



HAL
open science

Impact du suivi d'une Préparation à la Naissance et à la Parentalité sur le ressenti des primipares

Alanne Cova

► **To cite this version:**

Alanne Cova. Impact du suivi d'une Préparation à la Naissance et à la Parentalité sur le ressenti des primipares. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01349690

HAL Id: dumas-01349690

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01349690v1>

Submitted on 28 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Impact du suivi d'une Préparation à la
Naissance et à la Parentalité sur le ressenti
des primipares**

Mémoire soutenu le 21 juin 2016

Par Alanne COVA

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2016

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Impact du suivi d'une Préparation à la
Naissance et à la Parentalité sur le ressenti
des primipares**

Mémoire soutenu le 21 juin 2016

Par Alanne COVA

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2016

RESUME

Objectif

Cette étude visait à montrer l'impact du suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sur le ressenti des accouchées.

Elle avait également pour but d'évaluer l'impact du type de PNP, du nombre de séance et de la réalisation d'un entretien prénatal précoce (EPP) sur ce ressenti.

Matériel et méthodes

L'enquête portait sur 86 primipares. Soixante-huit avaient suivi une PNP, 18 n'en avaient pas bénéficié. Au troisième jour du postpartum, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) et le Mother-Infant Bonding Scale (MIBS) ont été utilisés pour évaluer la perception des mères quant à leur état d'esprit et l'attachement à leur enfant. La moyenne de ces scores a été comparée dans les deux groupes, puis en fonction du type de PNP, du nombre de séances réalisées et de la réalisation ou non d'un entretien prénatal précoce (EPP) parmi les patientes ayant suivi une PNP.

Résultats

Les primipares ayant suivi une PNP ont présenté une moyenne de score EPDS significativement meilleure. La différence avec le MIBS n'était pas statistiquement significative.

L'impact du type de PNP, du nombre de séances et de la réalisation d'un EPP n'a pas pu être mis en évidence.

Conclusion

La PNP a un rôle de soutien psychologique et améliore l'état d'esprit des accouchées. L'impact sur la perception de l'attachement à l'enfant n'est pas évident, ce qui pousse à renforcer le contenu des séances à propos de ce qui touche aux soins et à l'attention au bébé.

Mots clés : Préparation à la naissance et à la parentalité ;ressenti ; primipares ; attachement ; état d'esprit.

ABSTRACT

Objectives

This study aimed to demonstrate the effect of childbirth prenatal education on mothers feel.

Other objectives were to estimate the influence of the kind of prenatal education, the session number, and the performing of an early prenatal interview.

Materials and methods

The investigation was about 86 primiparous. Sixty-eight performed a prenatal education, 18 didn't performed one. Third day after delivery, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Mother-Infant Bonding Score (MIBS) were used to assess mothers feel about their state of mind and child attachment. We compared scores averages in the two groups, and then according to the kind of prenatal education, session number and the performing of an early prenatal interview among mothers who got a prenatal education.

Results

Primiparous who got a prenatal education showed a significantly best EPDS. The difference with MIBS wasn't statistically significant.

The effect of kind of prenatal education, session number and the performing of early prenatal education couldn't be demonstrated.

Conclusion

The childbirth prenatal education is a psychological support, it improves the mothers state of mind. The influence on feelings about the child is not demonstrated. This fact encourage to accentuate the sessions content about child care.

Key words : Childbirth prenatal education ; feel ; primiparous ; attachment ; state of mind.

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chantal SEGUIN, Sage-Femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

M. le Dr Thierry MICHY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Président du Jury ;

M. Pierre CARQUILLAT, Sage-Femme Enseignant à la Haute Ecole de Santé de Genève, Membre Invité du Jury ;

Mme Agnès BUCHET, Sage-Femme Cadre de Salle de Naissance à la Clinique Belledonne, Directrice de ce mémoire ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Agnès BUCHET, Sage-Femme Cadre de Salle de Naissance à la Clinique Belledonne,
Directrice de ce mémoire,

Pour votre disponibilité, l'accompagnement tout au long de ce travail, l'intérêt porté à ce mémoire et vos encouragements pendant cette année ;

Mme Marie-Aimée HAYS, Psychologue Clinicienne, Docteur en Psychologie Clinique à la
Maternité de la Clinique Belledonne, en Néonatalogie au CHU de Grenoble,

Pour vos précieux conseils, avis, éclairage spécialisé, votre temps régulièrement accordé à ce travail ;

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR
de Médecine de Grenoble,

Pour le temps, l'attention, la patience, les connaissances et tout ce que vous avez apporté à notre promotion pendant 4 ans, et pour l'aide que vous m'avez prodigué jusqu'à la fin de cette année ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de
l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire,

Pour vos conseils précieux et l'aide apportée à ce travail ;

L'équipe de la maternité de la clinique Belledonne,

Pour sa coopération enthousiaste et son aide durant cette étude.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
I/ Bref historique	3
II/ Recommandations et pratiques actuelles.....	3
1/ Composition	3
2/ Entretien Périnatal Précoce	4
3/ Place de la PNP et des sages-femmes	4
4/ Divers types de PNP.....	4
III/ Un objectif mal évalué : l'accompagnement psychologique et à la parentalité.....	5
IV/ Objectif principal, objectifs secondaires et hypothèse de recherche	6
POPULATION ET METHODE	7
I/ Type d'étude	8
II/ Site d'étude.....	8
III/ Durée de l'étude	8
IV/ Population de l'étude	8
1/ Définition des sujets inclus	8
2/ Recueil de données et modalités pratiques de recrutement.....	9
A/ Les scores utilisés.....	9
B/ Données recueillies.....	10
C/ Recrutement.....	11
D/ Classement des données	11
V/ Analyse statistique.....	12
VI/ Critère de jugement principal.....	12
VII/ Critères de jugement secondaires	12
RESULTATS	13
I/ Description de l'échantillon.....	15
II/ Les scores dans les deux groupes : critère de jugement principal.....	18
1/ Pour le score EPDS	19
2/ Pour le score MIB	19
III/ Critères de jugement secondaires	19
1/ Type de préparation.....	21
A/ Pour le score EPDS	21
B/ Pour le score MIB.....	22

2/ Nombre de séances.....	23
A/ Pour le score EPDS	23
B/ Pour le score MIB.....	23
3/ Suivi d'un entretien prénatal précoce.....	24
A/ Pour le score EPDS	24
B/ Pour le score MIB.....	25
DISCUSSION	26
I/ Limites et points forts de l'étude	27
1/ Type d'étude.....	27
2/ Moment de réalisation de l'étude	27
3/ Recrutement et recueil des données	28
4/ Biais de confusion lié au sujet de l'étude.....	30
II/ Population de l'étude.....	31
1/ Nombre de sujets et puissance	31
2/ Caractéristiques de la population de l'échantillon	31
III/ Discussion des résultats.....	32
1/ Comparabilité des deux groupes	32
2/ Les différences de score entre les deux groupes	33
3/ Critères secondaires	36
CONCLUSION	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
ANNEXES	44
Annexe I : Mother-Infant Bonding Scale.....	45
Annexe II : Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	46
Annexe III : Questionnaire	48

ABREVIATIONS

APD : Anesthésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DPP : Dépression du Post-Partum

DS : Déviation Standard

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPP : Entretien Périnatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MIBS : Mother-Infant Bonding Scale

NS : Non Significatif

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

INTRODUCTION

I/ Bref historique [1],[2]

En 1951, le Dr Lamaze s'inspire de la méthode russe pour créer et développer l'« accouchement sans douleur » (ASD). Dans les années 70, l'arrivée de l'anesthésie péridurale (APD) fait évoluer la préparation à la naissance vers la préparation physique, l'écoute et l'information des femmes et des couples.

En 2002, l'objectif d'« encourager et aider la mère à avoir confiance en elle et en ses capacités de mère, dans le but d'aider à instaurer le lien mère-enfant » a été fixé [3].

En 2004, un rapport de la DHOS [4] souligne que la prévention des éventuels troubles psychologiques de la femme enceinte et de la mère peut être effectuée précocement au cours de la grossesse.

Avec l'apparition de la notion de parentalité, on parle maintenant de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Elle a pour nouveau rôle de prendre en charge la femme dans sa globalité, et en particulier de dépister les facteurs de risque psycho-médico-sociaux.

En 60 ans, la préparation est donc passée de la prise en charge de la douleur à l'accompagnement des couples dans le développement de leur rôle de parents.

II/ Recommandations et pratiques actuelles

1/ Composition

Selon le Journal Officiel du 21 novembre 2004, elle est constituée de huit séances prénatales de 45 minutes minimum. La première séance est l'entretien prénatal précoce (EPP) à effectuer dans le premier trimestre, de manière obligatoirement individuelle [5].

2/ Entretien Périnatal Précoce

Le plan de périnatalité 2005-2007 propose la mise en place d'un entretien dans la période du quatrième mois de grossesse [6]. Les recommandations de l'HAS de 2005 [7] reprennent cette notion en favorisant la période du premier trimestre de grossesse. Elles précisent qu'il est important que ce moment soit exclusivement dédié à la prise en charge psycho-sociale de la femme et du couple, et donc qu'il soit fait en dehors d'une consultation médicale de grossesse.

3/ Place de la PNP et des sages-femmes

L'enquête périnatale de 2010 montre un développement de la PNP : 73 % des primipares en ont réalisé en 2010, contre 67 % en 2003. L'EPP a été mis en place progressivement après les recommandations du Plan Périnatalité 2005-2007, mais demeure peu réalisé : 30,7 % des primipares déclarent en avoir bénéficié [8].

Le nombre de sages-femmes libérales augmente chaque année : elles représentaient 14 % des sages-femmes en 2010, et 21 % début 2016 [9]. C'est en particulier dans ce secteur que les séances de PNP sont organisées. D'après le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 [10], l'activité des sages-femmes libérales se concentre principalement sur les cours de préparation à la naissance, qui représentent 49 % des montants remboursés par la Sécurité Sociale, et constitue la principale source de revenus des sages-femmes libérales.

4/ Divers types de PNP

Selon l'annexe 3 des recommandations de la HAS [7], « de nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée ». C'est pourquoi il sera intéressant dans cette étude d'investiguer l'effet des différents types de PNP sur le ressenti des accouchées.

III/ Un objectif mal évalué : l'accompagnement psychologique et à la parentalité

Durant ces 15 dernières années, l'accompagnement à la parentalité et la prise en charge psychosociale ont émergé dans les objectifs de la PNP. Parmi les objectifs généraux, la HAS expose le fait de soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux, de participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et la prévention de la dépression du post-partum [7]. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) met en évidence trois objectifs de la PNP [11] : l'aspect théorique (communiquer des connaissances), l'aspect physiothérapeutique (gérer sa douleur) et *l'aspect psychologique* (« amener les femmes à communiquer, à partager, et les aider à se sentir en confiance, face à elles-mêmes [...] et dans leur devenir mère »). Ce nouvel axe psychologique donné à la PNP permet-il de réels bénéfices chez les participantes à la PNP ?

Selon l'INPES, « L'efficacité de la PNP sur [...] le soutien à la fonction parentale, le vécu maternel reste insuffisamment étudié. » [12]. Les femmes, en particulier les primipares, sont peu préparées aux soins et à l'attention à porter à l'enfant durant sa première année de vie ainsi qu'aux changements liés à l'arrivée d'un enfant dans l'univers familial. La plupart des séances sont consacrées à la préparation du travail et de l'accouchement au détriment du temps qui pourrait être consacré à la préparation aux pratiques parentales [13].

La composante psychologique est de loin la moins étudiée. Nous avons donc voulu évaluer si les participantes à la PNP ont un meilleur ressenti sur le plan du soutien psychologique et à la parentalité.

IV/ Objectif principal, objectifs secondaires et hypothèse de recherche

L'objectif principal de cette étude est de comparer le ressenti des accouchées en termes de confiance en elles et d'attachement au bébé en fonction du suivi ou non d'une PNP.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact du type de PNP, du nombre de séance et de la réalisation d'un EPP sur ce ressenti.

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle les femmes ayant suivi une PNP auront un meilleur ressenti, en particulier quand elles auront suivi un EPP au premier trimestre, qu'elles auront réalisé un grand nombre de séances, et d'autant plus avec une PNP classique ou en haptonomie.

POPULATION ET METHODE

I/ Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle, prospective, analytique transversale de type exposés / non exposés, monocentrique.

II/ Site d'étude

Nous avons mené cette étude au sein du service de suites de couches de la clinique Belledonne, à Saint-Martin-d'Hères.

C'est un établissement privé à but lucratif appartenant au Réseau Périnatal Alpes-Isère (RPAI), de niveau IIA, qui effectue 2800 accouchements à l'année.

III/ Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 10 décembre 2015 au 21 janvier 2016.

IV/ Population de l'étude

1/ Définition des sujets inclus

Ont été éligibles les primipares majeures ayant accouché (par voie basse ou césarienne) d'un enfant unique et n'ayant pas été séparées de leur enfant durant le séjour en unité mère-enfant. Elles ont été recrutées au troisième jour du post-partum, appelé J3 (J0 étant le jour de l'accouchement).

Les critères d'exclusion étaient la non-maîtrise de la langue française et le refus de participer à l'étude.

2/ Recueil de données et modalités pratiques de recrutement

A/ Les scores utilisés

Pour évaluer les perceptions maternelles concernant l'attachement à l'enfant et l'estime de soi, nous avons utilisé deux scores : l'Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) et le Mother-Infant-Bonding Scale (MIBS).

Le MIBS (*voir annexe I*), développé par Taylor et al en 2005[14], est un score validé et des plus utilisés dans le but de dépister un problème dans le sentiment maternel. Il est court et simple, comprend 8 items, peut être utilisé directement après la naissance ou après une brève période rétrospective. L'étude de Taylor et al qui a présenté le MIBS a d'ailleurs consisté à faire remplir le MIBS et d'autres scores dont l'EPDS à J3. Selon l'étude de Marjorie Bienfait [15], le score MIB permet de dépister l'existence de problèmes dans le sentiment maternel (avec une sensibilité de 0,9 et une spécificité de 0,8 pour un seuil supérieur à 2).

L'EPDS (*voir annexe II*) est un score validé et utilisé pour dépister la dépression du postpartum. Il a été réalisé en 1987 par Cox et al et traduit en français en 1998 par Guedeney et Fermanian. C'est le score que la HAS recommande d'utiliser dans cette indication [7]. La version française de ce score a été validée [16]. Il a été utilisé au troisième jour du postpartum puis entre la quatrième et la sixième semaine du postpartum chez les mêmes mères. L'étude de la sensibilité et de la spécificité au troisième jour du postpartum prévoit le score de 9 comme le seuil prédictif de dépression du postpartum. Cette échelle permet donc à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une dépression postnatale, et, utilisé dans les premières semaines du postpartum, celui des mères présentant une dépression postnatale.

A noter : pour le MIBS et l'EPDS, plus le score est élevé, plus on est amenés à se poser la question d'un problème dans les sentiments maternels.

B/ Données recueillies

Un questionnaire a été élaboré (*voir annexe III*).

La première partie du questionnaire était constituée des scores EPDS et MIBS. Puis des questions visaient à recueillir des données générales (âge, niveau d'étude, activité professionnelle, vie seule ou en couple, soutien de l'entourage, nombre d'enfants à charge, addictions, existence d'un suivi psychologique). D'autres questions concernaient la grossesse et l'accouchement (vécu de la grossesse, présence de troubles de sommeil, de baisses de moral, vécu de l'accouchement, réalisation du peau à peau à la naissance et en suites de couches, sexe de l'enfant, son poids, l'existence de complications néonatales, le type d'alimentation de l'enfant, la réalisation d'un entretien prénatal précoce, la réalisation d'une PNP). Des questions étaient destinées seulement aux femmes ayant suivi une PNP (le type de PNP, le lieu de réalisation, le nombre de séances, la satisfaction concernant la PNP suivie).

Les autres données ont été recueillies à partir du cahier d'accouchement. Il s'agissait du type de début de travail (spontané versus déclenchement), de la voie d'accouchement, du caractère programmé ou urgent pour les césariennes, du mode d'accouchement pour les voies basses (eutociques versus extraction instrumentale), du terme de la naissance, du score d'Apgar à 5 minutes de vie, et des complications obstétricales.

On a considéré que les patientes consommaient du tabac à partir d'une consommation quotidienne.

On a pris en compte la consommation d'alcool à partir d'une consommation d'un verre par jour ou plus.

Le suivi d'une PNP était défini par la participation à au moins une séance pendant la grossesse. L'hémorragie du postpartum était définie par des pertes sanguines excédant 500mL dans les 2 heures suivant l'accouchement.

C/ Recrutement

Tous les trois jours, une visite du service de suites de couches de la clinique a été effectuée dans le but de recruter les primipares ayant accouché. Ainsi, toutes les primipares étant passées par le service durant la période d'étude ont été incluses.

Le questionnaire leur était présenté, la participation à l'étude était requise, sans faire de lien direct avec la participation à la PNP. L'étude était présentée de manière large, comme s'intéressant au vécu du séjour en maternité.

Les primipares qui étaient alors à J3 étaient invitées à remplir le questionnaire le jour-même. Celles qui étaient à J0, J1 ou J2 se voyaient remettre le questionnaire mais avaient l'instruction de ne pas en prendre connaissance avant le jour correspondant à J3.

Les sages-femmes du service recueillaient les questionnaires remplis.

D/ Classement des données

Les données du questionnaire et celles recueillies dans le cahier d'accouchement ont ensuite été regroupées dans un cahier d'observation, une page de cahier regroupant les données d'une patiente.

Deux groupes ont été constitués : l'un comprenant les patientes ayant suivi une PNP (que l'on nommera dans la suite le « groupe PNP + »), l'autre les patientes n'en ayant pas suivi (que l'on appellera le « groupe PNP - »).

V/ Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Statview 5.0.

Pour les variables quantitatives, la moyenne et l'écart-type ont été calculés. Pour les variables qualitatives, ce sont l'effectif et le pourcentage qui ont été indiqués.

Pour les comparaisons de moyennes, un test T de Student a été utilisé. Pour la comparaison des pourcentages, c'est le test du Chi-2 qui a été utilisé, remplacé par la probabilité exacte de Fisher lorsqu'au moins un effectif attendu (théorique) était strictement inférieur à 5.

L'intervalle de confiance a été fixé à 95%.

VI/ Critère de jugement principal

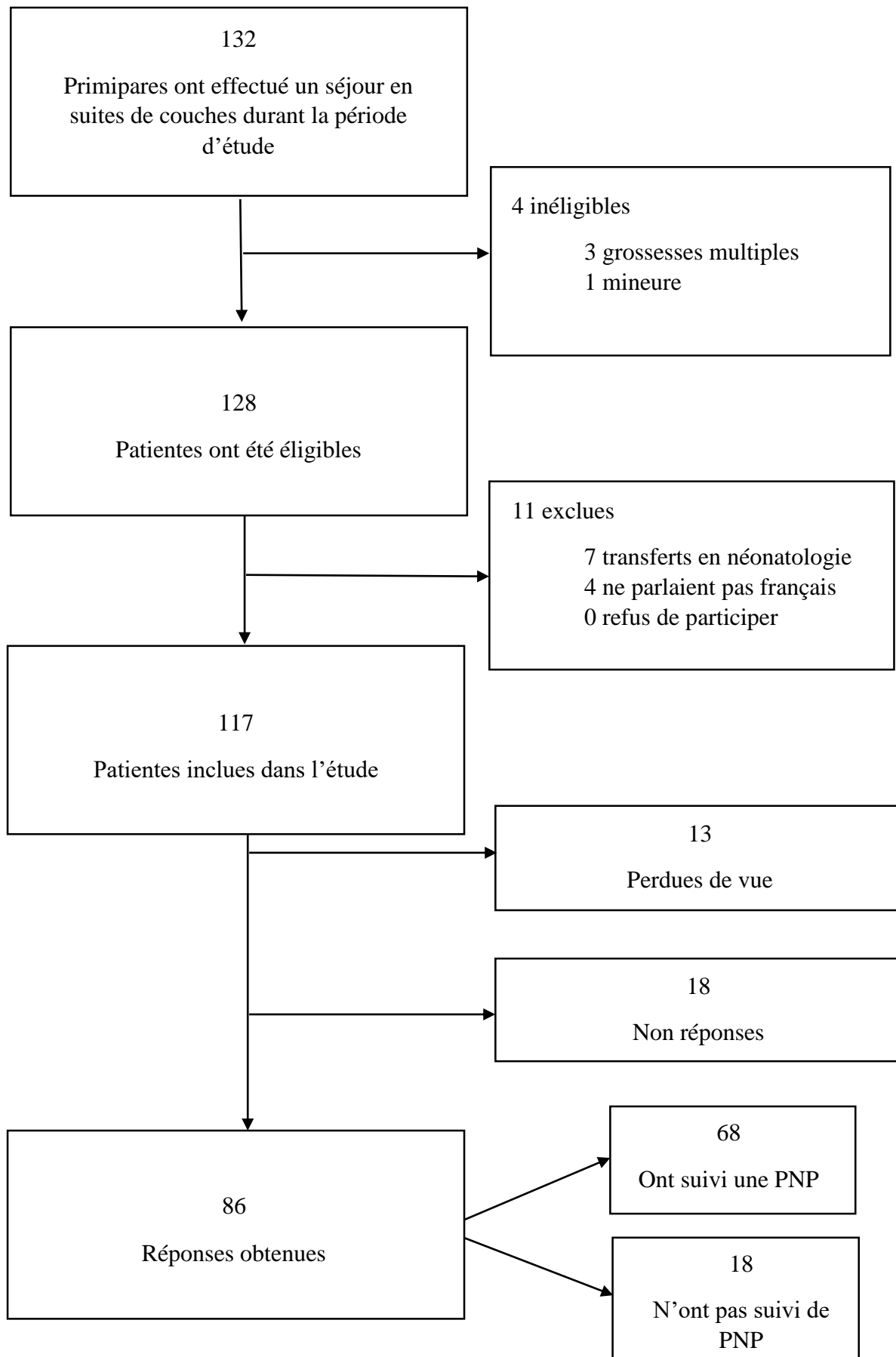
Le critère de jugement principal est la moyenne des scores EPDS et MIBS pour chacun des groupes PNP + et PNP -.

VII/ Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont la moyenne des scores EPDS et MIBS en fonction du type de PNP suivie, en fonction du nombre de séances réalisées, et en fonction de la réalisation d'un entretien prénatal précoce.

RESULTATS

Figure 1. Diagramme d'inclusion des patientes de l'étude



L'étude porte sur 86 primipares, à partir desquelles nous avons défini deux groupes : d'une part celles qui ont suivi une PNP (groupe PNP +) et d'autre part celles qui n'en ont pas suivi (groupe PNP -).

I/ Description de l'échantillon

Les caractéristiques générales de l'échantillon étudié ont été décrites dans le tableau I : de manière globale ainsi que pour chacun des deux groupes.

Les caractéristiques obstétricales et concernant le vécu de la grossesse ont été décrites dans le tableau II.

Tableau I. Caractéristiques générales de la population d'étude

		PNP oui (n=68)	PNP non (n=18)	Echantillon total (n=86)	p-value
Age : moyenne (+/- DS)		30,3 (+/- 5,5)	28,2 (+/-4,1)	29,8 (+/-5,3)	NS (0,13)
Niveau d'étude	Non scolarisée, primaire	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	NS (0,69)
	Collège	4,4 % (3)	5,6 % (1)	4,7 % (4)	
	Bac	19,1 % (13)	27,8 % (5)	20,9 % (18)	
	Supérieur	76,5 % (52)	66,7 % (12)	74,4 % (64)	
Activité professionnelle	Sans activité	14,9 % (10)	33,3 % (6)	18,8 (16)	NS (0,38)
	Agricultrice, ouvrière	3 % (2)	5,6 % (1)	3,5 (3)	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3 % (2)	0 % (0)	2,4 % (2)	
	Employée, profession intermédiaire	49,3 % (33)	33,3 % (6)	45,9 % (39)	
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	29,9 % (20)	27,8 % (5)	29,4 % (25)	
Situation	Seule	1,5 % (1)	11,1 % (2)	3,5 % (3)	NS (0,11)
	En couple	98,5 % (67)	88,9 % (16)	96,5 % (83)	
Enfant à charge	Oui	1,5 % (1)	5,6 % (1)	2,3 % (2)	NS (0,38)
	Non	98,5 % (67)	94,4 % (17)	97,7 % (84)	
Soutien conjoint	Oui	97,1 % (66)	100 % (18)	97,7 % (84)	NS (>0,99)
	Non	2,9 % (2)	0 % (0)	2,3 % (2)	

(Tableau I suite)

Soutien entourage	Oui	83,8 % (57)	83,3 % (15)	83,7 % (72)	NS (>0,99)
	Non	16,2 % (11)	16,7 % (3)	16,3 % (14)	
Suivi psychologique	Oui	17,9 % (12)	11,1 % (2)	16,5 % (14)	NS (0,72)
	Non	82,1 % (55)	88,9 % (16)	83,5 % (71)	
Tabac avant grossesse	Oui	23,9 % (16)	27,8 % (5)	24,7 % (21)	NS (0,76)
	Non	76,1 % (51)	72,2 % (13)	75,3 % (64)	
Alcool quotidien avant grossesse	Oui	4,5 % (3)	0 % (0)	3,5 % (3)	NS (>0,99)
	Non	95,5 % (64)	100 % (18)	96,5 % (82)	
Consommation drogues	Oui	3 % (2)	11,1 % (2)	4,7 % (4)	NS (0,19)
	Non	97 % (65)	88,9 % (16)	95,3 % (81)	

DS : déviation standard ; NS : non significatif ; PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

^a existence d'un suivi psychologique durant la vie de la patiente

Tableau II : Caractéristiques obstétricales et du vécu de la grossesse dans la population d'étude

		PNP oui (n=68)	PNP non (n=18)	Echantillon total (n=86)	p-value
Vécu de la grossesse	Très bon	38,2 % (26)	33,3 % (4)	37,5 % (30)	NS (0,83)
	Bon	51,5 % (35)	50 % (6)	51,3 % (41)	
	Mauvais	7,4 % (5)	8,3 % (1)	7,5 % (6)	
	Très mauvais	2,9 % (2)	8,3 % (1)	7,5 % (6)	
Troubles du sommeil	Oui	67,6 % (46)	91,7 % (11)	71,3 % (57)	NS (0,16)
	Non	32,4 % (22)	8,3 % (1)	28,8 % (23)	
Baisses de moral	Oui	42,6 % (29)	58,3 % (7)	45 % (36)	NS (0,36)
	Non	57,4 % (39)	41,7 % (5)	55 % (44)	
Travail	Spontané	70,6 % (48)	72,2 % (13)	70,9 % (61)	NS (0,12)
	Déclenchement	25 % (17)	11,1 % (2)	22,1 % (19)	
	Pas de travail	4,4 % (3)	16,7 % (3)	7 % (6)	
Accouchement	Eutocique	48,5 % (33)	38,9 % (7)	46,5 % (40)	NS (0,10)
	Extraction instrumentale	33,8 % (23)	44,4 % (8)	36 % (31)	
	Césarienne programmée	4,4 % (3)	16,7 % (3)	7 % (6)	
	Césarienne en urgence	13,2 % (9)	0 % (0)	10,5 % (9)	
Vécu de l'accouchement	Très bon	23,5 % (16)	33,3 % (6)	25,6 % (22)	NS (0,14)
	Bon	64,7 % (44)	50 % (9)	61,6 % (53)	
	Mauvais	7,4 % (5)	0 % (0)	5,8 % (5)	
	Très mauvais	4,4 % (3)	16,7 % (3)	7 % (6)	
Terme accouchement (SA) (moyenne (+/- DS))		39,6 (+/-1,3)	39,5 (+/-1,1)	39,5 (+/-1,3)	NS (0,76)

(Tableau II suite)

Poids de naissance (g) (moyenne (+/- DS))		3112,3 (+/- 491,4)	3205 (+/- 365,8)	3132,2 (+/- 466,9)	NS (0,46)
Apgar 5 min (moyenne (+/- DS))		9,8 (+/-0,5)	9,9 (+/-0,2)	9,9 (+/-0,5)	NS (0,42)
Peau à peau à la naissance	Oui	95,6 % (65)	88,9 % (16)	94,2 % (81)	NS (0,28)
	Non	4,4 % (3)	11,1 % (2)	5,8 % (5)	
Peau à peau en suites de couches	Oui	71,6 % (48)	66,7 % (12)	70,6 % (60)	NS (0,77)
	Non	28,4 % (19)	33,3 % (6)	29,4 % (25)	
Type alimentation	Maternel	67,2 % (45)	66,7 % (12)	67,1 % (57)	NS (>0,99)
	Artificiel	32,8 % (22)	33,3 % (6)	32,9 % (28)	
Complication pour le nouveau-né ^c	Oui	14,7 % (10)	0 % (0)	11,6 % (10)	NS (0,39)
	Non	85,3 % (58)	100 % (18)	88,4 % (76)	
Complications obstétricales	Non	80,6 % (54)	72,2 % (13)	78,8 % (67)	NS (0,17)
	Délivrance artificielle et/ou révision utérine	11,9 % (8)	0 % (0)	9,4 % (8)	
	Périnée complet voire compliqué	2,9 % (2)	11,1 % (2)	4,7 % (4)	
	Anesthésie générale	1,5 % (1)	0 % (0)	1,2 % (1)	
	Hémorragie post-partum	3 % (2)	16,7 % (3)	5,9 % (5)	

DS : déviation standard ; NS : non significatif ; PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

^b pendant la grossesse

^c Difficultés d'alimentation (9,3 %), jaunisse (1,2 %), infection (1,2 %)

L'âge moyen de l'échantillon était de 29,8 ans, avec un écart-type de 5,3 ans, un minimum à 20 ans et un maximum à 45 ans. Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge.

Les deux groupes étaient d'ailleurs comparables quant à toutes les autres caractéristiques générales et obstétricales ($p > 0.05$).

Quelques différences sont toutefois à noter bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives : 76.5 % des primipares du groupe PNP + ont suivi des études supérieures contre 66.7 % dans le groupe PNP -. Il y a davantage de personnes sans emploi dans le groupe PNP - (33,3 %) que dans le groupe PNP + (14,9 %) où l'on retrouve au contraire plus de professions intermédiaires et d'employées (49,3 % vs 33,3 %). Dans le groupe PNP - se trouvent davantage

de femmes seules (11,1% vs 1,5%), de primipares ayant un ou des enfant(s) à charge (5,6 % vs 1,5 %), de consommation de drogues (11,1% vs 3%), de troubles du sommeil (91,7% vs 67,6 %), de baisses de moral (58,3% vs 42,6%), de césariennes programmées (16,7 % vs 4,4 %) et d'extractions instrumentales (44,4 % vs 33,8%).

Le peau-à-peau a davantage été pratiqué dans le groupe PNP +, que ce soit à la naissance (95,6% vs 88,9%) ou en suites de couches (71,6 % vs 66,7%). Le groupe PNP + comptait également une proportion plus importante de déclenchements (25% vs 11,1%), d'accouchements eutociques (33,3% vs 23,5%), de césariennes en urgence (13,2% vs 0%) et de complications néonatales (14,7% vs 0%).

II/ Les scores dans les deux groupes : critère de jugement principal

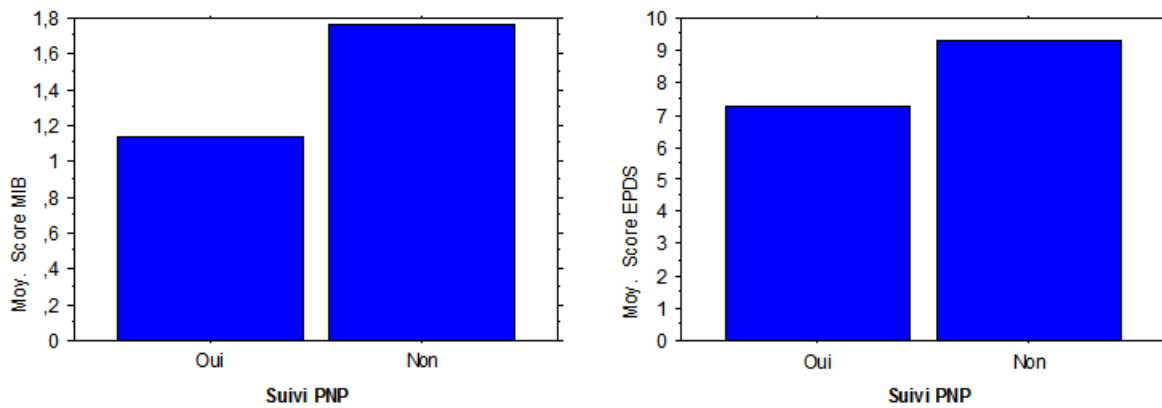
On a présenté la moyenne des scores EPDS et MIB pour chaque groupe dans le tableau III et sur la figure 2.

Tableau III. Critère de jugement principal

	PNP oui (n=68)	PNP non (n=18)	Echantillon total (n=86)	p-value
Score EPDS (moyenne (+/- DS))	6,9 (+/-4,4)	9,3 (+/-4,4)	7,4 (+/-4,5)	0,0418
Score MIB (moyenne (+/- DS))	1,1 (+/-1,4)	1,8 (1,8)	1,3 (+/-1,5)	NS (0,12)

DS : déviation standard ; NS : non significatif

Figure 2. Diagramme en barres : moyennes des scores MIB et EPDS dans chaque groupe



1/ Pour le score EPDS

La moyenne de score EPDS est significativement plus basse dans le groupe PNP + (6,9 vs 9,3) ($p = 0,0418 < 0,05$).

2/ Pour le score MIB

La moyenne de score MIB est plus basse dans le groupe ayant suivi une préparation à la naissance (1,1 vs 1,8), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,12 > 0,05$).

III/ Critères de jugement secondaires

Nous nous sommes ensuite centrés uniquement sur les primipares ayant suivi une PNP.

Le tableau IV donne les caractéristiques des différentes PNP suivies au sein de ce groupe, notamment nos critères de jugement secondaires et la moyenne des scores associée.

Tableau IV : Caractéristiques liées à la PNP et critères de jugement secondaires

		% (n)	Score EPDS (Moyenne (+/- DS))	P-value	Score MIB (Moyenne (+/- DS))	P-value
Type PNP	Classique	68,7 (46)	7,3 (+/-4,5)	Voir	1,0 (+/-1,3)	Voir
	Sophrologie	7,5 (5)	6,0 (+/-4,1)	Tableau	2 (+/-1,6)	Tableau
	Yoga	7,5 (5)	8,4 (+/-3,6)		1,8 (+/-1,3)	
	Piscine	7,5 (5)	5,4 (+/-3,7)	IV	0,6 (+/-0,9)	IV
	Haptonomie	9 (6)	5,3 (+/-5,0)		1,0 (+/-1,7)	
Nombre de séances	Supérieur à 4	92,5 (62)	7,2 (+/-4,4)	NS (0,37)	1,2 (+/-1,4)	NS (0,57)
	Inférieur ou égal à 4	7,5 (5)	9,0 (+/-1,6)		0,8 (+/-1,3)	
Lieu	Hôpital	7,5 (5)				
	Sage-femme libérale	92,5 (62)				
Satisfaction	Très satisfaite	52,2 (35)				
	Satisfaite	46,3 (31)				
	Peu satisfaite	0 (0)				
	Pas du tout satisfaite	1,5 (1)				
Suivi EPP	Non	17,9 (12)	6,0 (+/-3,8)	Voir	1,3 (+/-1,3)	Voir
	Au premier trimestre	9 (6)	7,3 (+/-5,1)	Tableau	1,0 (+/-1,3)	Tableau
	Après le premier trimestre	73,1 (49)	7,6 (+/-4,4)	V	1,0 (+/-1,4)	V

La PNP a très majoritairement été réalisée avec une sage-femme libérale (92,5 %). La PNP en établissement hospitalier a concerné les 7,5 % restantes.

Elles ont été 46,3% à être satisfaites de leur PNP ; 52,2% ont été très satisfaites. Seule 1,5 %, soit 1 primipare, n'a pas du tout été satisfaite.

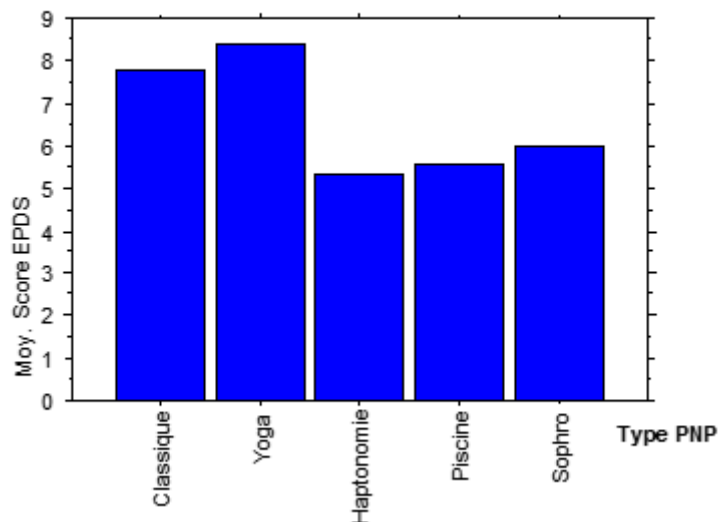
1/ Type de préparation

La majorité ont suivi une préparation à la naissance classique (68,7%). Neuf pour cent ont opté pour l'haptonomie, tandis que la préparation en piscine, yoga et sophrologie se sont réparties en proportion égale (7,5%).

A/ Pour le score EPDS

La figure 3 présente les moyennes du score EPDS pour chaque type de PNP.

Figure 3. Diagramme en barres : moyenne du score EPDS par type de PNP suivie



La moyenne de score EPDS la plus élevée (8,3) a été retrouvée dans le groupe des primipares ayant suivi une préparation en yoga. Vient ensuite le groupe de celles ayant suivi une PNP classique (7,3), puis en sophrologie (6), puis en piscine (5,4). La moyenne de score EPDS la plus faible a été décrite dans le groupe des patientes ayant opté pour l'haptonomie (5,3).

Le tableau V présente les p-values de la comparaison des moyennes, du score EPDS d'une part et du score MIB d'autre part, pour chaque type de PNP deux par deux.

Tableau V. P-values de la comparaison 2 à 2 des moyennes des scores EPDS et MIB pour chaque type de PNP

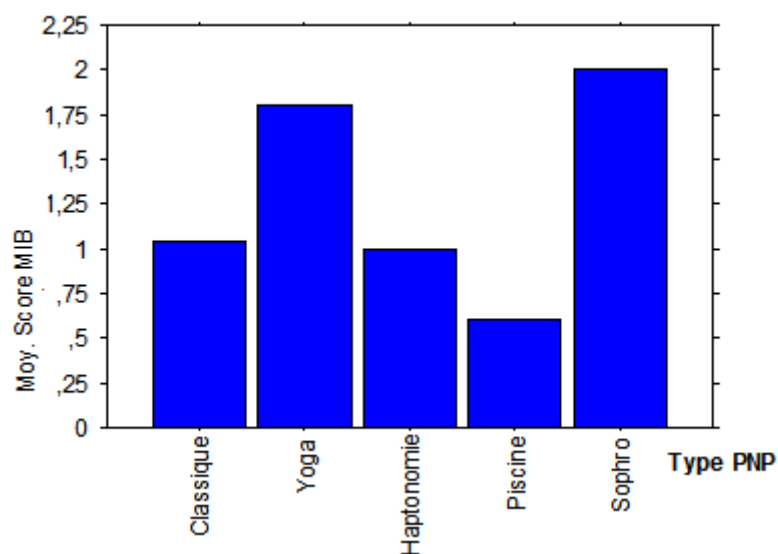
Comparaison entre...	P-value score EPDS	P-value score MIB
Classique, Yoga	0,7716	0,2397
Classique, Haptonomie	0,2073	0,9401
Classique, Piscine	0,2838	0,476
Classique, Sophrologie	0,3847	0,1458
Yoga, Haptonomie	0,2849	0,4074
Yoga, Piscine	0,2467	0,1281
Yoga, Sophrologie	0,3581	0,8327
Haptonomie, Piscine	0,9221	0,6442
Haptonomie, Sophrologie	0,8176	0,3383
Piscine, Sophrologie	0,8718	0,1231

Aucune différence statistiquement significative de score EPDS entre les différents types de PNP n'a pu être relevée.

B/ Pour le score MIB

La figure 4 présente les moyennes du score MIB pour chaque type de PNP.

Figure 4. Diagramme en barres : moyenne du score MIB par type de PNP suivie



La moyenne de score MIB la plus élevée a été relevée chez les primipares ayant pratiqué la sophrologie (2). Vient ensuite la moyenne du groupe ayant fait du yoga (1,8), de l'haptonomie (1) à égalité avec de la PNP classique (1) et enfin de la piscine (0,6).

Aucune différence statistiquement significative entre les différents types de PNP en termes de moyenne de score MIB n'a pu être mise en évidence. Les p-values les plus faibles ont concerné les différences entre la piscine et la sophrologie ($p = 0,1231$), la piscine et le yoga ($p = 0,1281$), la PNP classique et la sophrologie ($p = 0,1458$), la PNP classique et le yoga ($p = 0,2397$).

2/ Nombre de séances

Soixante-deux primipares, soit 92,5 % de celles qui ont suivi une PNP, ont assisté à au moins cinq séances.

A/ Pour le score EPDS

Les primipares ayant suivi au moins cinq séances de PNP ont un score EPDS en moyenne plus bas (7,2) que celles ayant suivi quatre séances ou moins (9). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,37 > 0,05$).

B/ Pour le score MIB

Les primipares ayant suivi au moins cinq séances de PNP ont un score MIB en moyenne plus élevé (1,2) que celles ayant suivi quatre séances ou moins (0,8). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,57 > 0,05$).

3/ Suivi d'un entretien prénatal précoce

La plus grande partie des primipares ayant suivi une PNP ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce après le premier trimestre (73,1 %). Certaines en ont bénéficié au premier trimestre (9%), tandis que 17,9 % n'en ont pas eu du tout.

A/ Pour le score EPDS

La moyenne de score EPDS était la plus élevée chez les primipares ayant réalisé leur EPP après le premier trimestre (7,6), puis chez celle l'ayant réalisé au premier trimestre (7,3). La moyenne la plus basse était à associer aux patientes n'ayant pas réalisé d'EPP.

Le tableau VI présente les p-values de la comparaison des moyennes, du score EPDS d'une part et du score MIB d'autre part, en fonction de la réalisation d'un EPP et du moment où il a été réalisé.

Tableau VI. P-values de la comparaison 2 à 2 des moyennes des scores EPDS et MIB en fonction de la réalisation d'un entretien prénatal précoce

Comparaison entre...	P-value score EPDS	P-value score MIB
Pas d'EPP ; EPP 1er trimestre	0,5367	0,6126
Pas d'EPP ; EPP après 1er trimestre	0,2475	0,5055
EPP 1er trimestre ; EPP après 1er trimestre	0,8857	0,942

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes ayant réalisé un EPP au premier trimestre, celles l'ayant fait plus tard, et celles n'en ayant pas fait.

B/ Pour le score MIB

Une moyenne de score MIB plus élevée a été relevée chez les primipares n'ayant pas réalisé d'EPP (1,3). Celles qui ont suivi un EPP au premier trimestre ou plus tard ont présenté la même moyenne de score EPDS (1).

Le tableau V montre que la différence de moyenne de score EPDS entre celles ayant suivi un EPP (au premier trimestre ou plus tard) et celles n'en ayant pas bénéficié n'est pas statistiquement significative.

DISCUSSION

I/ Limites et points forts de l'étude

1/ Type d'étude

L'étude était rétrospective. En effet, certaines données étaient collectées dans le dossier obstétrical. Les autres étaient recueillies à l'aide de questionnaires faisant appel à la mémoire des patientes, particulièrement celles concernant la manière dont elles ont vécu la grossesse, l'accouchement, leur ressenti des derniers jours pour les scores EPDS et MIBS. Cela induit un biais de mémorisation. De plus, faisant appel à des notions de sentiments, d'état émotionnel, les patientes pouvaient être influencées par leur état émotionnel immédiat, faussant alors leur objectivité concernant les jours précédents.

Le fait que l'étude soit monocentrique limite la généralisation des résultats. En effet, elle a été réalisée dans une clinique privée, qui rassemble une population avec un niveau socio-économique généralement plus élevé. Nous y reviendrons dans la partie 2.2.

2/ Moment de réalisation de l'étude

L'étude a été réalisée durant les mois de décembre et janvier. L'étude « Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women » [17] a été réalisée de 2006 à 2010 sur 9339 femmes. On a utilisé l'EPDS, qui a révélé un risque de DPP entre quatre et six semaines après l'accouchement chez 14 % des femmes ; ce risque était le plus élevé durant le mois de décembre. Une autre étude, « Seasonality patterns in postpartum depression » [18], a porté sur 2318 mères pendant un an : elle montre un risque de DPP plus élevé chez les femmes ayant accouché dans les trois derniers mois de l'année.

Notre étude a donc été menée sur une période à risque majoré de DPP. Il est bien d'en tenir compte dans l'analyse des résultats globaux, même si ce facteur n'entre pas en jeu pour distinguer les deux groupes qui ont été interrogés à la même période de l'année.

De plus, l'étude a été menée à J3, en référence à l'étude de Chabrol et Teissedre [16] qui avait pour but d'évaluer, dans les premiers jours après l'accouchement, la valeur du seuil prédictif d'un risque de DPP. Des mères ont rempli l'EPDS à J3 et entre la quatrième et la sixième semaine du postpartum. Cette étude conclut que l'EPDS permet un dépistage précoce des mères à risque de développer une DPP avec à J3 le score de neuf comme valeur du seuil prédictif de DPP.

Dans l'étude de Taylor et Al qui introduit le MIBS, ce score a aussi été utilisé à J3 [14].

C'est pourquoi nous avons choisi de recruter les mères à J3. Cependant, c'est aussi le jour reconnu pour être fréquemment le pic du baby blues, parfois appelé « blues du troisième jour », ou « third-day blues ». On peut penser que cet état émotionnel physiologique peut affecter les réponses des mères à l'EPDS dans le sens d'une hausse du score.

3/ Recrutement et recueil des données

Les primipares ont été recrutées pendant une période continue, et toutes les primipares éligibles de cette période ont été recrutées : cela a permis d'obtenir du « tout-venant » et de s'affranchir en partie du biais de sélection qui consisterait à avoir un échantillon non représentatif de la population des primipares de la clinique.

Les multipares n'ont pas été incluses dans l'étude car il aurait alors fallu prendre en compte l'expérience procurée par les précédentes grossesses, avec d'éventuelles participations à des séances de PNP lors de ces grossesses, ainsi que le vécu des précédents accouchements. L'efficacité de la PNP peut être évaluée de manière plus directe chez les primipares.

Cependant, un biais de sélection peut être envisagé du fait des patientes exclues.

Aucune demande d'autorisation pour interroger des mineures n'ayant été envoyée à la CNIL, nous avons choisi de ne pas les inclure. On peut penser que du fait de leur jeune âge, de leur manque d'expérience voire de maturité, les mineures peuvent avoir davantage de problèmes dans le sentiment maternel, moins de confiance en elles. Cependant, une seule mineure a accouché à la clinique Belledonne durant la période d'étude.

Pour ne pas créer de biais, nous avons choisi de ne pas inclure les patientes avec des grossesses multiples et celles pour qui l'enfant a été transféré en unité de néonatalogie, car le ressenti envers l'attachement aux enfants est plus difficile et particulier à recueillir dans ces cas.

Les patientes ne parlant pas le français ont été exclues de l'étude. On peut envisager que ces patientes sont plus à risque d'avoir moins confiance en elles du fait du déracinement, de l'environnement qui ne leur est pas familier et de la difficulté à se saisir des informations qui leur sont données.

Un biais réside dans l'utilisation d'auto-questionnaires et de scores : leur objectivité et leur efficacité est limitée. L'auto-questionnaire n'a pas une aussi bonne valeur diagnostic que l'entretien, ou le gold standard qu'est l'enregistrement vidéo de plusieurs séances d'interactions : il est influencé par le biais de désirabilité sociale, le caractère déclaratif, son aspect figé en contraste avec l'aspect dynamique et complexe des phénomènes étudiés. On évalue seulement la perception qu'a la patiente de sa confiance en elle-même et de l'attachement à son enfant, selon ses dires, ce qui peut être très différent de la situation objective.

Pour limiter le biais de désirabilité sociale, le caractère anonyme et confidentiel a été mis en valeur lors de la présentation de l'étude à l'oral et accentué à l'écrit sur le questionnaire (*voir annexe III*).

Le score ramène l'état d'esprit maternel à un chiffre, des seuils, ce qui appauvrit la richesse et la complexité des phénomènes, et ne permet qu'une approximation et la prédiction d'un risque.

D'autre part, nous avons limité le biais de subjectivité de deux manières différentes lors de la présentation de l'étude aux patientes. Premièrement, nous n'avons pas connaissance de la participation ou non de chaque patiente à une PNP, cela n'a donc pas influencé l'explication de la manière de répondre au questionnaire. Deuxièmement, l'étude a été présentée comme s'intéressant au vécu du séjour, et la relation avec la participation à une PNP n'a pas été évoquée, pour ne pas induire de représentations négatives chez les patientes n'ayant pas suivi de PNP.

4/ Biais de confusion lié au sujet de l'étude

Le ressenti des accouchées concernant la confiance en soi et l'attachement à l'enfant dépend de nombreux facteurs personnels, familiaux, environnementaux. Il est difficile d'isoler l'effet de la PNP parmi tous les autres facteurs influençant ces paramètres complexes. Nous avons dégagé un certain nombre de facteurs pouvant entrer en confusion de manière importante avec l'effet de la PNP sur le ressenti des accouchées, en nous basant par exemple sur les facteurs de vulnérabilités listés par l'HAS [7]. Pour ces facteurs, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les deux groupes. Ils ne sont donc pas des facteurs de confusion.

Cependant, cette absence de différence statistiquement significative peut être due au manque de puissance de l'étude, et nous rediscuterons de la comparabilité des groupes dans la partie 3.1. De plus, il est très probable que nous n'ayons pas recueilli tous les facteurs entrant en ligne de compte dans la perception des primipares, comme par exemple les violences conjugales, ou les antécédents de fausse couche, IVG...

II/ Population de l'étude

1/ Nombre de sujets et puissance

Il était difficile de calculer un nombre de sujets nécessaire, car nous ne disposons pas de la prévalence des troubles dans les sentiments maternels, ni même de leur estimation par les scores : dans l'étude de Chabrol [16], 30 % des patientes avaient un score supérieur au seuil prédictif d'un risque de DPP. Mais nous ne connaissons pas la prévalence des mères ayant un score MIB supérieur au seuil de 2, prédictif d'un problème dans le sentiment maternel.

Notre échantillon n'est pas de grande taille (86 sujets) pour des raisons de moyens : nous ne disposons pas d'une période d'étude assez longue (un mois et demi). De plus, les groupes ne sont pas équilibrés (68 et 18). Il en résulte une faible puissance de l'étude.

2/ Caractéristiques de la population de l'échantillon

L'âge moyen des primipares de notre étude, 29,8 ans, était proche de l'âge moyen à l'accouchement en France, qui était de 30,4 ans en 2015 [19].

L'étude porte sur une population ayant un niveau socio-économique plus élevé que la moyenne : elle compte 30 % de cadres et professions intellectuelles supérieures (contre 14,2 % parmi les femmes françaises en 2014 d'après l'INSEE [19]). Soixante-quatorze pour cent des

primipares interrogées ont menées des études supérieures (contre 47,3 % des femmes françaises entre 25 et 44 ans en 2014 d'après l'INSEE).

Or, plusieurs études, comme celle de Willinck et Cotton [20] retiennent le statut socio-économique comme facteur de risque de DPP.

De plus, l'étude relevait un taux de participation des primipares aux séances de PNP plus élevé que dans la population générale : 79 % des primipares contre 73% dans la population générale en 2010 [8]. L'écart était encore plus grand concernant l'EPP : 69,4 % des primipares de l'étude déclarent avoir bénéficié d'un EPP, contre 30 % dans la population générale [8].

L'étude portait donc sur un échantillon qui présentait un niveau socio-économique plus élevé que la moyenne et qui présentait un taux élevé de participation aux séances de PNP.

III/ Discussion des résultats

1/ Comparabilité des deux groupes

Aucune différence n'était statistiquement significative, mais beaucoup de différences auraient tendance à montrer un groupe PNP – qui compte davantage de facteurs de vulnérabilité avant la grossesse : davantage de personnes sans emploi, qui n'ont pas suivi d'études supérieures, de femmes seules, de femmes ayant un ou des enfant(s) à charge, de consommation de drogues.

On peut donc se demander : Les primipares n'ayant pas suivi de PNP étaient-elles celles qui en avaient le plus besoin ? Pourquoi n'en ont-elles pas fait ? Comment atteindre ces primipares et les aider à comprendre l'intérêt de la PNP pour qu'elles y participent ?

De même, on relevait des différences (non statistiquement significatives) pendant la grossesse, avec moins de baisses de moral et de troubles du sommeil dans le groupe PNP +. On pourrait se demander si cela résulte d'un effet bénéfique de la PNP.

Enfin, concernant l'accouchement et ses suites, le fait que l'on ait retrouvé moins de césariennes programmées et d'extractions instrumentales dans le groupe PNP +, mais davantage d'accouchements eutociques, peut faire penser au rôle bénéfique de la préparation à l'accouchement et aux efforts expulsifs, permettant une moins grande appréhension. Une autre hypothèse est que les femmes qui savaient qu'elles auraient une césarienne programmée ont trouvé moins d'intérêt à suivre une PNP.

La PNP semblait aussi avoir permis de mieux favoriser le peau à peau, en salle de naissance et en suites de couches, bien que la différence ne soit encore une fois non statistiquement significative.

Les deux groupes étaient donc comparables car aucun facteur de confusion n'a été mis en évidence, mais cela peut être dû au manque de puissance de l'étude. De plus, le groupe PNP – n'était composé que de 18 sujets.

Ces premiers résultats peuvent en outre amorcer une réflexion à propos des questions à se poser face à une primipare qui n'a pas suivi de PNP : Quels sont les besoins à combler, quel est le vécu de sa grossesse, comment envisage-t-elle la suite, quelles sont ses craintes ?

2/ Les différences de score entre les deux groupes

Concernant le MIBS, nous avons observé un score moins élevé en moyenne parmi les femmes ayant suivi une PNP, donc qui irait vers un nombre moins important de difficultés dans le

sentiment maternel envers l'enfant. Nous ne pouvons cependant pas tirer cette conclusion de manière formelle car le résultat n'est pas statistiquement significatif.

Dans aucun des deux groupes le score n'a dépassé le seuil fixé à deux par Marjorie Bienfait, seuil qui permet de dépister l'existence de problèmes dans le sentiment maternel (avec une sensibilité de 0,9 et une spécificité de 0,8) [15].

Une étude a pu mettre en évidence un lien entre la préparation à la naissance et le lien d'attachement prénatal [21]. Deux groupes de mères, l'un ayant suivi une préparation et l'autre non, ont rempli un auto-questionnaire, le Prenatal Attachment Inventory (PAI). Le score était significativement plus élevé dans le groupe ayant suivi une préparation, conduisant les auteurs à conclure à un effet positif de la préparation à la naissance sur l'attachement prénatal.

La première étude retrouvée faisant un lien entre PNP et attachement postnatal est une étude de 1982 s'intéressant à 61 primipares [21]. Quarante-cinq ont suivi une préparation suivant la méthode Lamaze (du nom du médecin cité en introduction), 16 n'ont pas suivi de préparation. Le lien mère-enfant a été évalué le lendemain de l'accouchement puis à un mois. Aucune différence significative n'a été mise en évidence à J1, et à un mois on retrouvait un meilleur attachement dans le groupe contrôle. Cependant, depuis cette étude la forme et surtout le contenu de la PNP a changé et implique davantage le soutien à la parentalité comme nous l'avons vu en introduction.

L'étude bien plus récente, de 2015, « Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment » [22] arrivait à la conclusion selon laquelle une préparation anténatale n'a pas d'effet sur l'attachement maternel ni paternel. Elle affirmait « la nécessité d'augmenter le contenu du programme de préparation concernant l'attachement parental ».

On trouve donc très peu d'études faisant le lien entre attachement maternel et préparation anténatale. La littérature n'a pu mettre en évidence de bénéfices que pour l'attachement prénatal, mais aucune étude n'a pu démontrer de bienfaits sur le lien d'attachement de la mère envers son enfant une fois né.

Notre étude s'inscrit donc dans le même sens que la littérature peu fournie existante sur ce sujet.

Concernant l'EPDS, la moyenne était significativement plus basse dans le groupe PNP +, permettant de conclure à une perception de meilleure confiance en soi parmi les primipares ayant suivi une PNP.

De plus, la moyenne du score dans le groupe PNP - était de 9,3. Nous avons évalué ce score à J3. Or, l'étude de Chabrol sur l'EPDS [16] prévoit le score de neuf à J3 comme seuil prédictif de DPP. La moyenne de l'EPDS dans le groupe PNP - est supérieure au seuil, ce qui peut nous amener à penser qu'il y a plus de primipares à risque de DPP dans le groupe PNP -.

Cette étude dégage donc un effet protecteur du suivi d'une PNP sur le risque de DPP. Plusieurs études vont dans le même sens.

L'étude « Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology ? » [23] arrive à la conclusion qu'une brève intervention anténatale préventive en groupe se concentrant sur la psychoéducation, la gestion du stress, l'amélioration des mécanismes d'adaptation peut être efficace dans la réduction de la symptomatologie dépressive du postpartum. L'étude « Influence of health information levels on postpartum depression » [24] montre qu'une information de santé donnée aux primipares en particulier à propos des préoccupations postnatales peut diminuer le score EPDS.

Notre hypothèse de départ selon laquelle le suivi d'une PNP permet un meilleur ressenti maternel est donc partiellement vérifiée. Elle est confirmée concernant la confiance en soi mais les résultats ne nous permettent pas d'affirmer son rôle dans le ressenti de l'attachement à l'enfant.

De ces résultats ressort un rôle propre de la PNP qui est le rôle d'anticipation. Elle permet de répondre aux questions, de dissiper les craintes, de se représenter la grossesse, l'accouchement, d'avoir des informations. Durant la grossesse, le remodelage psychologique important engendre une angoisse. C'est une angoisse signal, qui permet l'adaptation. L'anticipation est alors un traitement de l'angoisse. En postnatal, il y a un travail de dépressivité physiologique, lié au devenir parent : la PNP se place comme soutien et prévention de l'échec de ce travail de dépressivité qui pourrait alors se changer en dépression postnatale. C'est en cela qu'elle a un rôle de préparation psychique.

Bien sûr, la PNP garde les limites propres à une intervention prénatale. C'est une intervention de première ligne, qui ne peut et ne pourra pas prévenir toutes les dépressions postnatales, d'où l'importance de dépister et rediriger vers un professionnel adapté quand c'est nécessaire.

3/ Critères secondaires

Dans notre étude, la PNP a très majoritairement été réalisée par des sages-femmes libérales, avec une grande part (68,7 %) de PNP classique. Les primipares en ont toutes été satisfaites sauf une.

Pour rappel, aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence dans les moyennes des scores entre les types de PNP. Avec une étude d'une puissance plus importante, cela aurait peut-être été le cas.

Cela dit, nous avons relevé une différence de score EPDS notable notamment entre le yoga (8,3) et l'haptonomie (5,3). Concernant l'EPDS, en considérant les scores et les p-values les plus faibles, il s'est dégagé que les types de PNP ayant les meilleurs résultats sont l'haptonomie et la piscine, celles ayant les moins bons sont le yoga et la sophrologie.

On a retrouvé cette tendance avec le MIBS, pour lequel les scores les plus élevés sont pour la sophrologie et le yoga, le meilleur score pour la piscine suivie par l'haptonomie et la PNP classique.

L'haptonomie et la piscine semblent donc montrer de meilleurs résultats pour ce qui est du ressenti maternel. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est expliqué par l'approche physique, plus proche du corps, du contact, du ressenti corporel que la sophrologie et le yoga qui sont des approches peut-être plus intellectualisées. Pour ce qui est de l'haptonomie et du MIBS, le lien est plus évident, puisque c'est une pratique visant à entrer en interaction avec le bébé par le contact dès la période prénatale, il paraît donc logique que cela ait un bénéfice dans l'attachement postnatal.

Cependant, des études ne mettent pas en évidence les mêmes résultats concernant le yoga et la sophrologie. Selon l'étude « Maternal behavior toward her newborn infant. Potential modification by peridural analgesia or childbirth preparation » [25], la préparation en sophrologie a un effet positif sur la relation entre la mère et son enfant ($p < 0,01$).

L'étude « Effects of yoga intervention during pregnancy: a review for current status » [26] est une revue de la littérature qui analysait les résultats de 10 essais randomisés. Elle conclut que la pratique du yoga en prénatal permet de meilleurs scores de relations mère-enfant ($p < 0,05$).

Pour ce qui est du nombre de séances, il est difficile de conclure, car seules cinq primipares ont suivi quatre séances ou moins. Elles ont en moyenne un moins bon score EPDS mais un meilleur score MIB. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Enfin, concernant la réalisation d'un EPP, nous n'avons pas non plus mis en évidence de différence statistiquement significative. De plus, les résultats sont contradictoires, nous ne pouvons pas tirer de conclusion. Notre échantillon n'est certainement pas assez conséquent.

CONCLUSION

Le résultat principal de notre étude est la relation significative entre le suivi de la PNP et une diminution associée du score EPDS. Cela confirme une partie de notre hypothèse de recherche, et est en accord avec la littérature existante sur le sujet, qui conclut majoritairement à un impact significatif de la PNP sur la prévention de la DPP. Cette étude a donc appuyé le rôle important d'anticipation et de soutien psychologique de la PNP.

Il nous paraît donc indiqué de diffuser cette information, particulièrement auprès des primipares qui sont réticentes à suivre une PNP, n'en voient pas l'utilité, et qui par ailleurs présentent des facteurs de vulnérabilité. Cela permettrait d'étendre ce moyen de première ligne qui rappelons-le touche 73 % des primipares.

Il serait intéressant de se pencher sur le travail de lien effectué par les sages-femmes réalisant la PNP concernant la vulnérabilité psychique. Cela permettrait de savoir dans quelle mesure la PNP a, en plus du rôle de soutien et d'anticipation, un rôle de dépistage et de réorientation pour les femmes qui ont besoin de davantage que ce moyen de première ligne (tâche de dépistage attribuée en particulier à l'EPP).

Nous n'avons pas pu atteindre tous nos objectifs concernant le type de PNP, le nombre de séances et la réalisation d'un EPP, car on ne peut pas conclure sur les résultats obtenus, ce qui semble être dû à un nombre trop peu important dans certains sous-groupes. Les tendances semblent valoriser l'apport de l'haptonomie et la PNP en piscine ; la littérature rapporte les bienfaits de la sophrologie et du yoga. Il y a nécessité de mener des études de plus grande ampleur sur l'impact de l'haptonomie et de la PNP en piscine.

D'autre part, nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien significatif entre la PNP et le ressenti d'attachement à l'enfant. La littérature peu fournie sur le sujet n'a pas non plus pu

montrer cet impact. De par cette étude, nous appuyons donc la suggestion déjà avancée d'accorder une plus grande place et davantage de temps à la préparation aux pratiques parentales, aux changements liés à l'arrivée d'un enfant, aux soins et à l'attention à lui porter.

Il serait intéressant et utile de mener une étude de grande ampleur sur le contenu de la PNP en France, et particulièrement sur la part qu'occupe chaque thème à l'intérieur de ces séances. Cela permettrait de continuer le travail d'affinement du contenu pour mieux préparer la parentalité.

Par rapport à notre étude, il serait également pertinent de mener une enquête comprenant un échantillon plus important, ce qui permettrait d'avoir un effectif plus représentatif pour chaque sous-groupe, par exemple pour chaque type de PNP. L'étude aurait alors plus de puissance. Un suivi au-delà de J3 permettrait d'avoir des informations sur l'évolution de l'état d'esprit maternel. Enfin, une étude utilisant des observations de moments d'interactions serait d'une plus grande valeur qu'avec l'emploi de scores.

Pour terminer, cette étude nous a permis de nous questionner sur les questions à se poser face aux primipares qui n'ont pas suivi de PNP, et l'attention particulière à leur porter.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] M. Caron-Leuilliez, J. Georges. L'accouchement sans douleurs: histoire d'une révolution oubliée. ed. PARIS. Les éditions de l'Atelier, Patrimoine, 233p. 2004.
- [2] A. Cortet. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005. Gynécologie et obstétrique. 2010.
- [3] Caisse d'Assurance Maladie. Avenant à la convention nationale des sages-femmes. 2002. [Consulté le : 22/052016]. Disponible sur : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sagesfemmes/votre-convention/outils-conventionnels/votre-accord-de-bon-usagedes-soins.php
- [4] F. Molénat. Périnatalité et prévention en santé mentale Collaboration médico-psychologique en périnatalité. DHOS. 2004. Disponible sur : [www.afree.asso.fr/Rapport final 230204 FM.pdf](http://www.afree.asso.fr/Rapport%20final%202004%20FM.pdf)
- [5] Le ministre de la santé et de la protection sociale et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales. Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Legifrance. 21 novembre 2004.
- [6] Ministère de la santé et des sports. Plan de périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004.
- [7] HAS. Recommandations professionnelles: préparation à la naissance et à la parentalité. www.has-sante.fr. Novembre 2005.
- [8] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Enquête périnatale de 2010. Mai 2011.
- [9] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Dossier : L'exercice libéral : nouvel enjeu pour la profession. La lettre du conseil de l'ordre, Contact, n. 45. Janv-Mars 2016.
- [10] Cour des Comptes. Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale. Septembre 2011.
- [11] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique tome XXI. Paris. 3 décembre 1997.
- [12] INPES. Fiche action n°12 : Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Mai 2010.
- [13] Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education : an exploratory study. Health Promot Int. 2001 Dec;16(4):381-8.
- [14] Taylor A1, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale : links with early maternal mood. Arch Womens Ment Health. 2005 May ; 8(1):45-51.

- [15] Bienfait M. et al. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Human Development*. Volume 87, Issue 4, 281 – 287.
- [16] F. Teissedre, H. Chabrol. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 09/2004; 30(4):376-381.
- [17] Sylvén SM1, Papadopoulos FC, Olovsson M, Ekselius L, Poromaa IS, Skalkidou A. Seasonality patterns in postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Volume 204, Issue 5, 413.e1 - 413.e6
- [18] Dorothy Sit, M.D., Howard Seltman, M.D. Ph.D., and Katherine L. Wisner, M.D. M.S. Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depress Anxiety*. 2011 May; 28(5): 400–405.
- [19] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Âge moyen à l'accouchement en 2015. Enquête emploi 2014. <http://www.insee.fr/>
- [20] Willinck, Cotton. Risk factors for postnatal depression. *Australian Midwifery*. J ACM 2004 ; 17(2) : 10-15.
- [21] Croft, C. A. Lamaze Childbirth Education Implications for Maternal-Infant Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1982 ; 11: 333–336.
- [22] Pinar Serçekuş, Hatice Başkale. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016 Mar 27;34:166-72. 32(06): 503-514.
- [23] Kozinszky Z et al. Can a Brief Antepartum Preventive Group Intervention Help Reduce Postpartum Depressive Symptomatology?. *Psychother Psychosom* 2012;81:98-107.
- [24] Youash S et al ; Influence of health information levels on postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* December 2013, Volume 16, Issue 6, pp 489-49825.
- [25] Wagner A et al ; Maternal behavior toward her newborn infant. Potential modification by peridural analgesia or childbirth preparation ; *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1989 Jan;84 :29-35.
- [26] Jiang Q et al ; Effects of yoga intervention during pregnancy: a review for current status ; *Am J Perinatol*. 2015 May;32(6):503-14.


ANNEXES

Annexe I : Mother-Infant Bonding Scale

Ces questions concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né. Quelques adjectifs sont listés ci-dessous qui décrivent quelques-uns des sentiments que les mères ont envers leur bébé durant les premières semaines qui suivent la naissance.

Faites une croix en face de chaque mot, dans la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion				
Joie				
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé				
Protectrice				
Déçue				
Agressive				

MOTHER-INFANT BONDING SCALE (MIBS) 

Cotation : 0 à 24

Score de 0 à 3 (inverser les scores pour les réponses à tonalité négative).

Annexe II : Edinburgh Postnatal Depression Scale

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

-oui tout le temps -oui la plupart du temps -non pas très souvent -non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

Aussi souvent que d'habitude -Pas tout à fait autant -Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci -Absolument pas

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

-Autant que d'habitude -Plutôt moins que d'habitude -Vraiment moins que d'habitude - Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

-Non, pas du tout -Presque jamais -Oui, parfois -Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

-Non, pas du tout -Presque jamais -Oui, parfois -Oui, très souvent

5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

-Oui, vraiment souvent -Oui, parfois -Non, pas très souvent -Non, pas du tout

6-J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

-Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations -Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude -Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations -Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7-Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

-Oui, la plupart du temps -Oui, parfois -Pas très souvent -Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse

-Oui, la plupart du temps -Oui, très souvent -Pas très souvent -Non, pas du tout

9-Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

-Oui, la plupart du temps -Oui, très souvent -Seulement de temps en temps -Non, jamais

10-II m'est arrivé de penser à me faire mal

-Oui, très souvent -Parfois -Presque jamais -Jamais

Les items 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1, 2, 3 et 4 se cotent de 0 à 3.

L'étude de Nicole Guedeney définit le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Annexe III : Questionnaire

Questionnaire anonyme

Mémoire Sage-Femme

(Durée : 15 minutes)

Je m'appelle Alanne COVA, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'étudie le vécu de votre séjour en suites de couches.

Ce questionnaire vous prendra une quinzaine de minutes, il est strictement anonyme. Je vous remercie de bien vouloir participer à mon étude.

Si vous désirez prendre connaissance des résultats, vous pourrez m'en faire la demande par mail sur cette adresse : *[Données à caractère personnel]*

PARTIE I : VECU DU SEJOUR

- 1. Le « jour zéro » (J0) étant le jour de l'accouchement, à quel jour êtes-vous aujourd'hui ? (J1, J2, J3...)**

J

Vous venez d'avoir un bébé. J'aimerais savoir comment vous vous sentez. Je vous demande de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant les 3 jours qui viennent de s'écouler, et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LES 3 JOURS QUI VIENNENT DE S'ECOULER :

I- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant

- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

II- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

III- Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

IV- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

V- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

VI- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

VII- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

VIII- Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

IX- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

X- Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Les questions suivantes concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né. Quelques adjectifs sont listés ci-dessous qui décrivent quelques-uns des sentiments que les mères ont envers leur bébé durant les premières semaines qui suivent la naissance.

Faites une croix en face de chaque mot, dans la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé				
Sentiment d'en vouloir à mon bébé				
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion				
Joie				
Sentiment de ne pas être attirée				
Protectrice				
Déçue				
Agressive				

2. Votre enfant est :

- Un garçon Une fille

3. Le poids de votre enfant à la naissance :

..... g

PARTIE II : GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

4. Avez-vous bénéficié d'un entretien prénatal précoce (entretien pendant la grossesse avec une sage-femme ou un médecin hors consultation médicale pour discuter de vos besoins, appréhensions, projet de naissance...)?

- Oui Non

• **Si oui, à quel moment de la grossesse cet entretien a-t-il eu lieu ?**

- 1^{er} trimestre Après le 1^{er} trimestre, préciser :

5. Avez-vous suivi une préparation à la naissance pendant cette grossesse ?

- Oui Non

Si vous n'avez pas suivi de préparation à la naissance, vous pouvez passer directement à la question 10.

6. Quel type de préparation à la naissance avez-vous suivi ?

- Classique Yoga Haptonomie Piscine Sophrologie
 Autre :

7. Où avez-vous suivi votre préparation ?

- A l'hôpital Avec une sage-femme libérale Autre :

8. Combien de séances avez-vous faites ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8
 Autre :

9. Votre degré de satisfaction concernant la préparation :

- Très satisfaite Satisfaite Peu satisfaite Pas du tout satisfaite

10. Votre vécu de la grossesse :

- Très bon Bon Mauvais Très mauvais

11. Durant la grossesse, avez-vous eu :

• **Des troubles du sommeil ?**

- Oui Non

• **Davantage de baisses de moral que d'habitude ?**

- Oui Non

12. Votre vécu de l'accouchement (voie basse ou césarienne) :

- Très bon Bon Mauvais Très mauvais

13. Avez-vous fait du peau-à-peau à la naissance ? (le peau-à-peau est le fait de garder le bébé non habillé contre sa poitrine nue)

- Oui Non

• **En avez-vous fait dans votre chambre durant votre séjour ?**

- Oui Non

14. Y a-t-il eu des complications pour votre enfant de sa naissance à aujourd'hui ?

- Oui Non

• **Si oui, laquelle/lesquelles ?**

- Prise en charge d'une malformation, si oui quelle est-elle :

- Infection Jaunisse Difficultés d'alimentation

15. Quel type d'alimentation avez-vous choisi pour votre enfant ?

- Allaitement maternel Allaitement artificiel

PARTIE II : QUESTIONS SANTE

16. Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi psychologique ?

- Oui Non

17. Votre consommation d'alcool avant la grossesse :

- Aucune Occasionnelle
 1 à 2 verre(s) par semaine 1 verre par jour ou plus

18. Votre consommation de tabac avant la grossesse :

- Aucune Occasionnelle (pas tous les jours)
 Inférieure à 10 cigarettes par jour Entre 10 et 20 cigarettes par jour
 Supérieure à 20 cigarettes par jour

19. Consommation d'autres drogues

- Oui Non

PARTIE III : QUESTIONS GENERALES

20. Quel est votre âge à ce jour ?

..... ans

21. Votre niveau d'étude

- Non scolarisée, primaire Collège Bac Supérieur

22. Votre activité professionnelle actuelle :

- Agricultrice, exploitante, ouvrière
 Artisan, commerçante, chef d'entreprise
 Employée, profession intermédiaire
 Sans activité professionnelle
 Cadre, professions intellectuelles supérieures

23. Vous vivez :

- Seule
 En couple

24. Vous sentez-vous soutenue par :

- Votre conjoint Votre famille Autre

25. De combien d'enfant(s) avez-vous la charge en dehors de votre nouveau-né ?

.....

Merci du temps que vous avez accordé à ce questionnaire !

RESUME

Objectif

Cette étude visait à montrer l'impact du suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sur le ressenti des accouchées.

Elle avait également pour but d'évaluer l'impact du type de PNP, du nombre de séance et de la réalisation d'un entretien prénatal précoce (EPP) sur ce ressenti.

Matériel et méthodes

L'enquête portait sur 86 primipares. Soixante-huit avaient suivi une PNP, 18 n'en avaient pas bénéficié. Au troisième jour du postpartum, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) et le Mother-Infant Bonding Scale (MIBS) ont été utilisés pour évaluer la perception des mères quant à leur état d'esprit et l'attachement à leur enfant. La moyenne de ces scores a été comparée dans les deux groupes, puis en fonction du type de PNP, du nombre de séances réalisées et de la réalisation ou non d'un entretien prénatal précoce (EPP) parmi les patientes ayant suivi une PNP.

Résultats

Les primipares ayant suivi une PNP ont présenté une moyenne de score EPDS significativement meilleure. La différence avec le MIBS n'était pas statistiquement significative.

L'impact du type de PNP, du nombre de séances et de la réalisation d'un EPP n'a pas pu être mis en évidence.

Conclusion

La PNP a un rôle de soutien psychologique et améliore l'état d'esprit des accouchées. L'impact sur la perception de l'attachement à l'enfant n'est pas évident, ce qui pousse à renforcer le contenu des séances à propos de ce qui touche aux soins et à l'attention au bébé.

Mots clés : Préparation à la naissance et à la parentalité ; ressenti ; primipares ; attachement ; état d'esprit.

ABSTRACT

Objectives

This study aimed to demonstrate the effect of childbirth prenatal education on mothers feel.

Other objectives were to estimate the influence of the kind of prenatal education, the session number, and the performing of an early prenatal interview.

Materials and methods

The investigation was about 86 primiparous. Sixty-eight performed a prenatal education, 18 didn't performed one. Third day after delivery, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Mother-Infant Bonding Score (MIBS) were used to assess mothers feel about their state of mind and child attachment. We compared scores averages in the two groups, and then according to the kind of prenatal education, session number and the performing of an early prenatal interview among mothers who got a prenatal education.

Results

Primiparous who got a prenatal education showed a significantly best EPDS. The difference with MIBS wasn't statistically significant.

The effect of kind of prenatal education, session number and the performing of early prenatal education couldn't be demonstrated.

Conclusion

The childbirth prenatal education is a psychological support, it improves the mothers state of mind. The influence on feelings about the child is not demonstrated. This fact encourage to accentuate the sessions content about child care.

Key words : Childbirth prenatal education ; feel ; primiparous ; attachment ; state of mind.