non planifiée. La durée moyenne de votre participation sera de quinze minutes pour chaque questionnaire.

Les questionnaires devront être complétés via le logiciel Lime Survey à deux moments distincts soit, dans un premier temps, dans les 72 heures post-césarienne

d'urgence, et dans un deuxième temps, un mois post-césarienne d'urgence tel que décrit dans le tableau 1. Si l'accès à ce logiciel n'est pas possible, des questionnaires papier vous seront remis avec des enveloppes préaffranchies afin de les retourner à l'étudiante-chercheuse.

Tableau 1. Processus de collecte de données

Moment de la collecte	Noms des questionnaires	Durée	Lieu
72 heures post-césarienne d'urgence	– Questionnaire sociodémographique ; – Échelle de mesure des manifestations de DP de Massé et al. (1998a)	15 minutes chaque	Domicile
Un mois post-césarienne d'urgence	– Échelle de mesure des manifestations de DP de Massé et al. (1998a) ; – Échelle de mesure des manifestations du BEP de Massé et al. (1998a)	15 minutes chaque	Domicile

3. Risques associés au projet de recherche

La participation à cette recherche pourrait soulever certains risques psychologiques immergés que la complétion du questionnaire pourrait mettre en évidence à l'égard de la césarienne d'urgence vécue. Advenant le cas où vous auriez besoin du soutien d'un professionnel, nous pourrions vous orienter vers une personne-ressource capable de vous aider, vous soutenir et répondre à vos questions. De plus, l'étudiante-chercheuse sera entièrement disponible afin de répondre à tous les questionnements que vous pourriez soulever.

4. Inconvénients associés au projet de recherche

La participation à cette recherche pourrait occasionner certains inconvénients liés aux émotions que la complétion du questionnaire pourrait susciter à l'égard de la césarienne d'urgence vécue. Advenant le cas où vous auriez besoin du soutien d'un professionnel, nous pourrions vous orienter vers une personne-ressource capable de vous aider, vous soutenir et répondre à vos questions. De plus, l'étudiante-chercheuse sera entièrement disponible afin de répondre à tous les questionnements que vous pourriez soulever.

5. Bénéfices potentiels ou attendus

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des

connaissances scientifiques dans ce domaine et à une meilleure compréhension du phénomène étudié.

6. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à la participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que la participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet. Si vous vous retirez du projet ou êtes retirée du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet de recherche qui pourrait avoir un effet sur votre décision de continuer à y participer vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité

Durant la participation à ce projet de recherche, la chercheure responsable de ce projet recueillera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ces renseignements peuvent comprendre votre signature, vos informations sociodémographiques et vos réponses apportées aux différents questionnaires. Vous ne serez identifiée que par un numéro de code anonyme. Aucun moyen ne permettra de relier le code et le nom. Les données de recherche cryptées seront conservées sur le serveur de l'Université du Québec en Outaouais et les formulaires de consentement signés seront conservés par la chercheure responsable de ce projet de recherche pendant au moins 10 ans puis détruits de façon sécuritaire et confidentielle à l'issue. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Pour assurer votre sécurité, le formulaire de consentement témoignant de votre participation à ce projet sera versé dans votre dossier médical.

8. En cas de préjudice

En cas de préjudice, vous recevrez tous les soins et les services requis par votre état de santé. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez pas la chercheure et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

9. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet.

10. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse responsable, Marie Bensa, au numéro suivant : [REDACTED] (entre 8 h et 18 h, du lundi au vendredi). L'étudiante-chercheuse sera entièrement disponible afin de répondre à tous les questionnements que vous pourriez soulever par dans le but de s'assurer que les réponses collectées correspondent au plus proche à la réalité.

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec votre état de santé, vous pouvez communiquer avec le Service d'Accompagnement Familial de l'Université du Québec en Outaouais, au numéro suivant : 1-800-567-1283 poste 4492 ou par courriel à : santefamille@uqo.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participante à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Laval au 450-668-1010 poste 23628 ou par courriel à : plaintes.csssl@ssss.gouv.qc.ca.

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval a donné son approbation éthique au projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question

concernant vos droits en tant que sujet participante à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval au numéro 450-668-1010 poste 23655 ou par courriel à : cer.csssl@ssss.gouv.qc.ca.

CONSENTEMENT

L'effet du « peau à peau » sur la détresse et le bien-être psychologique de la mère primipare après une césarienne d'urgence

Déclaration de la participante

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom de la participante

Signature

Date

Déclaration de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué à la participante le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

Nom de la personne qui obtient

Signature

Date

le consentement

Processus de complétion

Le premier questionnaire devant être complété dans les 72 premières heures après votre césarienne d'urgence est accessible grâce au lien hypertexte suivant :

<https://sondages.uqo.ca/index.php/673825?lang=fr>

Ou au QR code suivant :



Le deuxième questionnaire devant être complété un mois après votre césarienne d'urgence est accessible grâce au lien hypertexte suivant :

<https://sondages.uqo.ca/index.php/492572?lang=fr>

Ou au QR code suivant :



Votre code d'utilisateur anonyme permettant à l'étudiante-chercheuse de lier vos réponses du premier et du deuxième questionnaire ensemble est : L'initiale du prénom de votre enfant, le jour et l'heure de naissance.

Par exemple, votre enfant se nomme Hélène et est née le 18 août à 23 h 15. Votre code est H-18-23-15.

Il est important de conserver ces données pour pouvoir compléter votre deuxième questionnaire dans un mois.

Merci de participer au projet de recherche.

Questionnaire sociodémographique

Veillez cocher les cases et inscrire vos réponses dans les espaces prévus, le cas échéant.

1. Âge : _____

2. État civil :

Célibataire : Conjointe de fait : Mariée : Divorcée : Séparée : Monoparentale :

3. Éducation :

Primaire : Secondaire régulier : Secondaire professionnel : Collégial régulier :

Collégial professionnel : Baccalauréat : Maîtrise : Doctorat :

4. Accouchez-vous pour la première fois ?

Oui Non

5. Votre grossesse était une grossesse :

Unique soit un seul enfant Multiple soit deux enfants ou plus

6. Votre bébé est-il né en santé et à terme ?

Oui Non

7. **Peau à peau** : Cette technique consiste à établir un contact peau contre peau dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée entre la maman et son bébé né à terme. Le bébé sera placé nu contre la poitrine nue de sa mère en favorisant un contact entre sa poitrine et l'abdomen de la maman dans une position permettant au bébé d'ouvrir pleinement ses poumons, soit avec les bras de chaque côté du corps de sa mère.

Avant votre grossesse, connaissiez-vous la technique du « peau à peau » ?

Oui Non

8. Avez-vous pu mettre en place du « peau à peau » après votre césarienne non programmée ?

Oui Non

9. Combien de temps après la naissance avez-vous pu mettre en place la technique de « peau à peau » avec votre nouveau-né ?

Instantanément De 5 à 10 minutes De 11 à 15 minutes De 16 à 30 minutes

De 31 à 60 minutes Plus d'une heure

10. Pendant combien de temps avez-vous pu mettre en place la technique du « peau à peau » avec votre nouveau-né ?
- Moins de 5 minutes De 6 à 15 minutes De 16 à 30 minutes De 31 à 45 minutes
De 46 à 60 minutes Plus d'une heure
11. Quel âge a votre nouveau-né au moment de compléter ce questionnaire ? _____ jour(s) _____ heures(s)
12. Avez-vous été diagnostiquée pour un trouble de santé mentale ?
- Oui Non
- Si oui, en quelle année ? _____
13. Quel est votre diagnostic de santé mentale ? _____
14. Votre état de santé mentale est-il contrôlé ?
- Oui Non
- Si oui, depuis combien de temps ?

ÉMMDP : Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique de Massé et al. (1998a)

Veillez choisir la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre situation.

Dans les 72 heures suivant ma césarienne (T1)/Un mois après ma césarienne (T2) :

1. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
2. J'ai été agressive pour tout et pour rien.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
3. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
4. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
5. J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
6. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

7. Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

8. J'ai été en conflit avec mon entourage.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

9. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

10. Je me suis sentie triste.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

11. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

12. J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

13. J'ai manqué de confiance en moi.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

14. Je me suis sentie préoccupée, anxieuse.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

15. J'ai perdu patience.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

16. Je me suis sentie déprimée, ou « down ».

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

17. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

18. J'ai eu le sentiment d'être inutile.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

19. Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

20. Je me suis sentie mal dans ma peau.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

21. Je me suis sentie stressée, sous pression.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

22. J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

23. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

Merci de votre précieuse collaboration !

ÉMMBEP : Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique de Massé et al. (1998a)

Veillez choisir la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre situation.

Un mois après ma césarienne :

1. Je me suis sentie en confiance.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
2. J'étais satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
3. J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
4. Je me suis sentie équilibrée émotionnellement.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
5. Je me suis sentie aimée et appréciée.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
6. J'avais des buts, des ambitions.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

7. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
8. Je me suis sentie utile.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
9. J'avais facilement un beau sourire.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
10. J'ai été égale à moi-même, naturelle, en toutes circonstances.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
11. J'avais une bonne écoute pour mes amis.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
12. J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
13. J'ai pu faire la part des choses, lorsque confrontée à des situations complexes.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
14. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours
15. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.
Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

16. J'étais plutôt calme, posée.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

17. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

18. J'ai été en bons termes avec mon entourage.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

19. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

20. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

21. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

22. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

23. Je me suis sentie en santé, en pleine forme.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

24. J'ai su affronter positivement des situations difficiles.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

25. J'avais un bon moral.

Jamais Rarement La moitié du temps Fréquemment Presque toujours

Merci de votre précieuse collaboration !

Appendice I
Cahiers de codes

Tableau 9
Cahier de codes

	Questionnaire sociodémographique	No de question
age	Âge de la parturiente	1
etatcivil	État civil de la parturiente 0 = Célibataire 1 = Conjointe de fait 2 = Mariée 3 = Divorcée 4 = Séparée 5 = Monoparentale	2
education	Niveau d'étude de la parturiente 0 = Primaire 1 = Secondaire régulier 2 = Secondaire professionnel 3 = Collégial régulier 4 = Collégial professionnel 5 = Baccalauréat 6 = Maîtrise 7 = Doctorat	3
primipare	Accouchez-vous pour la première fois 0 = oui 1 = non	4
unipare	Votre grossesse était une grossesse 0 = unique soit un enfant seul 1 = multiple soit deux enfants ou plus	5
terme	Votre bébé est-il né en santé et à terme 0 = oui 1 = non	6
connaissStoS	Avant votre grossesse, connaissiez-vous la technique du « peau à peau » 0 = oui 1 = non	7

Tableau 9
Cahier de codes (suite)

	Questionnaire sociodémographique	No de question
mepStoS	Avez-vous pu mettre en place du peau à peau après votre césarienne d'urgence 0 = oui 1 = non	8
delaiStoS	Combien de temps après la naissance avez-vous pu mettre en place la technique de peau à peau 0 = instantanément 1 = De 5 à 10 minutes 2 = De 11 à 15 minutes 3 = De 16 à 30 minutes 4 = De 31 à 60 minutes 5 = Plus d'une heure	9
dureeStoS	Pendant combien de temps avez-vous pu mettre en place la technique de peau à peau avec votre nouveau-né 0 = Moins de 5 minutes 1 = De 6 à 15 minutes 2 = De 16 à 30 minutes 3 = De 31 à 45 minutes 4 = De 46 à 60 minutes 5 = Plus d'une heure	10
agenouveaune	Quel âge a votre nouveau-né au moment de compléter ce questionnaire	11
maladiementale	Avez-vous été diagnostiquée pour un trouble de santé mentale ? 0 = oui 1 = non	12
anneediag	Année du diagnostic de trouble de santé mentale	13
diagnostic	Quel est votre diagnostic de santé mentale ?	14
etatcontrole	Votre état de santé mentale est-il contrôlé ? 0 = oui 1 = non	15
tpscontrole	Depuis combien de temps	16

Tableau 10*Cahier de codes DP*

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique		No de question
gachevie	J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	1
agressive	J'ai été agressive pour tout et pour rien. 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	2
isole	J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	3
faireface	J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	4
irritable	J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	5

Tableau 10
Cahier de codes DP (suite)

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique		No de question
gout	Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	6
devalorise	Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	7
conflit	J'ai été en conflit avec mon entourage 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	8
abandon	J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	9
triste	Je me suis sentie triste 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	10

Tableau 10
Cahier de codes DP (suite)

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique		No de question
persaïme	J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	11
arrogante	J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	12
perteconfiance	J'ai manqué de confiance en moi 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	13
preoccupee	Je me suis sentie préoccupée, anxieuse 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	14
patience	J'ai perdu patience 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	15

Tableau 10
Cahier de codes DP (suite)

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique		No de question
deprimee	Je me suis sentie déprimée, ou « down » 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	16
initiative	J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	17
inutile	J'ai eu le sentiment d'être inutile 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	18
desinteressee	Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	19
malpeau	Je me suis sentie mal dans ma peau 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	20

Tableau 10
Cahier de codes DP (suite)

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique		No de question
stressee	Je me suis sentie stressée, sous pression 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	21
moinsreceptive	J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	22
concentree	J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	23

Tableau 11
Cahier de codes BEP

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
confianceenmoi	Je me suis sentie en confiance 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	1

Tableau 11*Cahier de codes BEP (suite)*

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
realisation	J'étais satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	2
fonceuse	J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	3
equilibreemotif	Je me suis sentie équilibrée émotionnellement 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	4
aimee	Je me suis sentie aimée et appréciée 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	5
buts	J'avais des buts, des ambitions 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	6

Tableau 11*Cahier de codes BEP (suite)*

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
amuser	J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	7
utile	Je me suis sentie utile 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	8
sourire	J'avais facilement un beau sourire 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	9
naturelle	J'ai été égale à moi-même, naturelle, en toutes circonstances 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	10
ecoute	J'avais une bonne écoute pour mes amis 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	11

Tableau 11
Cahier de codes BEP (suite)

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
curieuse	J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	12
fairepartchoses	J'ai pu faire la part des choses, lorsque confrontée à des situations complexes 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	13
vieexcitante	J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	14
vieequilibre	Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	15

Tableau 11
Cahier de codes BEP (suite)

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
calme	J'étais plutôt calme, posée 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	16
trouvesolution	J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	17
bonstermes	J'ai été en bons termes avec mon entourage 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	18
moderation	J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	19
jouirvie	J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	20

Tableau 11*Cahier de codes BEP (suite)*

Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique		No de question
humour	J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	21
paix	J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	22
sante	Je me suis sentie en santé, en pleine forme 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	23
affronter	J'ai su affronter positivement des situations difficiles 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	24
bonmoral	J'avais un bon moral 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = La moitié du temps 3 = Fréquemment 4 = Presque toujours	25

Appendice J

Étapes d'autorisation du projet de recherche auprès des différents CÉR

Étapes d'autorisation du projet de recherche auprès des différents CÉR

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides*

Statut	Description	Utilisateur
2019-09-17 En préparation	Préparation de demande d'autorisation de projet de recherche	Bensa, Marie
2019-10-24 Déposé	<p>Premier dépôt fait auprès du CER du CISSS des Laurentides</p> <p>Documents proposés :</p> <p>« Démarches accès aux dossiers médicaux_BENSA MARIE »</p> <p>Formulaire de demande d'accès à des dossiers médicaux nommé « FOR_- _Demande_acces_dossiers_medicaux_BENSA MARIE »</p> <p>Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche nommé « FOR_- _Demande_eval_projet_de_recherche_BENSA MARIE »</p> <p>Formulaire de consentement nommé « Formulaire de consentement - Bensa Marie »</p> <p>Protocole de recherche nommé « Protocole de recherche »</p> <p>Calendrier de recherche nommé « Calendrier recherche Bensa Marie »</p>	Bensa, Marie

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

Statut	Description	Utilisateur
	Autorisation de déclaration d'éthique de l'UQO nommée « Bensa_Marie_3122_declaration_ethique_acceptee »	
	Curriculum vitae nommé « CV 2019 BENSA MARIE »	
	Lettre d'attestation de l'UQO nommée « Lettre d'attestation - sujet recherche app - Marie Bensa »	
2019-10-28 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Turcotte, Emmanuelle
	Demande de modifications de documents	
2019-10-28 Déposé	Documents proposés :	Bensa, Marie
	Formulaire de consentement modifié nommé « Formulaire de consentement - Bensa Marie »	
2019-10-28 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Turcotte, Emmanuelle
2019-10-29 À l'étude	Demande de curriculum vitae des directrices de mémoire	Turcotte, Emmanuelle
	Demande de dépliant d'information pour le recrutement	

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

Statut	Description	Utilisateur
2019-11-06 Déposé	Documents proposés : Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche modifié nommé « Demande_eval_projet_de_recherche_BENSA MARIE » Protocole de recherche modifié nommé « Protocole de recherche »	Bensa, Marie
2019-11-06 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Turcotte, Emmanuelle
2019-11-07 À l'étude	Demande de modifications de documents	Turcotte, Emmanuelle
2019-11-07 Déposé	Documents proposés : Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche nommé « FOR_ - _Demande_eval_projet_de_recherche_BENSA MARIE_v2019-11-07 » Formulaire d'information et de consentement nommé « FIC v2019-11-07 -Bensa Marie » Protocole de recherche nommé « PROT v2019-11-07Protocole de recherche -BENSA MARIE »	

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

Statut	Description	Utilisateur
2019-11-07 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Turcotte, Emmanuelle
2020-01-09 Refus	Refus du comité institutionnel	Turcotte, Emmanuelle
2020-01-09 À l'étude	Demande de modifications de documents	Turcotte, Emmanuelle
2020-01-13 Déposé	<p>Documents proposés :</p> <p>Formulaire de demande d'accès à des dossiers médicaux nommé « FOR_ - _Demande_acces_dossiers_medicaux_BENSA MARIE v2020-01-08 »</p> <p>Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche nommé « FOR_ - _Demande_eval_projet_de_recherche_BENSA MARIE_v2020-01-08 »</p> <p>Formulaire de consentement modifié nommé « Formulaire de consentement -Bensa Marie »</p> <p>Protocole de recherche modifié nommé « Protocole de recherche »</p> <p>Calendrier de recherche nommé « Calendrier recherche Bensa Marie »</p>	Bensa, Marie

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

Statut	Description	Utilisateur
2020-01-14 Déposé	Modifications spontanées, documents proposés : Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche nommé « FOR_ - _Demande_eval_projet_de_recherche_BENSA MARIE_v2020-01-14 » Protocole de recherche nommé « Protocole de recherche – BENSA Marie » du 14 janvier 2020	Bensa,Marie
2020-01-17 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Turcotte, Emmanuelle
2020-01-30 À l'étude	Demande de modifications de documents Document reçu : Courriel du 2020/01/30	Turcotte, Emmanuelle
2020-02-05 Déposé	Modifications de documents : Formulaire de consentement modifié nommé « Formulaire de consentement -Bensa Marie-2020- 02-05 » Protocole de recherche modifié nommé « Protocole de recherche »	Bensa, Marie
2020-03-19 COVID-19	Interruption d'analyse du dossier	Turcotte, Emmanuelle

Tableau 12

*Listes des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

Statut	Description	Utilisateur
2020-06-02 Déposé	Modifications spontanées, documents proposés : Formulaire de consentement modifié nommé « Formulaire de consentement -Bensa Marie-2020-06-02 » Protocole de recherche modifié nommé « Protocole de recherche -BENSA MARIE-2020-06-02 »	Bensa,Marie
2020-07-08 En préparation	Levée partielle des mesures limitant les activités de recherche au CISSS des Laurentides Attente de la levée concernant ce projet	Bensa, Marie
2020-09-01 COVID-19	Levée des mesures limitantes	Lapointe, Marie-Ève
2021-02-15 Déposé	Deuxième dépôt fait auprès du CER du CISSS des Laurentides Formulaire de consentement nommé « FIC 2021-02-15 form consent (Bensa Galipeau Lemelin) » Autorisation de déclaration d'éthique de l'UQO nommée « Bensa_Marie_3122_declaration_ethique_acceptee » Lettre d'attestation de l'UQO nommée « Lettre d'attestation - sujet recherche app - Marie Bensa »	Bensa, Marie

Tableau 12

*Liste des démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS
des Laurentides (suite)*

2021-02-15 À l'étude	Accusé de réception du dépôt	Luna, Stéphanie
2021-03-17 À l'étude	Demande de mise à jour de documents si nécessaire	Luna, Stéphanie
2021-03-17 Déposé	Aucune mise à jour nécessaire	Bensa, Marie
2021-03-19 Refusé	Réponse du CER	Luna, Stéphanie
	Document reçu : Courriel du 2021/03/19	

Correspondance du 19 mars 2021 du bureau de soutien à la recherche des Laurentides

Re: ##suivi : Projet peau à peau

15 CISSS LAU Recherche <recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca>

Ven 2021-03-19 11:10

À : Bensa, Marie <benm83@uqo.ca>

Cc : Galipeau, Roseline <roseline.galipeau@uqo.ca>; Lemelin, Lucie <Lucie.Lemelin@uqo.ca>

Bonjour Mme Bensa,

J'ai eu ce matin une rencontre avec la directrice adjointe du continuum santé jeunesse ainsi que le chef de service des unités des naissances du CISSS des Laurentides pour discuter de l'évaluation de la convenance institutionnelle de votre projet. Lors de cette rencontre, votre projet a été présenté, ainsi que les modifications que vous y avez apportées dans les derniers mois pour permettre la réalisation du projet.

Malgré les modifications apportées, ces gestionnaires m'ont fait part de leurs préoccupations en ce qui a trait à la capacité d'accueil de votre projet dans les unités de naissances du CISSS des Laurentides. Voici en quelques points les éléments qui ont été nommés:

- Les gestionnaires soulignent que le CISSS des Laurentides n'a pas un assez gros volume de naissances pour répondre aux demandes du projet en termes de nombre de participantes ciblées. Elles craignent que leur effort et les efforts du personnel de soin déployés pour le projet mènent à des résultats non significatifs pour la pratique au CISSS des Laurentides. Elles recommandent de considérer l'hôpital Cité-de-la-Santé à Laval ou l'hôpital de Le gardeur qui comptent respectivement 3200 et 3000 naissances par années.
- Elles jugent la liste de critères de sélection très vaste et craignent que les infirmières sur le terrain ne puissent se souvenir de l'intégralité des critères de sélection lorsqu'elles exécutent leurs tâches habituelles. Cet enjeu pourrait mener au fait que certaines mères se retrouvent avec le formulaire d'information et de consentement et participent à la recherche alors qu'elles ne correspondent pas aux critères d'inclusion.
- Elles sont sceptiques du fait que les mères primipares s'adressent à la chercheuse principale ou l'étudiante-chercheuse pour répondre à leur question sur le formulaire d'information et de consentement. La relation développée entre l'infirmière soignante et la mère après accouchement est intime et elles s'attendent à ce que les infirmières soient interpellées pour répondre aux questions ou aux inquiétudes des mères face au projet.
- Deux projets pilotes ont lieu en ce moment dans les unités de naissances du CISSS des Laurentides, projets qui demandent des ressources déjà manquantes dans le contexte actuel.
- En raison du contexte de la pandémie, le climat actuel sur les unités de naissance est très difficile. Le personnel est épuisé et leur énergie se concentre sur l'intégration des nouvelles mesures sanitaires en continue mouance. L'ajout d'un projet nécessitant que les infirmières restent alertes à l'arrivée d'une mère répondant aux critères de sélection ne serait pas bien accueilli selon les gestionnaires.

Considérant ces préoccupations, les gestionnaires consultées jugent que le projet ne peut être accueilli au CISSS des Laurentides. Votre demande d'évaluation du projet ne sera donc pas poursuivie.

Je reste à votre disposition pour toutes questions (# de cellulaire : 514.574.4462).

Cordialement,

Stéphanie Luna, Ph. D.

Agente de planification, de programmation et de recherche

Bureau de soutien à la recherche
Direction de l'enseignement et de la recherche
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Centre 465
465, rue Bibeau (suite 400)
Saint-Eustache (Québec) J7R 0C8
Téléphone : 450 473-6811, poste 44324 | Télécopieur : 450 473-7406
Courriel : stephanie.luna.cissslau@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : www.santelaurentides.gouv.qc.ca

Démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laval



Statuts pour le projet skintoskin

Information générale

Identifiant Nagano (acronyme)	skintoskin
Numéros	2022-705
Type de projet	Recherche en sciences humaines, sociales, psychosociales et en réadaptation
Processus accéléré	Non
Si sous-étude, étude principale	Aucune étude principale
Champ d'application	Pôle 1 - Équipe de recherche sur la transformation des pratiques cliniques et organisationnelles - Axe 4 : Qualité et évaluation
Bureau	Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval
Lieu d'évaluation éthique	Évaluation locale
Statut	Autorisé pour la recherche
Utilisateur principal	Bensa, Marie
Date d'approbation du CÉR évaluateur	2021-09-23
Date de renouvellement	2023-09-23

Rencontres

Nom	Décision	Date
Rencontre Comité régulier du 2021-10-19	Approbation	2021-10-19
Rencontre Comité régulier du 2021-05-18	Approuvé conditionnellement	2021-05-18

Statuts du projet CÉR

Statut	Date de création	Utilisateur
Approbation	2021-09-23 16:00	Legris, Chantal
À l'étude	2021-09-23 16:00	Legris, Chantal
Approuvé conditionnellement	2021-09-08 11:04	Legris, Chantal
À l'étude	2021-09-08 11:04	Legris, Chantal
Approuvé conditionnellement	2021-05-25 13:56	Legris, Chantal
À l'étude	2021-05-05 09:48	Legris, Chantal
Dossier complet	2021-05-05 09:45	Legris, Chantal
Déposé	2021-04-27 20:42	Bensa, Marie
En préparation	2021-04-12 12:23	Bensa, Marie

Statuts des formulaires

11c - Formulaire de demande d'évaluation - Recherche en sciences humaines ou sociales

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F11c-1223	2021-05-04 08:03	2021-05-05 08:43	2021-09-27 10:49	Bensa, Marie

Démarches entreprises auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais



Statuts pour le projet SkintoSKin

Information générale

Identifiant Nagano (acronyme)	SkintoSKin
Numéros	2022-2028
Type de projet	F5 - Demande de certificat éthique pour un projet sous l'autorité d'un autre CER
Processus accéléré	Oui
Si sous-étude, étude principale	Aucune étude principale
Champ d'application	Département des sciences infirmières
Bureau	Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais
Lieu d'évaluation éthique	Évaluation locale
Statut	Autorisé pour la recherche
Utilisateur principal	Bensa, Marie
Date d'approbation du CÉR évaluateur	2021-12-12
Date de renouvellement	2023-12-12

Rencontres

Nom	Décision	Date
Rencontre Comité plénier du 2021-12-16	Approbation	2021-12-16

Statuts du projet CÉR

Statut	Date de création	Utilisateur
Approbation	2021-12-12 07:49	Durivage, André
À l'étude	2021-11-22 15:15	Tardif, Caroline
Dossier complet	2021-11-22 15:14	Tardif, Caroline
Déposé	2021-11-22 09:13	Galipeau, Roseline
En préparation	2021-10-13 10:43	Tardif, Caroline

Statuts des formulaires

8-5 - Formulaire de demande de modification de projet

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F8-5-9153	2023-01-10 15:35	2023-01-11 08:54	2023-01-12 09:09	Bensa, Marie

9 - Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F9-9841	2022-11-14 10:00	2022-12-08 09:06	2022-12-08 14:20	Galipeau, Roseline



Le 13 décembre 2021

À l'attention de :
Marie Bensa
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Reconnaissance de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2022-2028

Titre du projet de recherche : L'effet du « peau à peau » sur la détresse et le bien-être psychologique de la mère primipare après une césarienne d'urgence

Nous avons pris connaissance de votre projet de recherche. Suivant l'examen de la documentation reçue et considérant qu'il s'agit d'un projet de recherche qui a déjà fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le **CER du Centre intégré de Santé et des Services Sociaux de Laval**, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO. Un certificat d'approbation éthique est par conséquent émis par le CER de l'UQO.

Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée du projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le : **12 décembre 2022**.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Appendice K

Calendrier de mise en place de collecte de données et de recrutement

Tableau 13*Calendrier de mise en place de collecte de données et de recrutement*

Dates	Commentaire
16-03-2022	Début de la collecte
10-05-2022	Prise de contact avec la gestionnaire de l'UDN pour connaître le nombre de formulaire distribué et proposer un complément de documents
18-05-2022	Relance de l'étudiante-chercheuse
06-06-2022	À ce jour 18 formulaires ont été distribués. La gestionnaire de l'UDN annonce que l'équipe responsable de la distribution du formulaire d'information et de consentement a changé depuis la formation initiale faite par l'étudiante chercheuse avant la mise en place de la collecte.
15-06-2022	Du 28 février 2022 au 21 mai 2022, le centre comptabilise 121 naissances par césariennes d'urgence (primipare et multipare confondue). À ce jour 12 formulaires supplémentaires ont été distribués.
20-06-2022	L'étudiante-chercheuse demande l'autorisation de se rendre à l'UDN pour renseigner la nouvelle équipe sur le protocole de recherche
21-06-2022	Refus de la gestionnaire de l'UDN de permettre à l'étudiante-chercheuse de venir décrire le protocole de recherche, car cette étape a été faite en interne.
11-09-2022	1 réponse en ligne sans contact
30-09-2022	1 réponse par la poste sans contact
17-01-2023	1 refus
19-01-2023	2 refus
22-01-2023	1 veut prendre le temps d'y réfléchir
24-01-2023	1 réponse en ligne avec contact
26-01-2023	1 refus
29-01-2023 ad 27-02-2023	Isolement covid x 3, isolement influenza
07-03-2023	1 refus
11-03-2023	1 veut prendre le temps d'y réfléchir
23-03-2023	2 réponses en ligne avec contact (1 complète et 1 partielle)
29-03-2023	1 réponse en ligne avec contact

Tableau 13*Calendrier de mise en place de collecte de données et de recrutement (suite)*

Dates	Commentaire
30-03-2023	1 patiente en salle d'opération à 18 h, avait eu congé le lendemain à 16 h
31-03-2023	1 patiente, refus de l'équipe de soins, car la patiente et le bébé sont positifs à la covid et, car la DPJ est au dossier
03-04-2023	Équipe de soins annonce trois candidates, non éligibles à l'analyse des critères d'admissibilité (non primipares et/ou césarienne non urgente)
20-04-2023	1 patiente, résistance de l'équipe, car la patiente a été en induction x72h et bébé transféré en unité de soins intensifs. L'équipe suggère de revenir le lendemain. Même situation le lendemain. Patiente finie par quitter avec un formulaire d'information et de consentement.
26-04-2023	Équipe de soins annonce 2 candidates, non éligibles à l'analyse des critères d'admissibilité (non primipares)
05-05-2023	Arrêt de la collecte

Appendice L

Collecte de données

Tableau 14*Caractéristiques sociodémographiques*

	ID de la réponse					
	1	2	3	4	5	6
Quel est votre code d'utilisateur anonyme ?	G06	A222302	T221159	R22031036	L281648	MB01
Quel âge avez-vous ?	35	37	26	34	27	30
Quel est votre état civil ?	Conjoint de fait	Monoparentale	Conjoint de fait	Conjoint de fait	Conjoint de fait	Conjoint de fait
Quel est votre dernier niveau d'éducation complété ?	Collégial professionnel	Maîtrise	Collégial professionnel	Baccalauréat	Baccalauréat	Baccalauréat
Avez-vous été diagnostiquée pour un trouble de santé mentale ?	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
En quelle année avez-vous été diagnostiquée pour un trouble de santé mentale ?	2017					

Tableau 14*Caractéristiques sociodémographiques (suite)*

	ID de la réponse					
	1	2	3	4	5	6
Quel est votre diagnostic de santé mentale ?	Dépression - trouble alimentaire					
Votre état de santé mentale est-il contrôlé ?	Oui	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Depuis combien de temps votre état de santé est-il contrôlé ?	2018-09-11 00:00:00					

Tableau 15*Données cliniques*

	ID de la réponse					
	1	2	3	4	5	6
Quel est votre code d'utilisateur anonyme ?	G06	A222302	T221159	R22031036	L281648	MB01
Accouchez-vous pour la première fois ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Votre grossesse était une grossesse	Unique soit un seul enfant	Unique soit un seul enfant	Unique soit un seul enfant	Unique soit un seul enfant	Unique soit un seul enfant	Unique soit un seul enfant
Votre bébé est-il né en santé et à terme ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Avant votre grossesse, connaissiez-vous la technique du « peau à peau » ?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Avez-vous pu mettre en place du « peau à peau » après votre césarienne non programmée ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Tableau 15*Données cliniques (suite)*

	ID de la réponse					
	1	2	3	4	5	6
Combien de temps après la naissance avez-vous pu mettre en place la technique du « peau à peau » avec votre nouveau-né ?	Plus d'une heure	Instantanément	Instantanément	De 31 à 45 minutes	Instantanément	Instantanément
Pendant combien de temps avez-vous pu mettre en place la technique du « peau à peau » avec votre nouveau-né ?	Moins de cinq minutes	De 16 à 30 minutes	Moins de cinq minutes	Plus d'une heure	Plus d'une heure	Plus d'une heure
Quel âge à votre nouveau-né au moment de compléter ce questionnaire ? [Nombre d'heures]	51	15	29	36	24	0

Tableau 15*Données cliniques (suite)*

	ID de la réponse					
	1	2	3	4	5	6
Quel âge à votre nouveau-né au moment de compléter ce questionnaire ? [Nombre de jour(s)]	2	1	1	1	1	4

Tableau 17*Réponses de l'irritabilité/l'agressivité au T1*

ID de la réponse	Quel est votre code d'utilisateur anonyme ?	J'ai été agressive pour tout et pour rien	J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait	J'ai été en conflit avec mon entourage	J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde	J'ai perdu patience
1	G6	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Rarement
2	A222302	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
3	T221159	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
4	R22031036	Jamais	Rarement			
5	L281648	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
6	MB01	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 18*Réponses de l'anxiété/la dépression au T1*

ID de la réponse	Quel est votre code d'utilisateur anonyme ?	Je me suis sentie triste	Je me suis sentie préoccupée, anxieuse	Je me suis sentie déprimée, ou « down ».	Je me suis sentie mal dans ma peau	Je me suis sentie stressée, sous pression
1	G6	Fréquemment	Fréquemment	La moitié du temps	La moitié du temps	Rarement
2	A222302	Rarement	Rarement	Jamais	Rarement	Rarement
3	T221159	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
4	R22031036					
5	L281648	Rarement	Rarement	Jamais	Rarement	Jamais
6	MB01	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 20*Évaluation de l'auto-dévalorisation au T1*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 2)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie	2 (100)				
J'ai eu tendance à m'isoler, me couper du monde	1 (50)	1 (50)			
J'ai eu des difficultés à faire face à mes problèmes	2 (100)				
Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée	2 (100)				
J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait	2 (100)				
J'ai manqué de confiance en moi	2 (100)				
J'ai eu le sentiment d'être inutile	2 (100)				

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 20*Évaluation de l'auto-dévalorisation au T1 (suite)*

Données	Groupe témoin (<i>n</i> = 4)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie (<i>n</i> = 4)	4 (100)				
J'ai eu tendance à m'isoler, me couper du monde (<i>n</i> = 4)	4 (100)				
J'ai eu des difficultés à faire face à mes problèmes (<i>n</i> = 4)	4 (100)				
Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée (<i>n</i> = 3)	2 (50)		1 (25)		
J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait (<i>n</i> = 3)	3 (75)				
J'ai manqué de confiance en moi (<i>n</i> = 3)	2 (50)		1 (25)		
J'ai eu le sentiment d'être inutile (<i>n</i> = 3)	1 (25)	2 (50)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 21*Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T1*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 2)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai été agressive pour tout et pour rien	2 (100)				
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait	2 (100)				
J'ai été en conflit avec mon entourage	2 (100)				
J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde	2 (100)				
J'ai perdu patience	2 (100)				
J'ai été agressive pour tout et pour rien	2 (100)				
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait	2 (100)				

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 21*Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T1 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 4)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
J'ai été agressive pour tout et pour rien (<i>n</i> = 4)	4 (100)				
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait (<i>n</i> = 4)	3 (75)	1 (25)			
J'ai été en conflit avec mon entourage (<i>n</i> = 3)	3 (75)				
J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde (<i>n</i> = 3)	3 (75)				
J'ai perdu patience (<i>n</i> = 3)	2 (50)	1 (25)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 22*Évaluation de l'anxiété/la dépression au T1*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 2)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Je me suis sentie triste	1 (50)	1 (50)			
Je me suis sentie préoccupée, anxieuse	1 (50)	1 (50)			
Je me suis sentie déprimée ou « down »	2 (100)				
Je me suis sentie mal dans ma peau	1 (50)	1 (50)			
Je me suis sentie stressée ou sous pression	2 (100)				

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 22*Évaluation de l'anxiété/la dépression au T1 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 4)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie triste (<i>n</i> = 3)	1 (25)	1 (25)		1 (25)	
Je me suis sentie préoccupée, anxieuse (<i>n</i> = 3)	1 (25)	1 (25)		1 (25)	
Je me suis sentie déprimée ou « down » (<i>n</i> = 3)	2 (50)		1 (25)		
Je me suis sentie mal dans ma peau (<i>n</i> = 3)	1 (25)	1 (25)	1 (25)		
Je me suis sentie stressée ou sous pression (<i>n</i> = 3)	1 (25)	2 (50)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 23*Évaluation du désengagement social au T1*

Données	Groupe expérimental (<i>n</i> = 2)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit	1 (50)	1 (50)			
J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	2 (100)				
J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse	1 (50)	1 (50)			
Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent	2 (100)				
J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres	2 (100)				
J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit	1 (50)		1 (50)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 23

Évaluation du désengagement social au T1 (suite)

	Groupe témoin (<i>n</i> = 4)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit (<i>n</i> =4)	3 (75)	1 (25)			
J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner (<i>n</i> =3)	2 (50)	1 (25)			
J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse (<i>n</i> =3)	3 (75)				
Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent (<i>n</i> =3)	3 (75)				
J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres	3 (75)				
J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit (<i>n</i> =3)	2 (50)		1 (25)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 24*Évaluation de l'auto-dévalorisation au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie		1 (100)			
J'ai eu tendance à m'isoler, me couper du monde		1 (100)			
J'ai eu des difficultés à faire face à mes problèmes	1 (100)				
Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée	1 (100)				
J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait	1 (100)				
J'ai manqué de confiance en moi	1 (100)				
J'ai eu le sentiment d'être inutile	1 (100)				

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 24*Évaluation de l'auto-dévalorisation au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie		1 (100)			
J'ai eu tendance à m'isoler, me couper du monde				1 (100)	
J'ai eu des difficultés à faire face à mes problèmes			1 (100)		
Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée				1 (100)	
J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait		1 (100)			
J'ai manqué de confiance en moi				1 (100)	
J'ai eu le sentiment d'être inutile			1 (100)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 25*Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai été agressive pour tout et pour rien	1 (100)				
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait		1 (100)			
J'ai été en conflit avec mon entourage	1 (100)				
J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde				1 (100)	
J'ai perdu patience		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 25*Évaluation de l'irritabilité/l'agressivité au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
J'ai été agressive pour tout et pour rien		1 (100)			
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait				1 (100)	
J'ai été en conflit avec mon entourage		1 (100)			
J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde		1 (100)			
J'ai perdu patience			1 (100)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 26*Évaluation de l'anxiété/la dépression au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie triste			1 (100)		
Je me suis sentie préoccupée, anxieuse		1 (100)			
Je me suis sentie déprimée ou « down »		1 (100)			
Je me suis sentie mal dans ma peau	1 (100)				
Je me suis sentie stressée ou sous pression			1 (100)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 26*Évaluation de l'anxiété/la dépression au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie triste			1 (100)		
Je me suis sentie préoccupée, anxieuse			1 (100)		
Je me suis sentie déprimée ou « down »			1 (100)		
Je me suis sentie mal dans ma peau					1 (100)
Je me suis sentie stressée ou sous pression				1 (100)	

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 27

Évaluation du désengagement social au T2

Données	Groupe expérimental (n = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit		1 (100)			
J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	1 (100)				
J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse	1 (100)				
Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent		1 (100)			
J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres		1 (100)			
J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 27*Évaluation du désengagement social au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit			1 (100)		
J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	1 (100)				
J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse			1 (100)		
Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent		1 (100)			
J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres			1 (100)		
J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit				1 (100)	

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 28*Évaluation de l'estime de soi au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie en confiance		1 (100)			
J'ai été satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi					1 (100)
Je me suis sentie aimée et appréciée			1 (100)		
Je me suis sentie utile					1 (100)

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 28*Évaluation de l'estime de soi au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie en confiance				1 (100)	
J'ai été satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi		1 (100)			
Je me suis sentie aimée et appréciée				1 (100)	
Je me suis sentie utile			1 (100)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 29*Évaluation de l'équilibre au T2*

Données	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Je me suis sentie équilibrée émotivement			1 (100)		
J'ai été égale à moi-même, naturelle, en toutes circonstances				1 (100)	
Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles	1 (100)				
J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès				1 (100)	

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 29*Évaluation de l'équilibre au T2 (suite)*

Données	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Je me suis sentie équilibrée émotionnellement		1 (100)			
J'ai été égale à moi-même, naturelle, en toutes circonstances			1 (100)		
Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles		1 (100)			
J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès			1 (100)		

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 30*Évaluation de l'engagement social au T2*

Données	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses		1 (100)			
J'avais des buts, des ambitions		1 (100)			
J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés			1 (100)		
J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 30*Évaluation de l'engagement social au T2 (suite)*

Données	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses		1 (100)			
J'avais des buts, des ambitions		1 (100)			
J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés	1 (100)				
J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 31*Évaluation de la sociabilité au T2*

Données	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
J'avais facilement un beau sourire			1 (100)		
J'avais une bonne écoute pour mes amis		1 (100)			
J'ai été en bons termes avec mon entourage					1 (100)
J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis	1 (100)				

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 31*Évaluation de la sociabilité au T2 (suite)*

Données	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
J'avais facilement un beau sourire			1 (100)		
J'avais une bonne écoute pour mes amis		1 (100)			
J'ai été en bons termes avec mon entourage				1 (100)	
J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 32*Évaluation du contrôle de soi au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai su affronter positivement des situations difficiles			1 (100)		
J'ai pu faire la part des choses, lorsque confrontée à des situations complexes				1 (100)	
J'étais plutôt calme, posée					1 (100)
J'ai facilement trouvé des solutions à des situations difficiles		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 32*Évaluation du contrôle de soi au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai su affronter positivement des situations difficiles			1 (100)		
J'ai pu faire la part des choses, lorsque confrontée à des situations complexes			1 (100)		
J'étais plutôt calme, posée					1 (100)
J'ai facilement trouvé des solutions à des situations difficiles		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 33*Évaluation du bonheur au T2*

	Groupe expérimental (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie		1 (100)			
J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même		1 (100)			
J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter	1 (100)				
J'avais un bon moral			1 (100)		
Je me suis sentie en santé, en pleine forme		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».

Tableau 33*Évaluation du bonheur au T2 (suite)*

	Groupe témoin (<i>n</i> = 1)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>La moitié du temps</i>	<i>Fréquemment</i>	<i>Presque toujours</i>
Données	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie		1 (100)			
J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même	1 (100)				
J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter		1 (100)			
J'avais un bon moral		1 (100)			
Je me suis sentie en santé, en pleine forme		1 (100)			

Note. Groupe expérimental = « peau à peau », groupe témoin = absence ou mise en place incomplète du « peau à peau ».