



HAL
open science

Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement chez les mères lors du séjour en maternité au Gynépôle de Marseille : comparaison entre primipares et multipares

Émilie Bernard

► To cite this version:

Émilie Bernard. Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement chez les mères lors du séjour en maternité au Gynépôle de Marseille : comparaison entre primipares et multipares. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01370884

HAL Id: dumas-01370884

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370884>

Submitted on 28 Nov 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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**Evaluation de la perception des facteurs de stress
post-accouchement chez les mères lors du séjour en
maternité au Gynépôle de Marseille.**

Comparaison entre primipares et multipares

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique
Marseille Méditerranée

Le 27 avril 2016

Par

BERNARD Emilie

Née le 02 mars 1994

A Marseille

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2012-2016

Directeur de mémoire :

RIQUET Sébastien

Sage-femme enseignant, MSc. PhD.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Evaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement chez les mères lors du séjour en maternité au Gynépôle de Marseille.

Comparaison entre primipares et multipares

BERNARD Emilie

Née le 02 mars 1994

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2012-2016

Validation session juin 2016 :

Mention :

Félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation session septembre 2016 :

Visa et tampon de l'école

**Evaluation de la perception des facteurs de
stress post-accouchement chez les mères
lors du séjour en maternité au Gynépôle de
Marseille.**

Comparaison entre primipares et multipares

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

- RIQUET Sébastien, directeur de ce mémoire. Merci pour votre présence, votre bienveillance, votre soutien, votre aide, votre compréhension et votre patience.
- RAZUREL Chantal, personne ressource de ce mémoire. Merci d'avoir accepté l'utilisation de votre échelle de stress et de me l'avoir transmise.
- ZAKARIAN Carole, personne ressource de ce mémoire. Merci pour tout le temps passé à m'aider pour la réalisation des statistiques.

Je remercie les cadres supérieures de Gynépôle, GILBERTAS Chantal et CHARTIER Anne et les cadres de services BECHADERGUE Valérie, COURTOISIER Françoise d'avoir accepté que mon étude soit menée au sein de leurs maternités.

Je souhaite remercier les relecteurs de ce mémoire: RIQUET Sébastien et BLAISE Julien, merci pour votre aide et votre patience.

Un immense merci à mes parents, les jumeaux, ma famille, mes amies et Joris pour tout leur soutien tout au long de ces études.

Merci spécial pour mon frère et ses talents de traducteur.

Sans oublier, un éternel remerciement aux Chicas, sans qui je n'aurai jamais pu atteindre la ligne d'arrivée de ce marathon !!

Une pensée et un immense merci à mon père, sans qui le marathon n'aurait certainement jamais commencé.

Sommaire

Introduction.....p.1

Matériels et méthode.....p.4

Résultats.....p.7

Analyse et discussion.....p.21

Conclusion.....p.34

Bibliographie

Annexes

Introduction

Le post-partum est une période qui débute après l'accouchement et se termine par le retour de couche autrement dit, le retour des règles (Larousse, 2015). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit plus précisément le post-partum comme la période débutant « *une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent* » (OMS, 1999). Elle est caractérisée par de nombreux bouleversements physiques, psychiques et hormonaux. Sur le plan physique, il se traduit par le passage de la gestation à l'état non gravide et la régression des modifications corporelles entraînées par la grossesse. Au niveau psychique, par le changement de statut au sein de la famille et de la société : la femme devient mère et femme à la fois. Enfin au niveau hormonal on constate des bouleversements, reflétant la chute brutale de l'importante imprégnation hormonale après la délivrance.

Le statut de mère confère à la femme un niveau de responsabilité et des compétences parentales à acquérir avec l'arrivée de l'enfant. Or, les mères ont souvent une baisse du sentiment de compétence et peuvent rapidement se culpabiliser. Ces sentiments sont souvent à l'origine d'une remise en question et d'appréhensions. Celles-ci peuvent-être à l'origine d'une perception d'un stress par les femmes et peuvent influencer la mise en place d'une relation mère-enfant harmonieuse et le vécu de la maternité. A long terme, ces appréhensions peuvent entraîner, s'il n'y a pas de prise en charge et d'accompagnement, une dépression du post-partum (Razurel et al., 2013).

La période du post-partum est donc une période connue de vulnérabilité psycho-émotionnelle. C'est pourquoi il est important de ne pas minimiser les facteurs de stress perçus afin d'optimiser les conditions psycho-sociales. Cette étape doit être accompagnée et soutenue par les professionnels de santé. De par sa proximité avec les parents, la sage-femme possède une place privilégiée (Conseil National Ordre des sages-femmes, 2010). En effet, la sage-femme a des compétences qui s'étendent d'une part sur le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement, le suivi gynécologique de prévention et d'autre part le post-partum et les soins qui concernent la mère et l'enfant (HAS, 2012).

Il existe de nombreuses études mettant en évidence les facteurs de stress aux différentes étapes de la grossesse. De nombreuses études relatent également ces mêmes faits à la visite post-natale soit six semaines après l'accouchement (HAS, 2005 ; Braha, 2011, Razurel et al., 2013 ; OMS, 2015). Cependant très peu s'attardent sur le post-partum précoce, c'est-à-dire, le séjour en maternité (Sénat et al., 2015). Or, la naissance d'un enfant nécessite des ajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs de la part des mères, et ce dès les premiers jours de vie (Razurel et al., 2010).

De plus, cette littérature recensant les facteurs qui peuvent être identifiés comme stressants sont principalement associés aux mères primipares aux dépens des multipares pour qui nous pouvons avoir tendance à penser que « tout est acquis », à la suite de la naissance de leur premier enfant.

C'est pourquoi la comparaison de la perception des facteurs de stress post-accouchement par les primipares et les multipares, nous semble avoir un intérêt dans l'adaptation et la personnalisation de la prise en charge d'abord immédiate, durant le séjour hospitalier, puis au long cours.

Par ailleurs, les maternités de niveau III se caractérisent par la prise en charge des grossesses à haut risque de par la présence d'une unité de néonatalogie en soins intensifs et d'un service de réanimation néonatale (Franchi et al., 2007). L'activité y est donc importante et centrée prioritairement sur les pathologies. La très grande taille de ces centres hospitaliers nécessite une organisation spécifique liée à leur activité très spécialisée. De ce fait en découlent des soins de plus en plus techniques ne permettant pas un accompagnement global et personnalisé des patientes (Cour des comptes, 2014).

La dimension psycho-sociale est encore trop souvent mise au second plan. Dans des maternités d'un tel niveau, jusqu'à 46% des femmes ont exprimé ne pas avoir pu aborder leurs préoccupations avec les soignants durant le post-partum hospitalier (Razurel et al., 2003).

En outre, nous n'avons retrouvé aucune étude réalisée dans les hôpitaux marseillais traitant de ce sujet. D'ailleurs, lors de la révision en 2013 du projet régional de santé 2012-2016, l'Agence régionale de santé (ARS) de la région PACA souligne une évaluation insuffisante de l'environnement psychologique de la mère et de l'enfant et recommande un renforcement de la prise en charge psychoaffective (ARS Paca, 2013). Il est donc important d'identifier et d'évaluer les facteurs de stress perçus par les mères afin d'adapter l'accompagnement et le soutien lors du séjour hospitalier et

d'optimiser les conditions émotionnelles et sociales durant cette période de vulnérabilité psychique.

Pour ces raisons, et afin de respecter les recommandations en vigueur du projet régional de soins de la région PACA, il nous semble pertinent d'évaluer les facteurs de stress post-accouchement perçus par les femmes ayant accouché au centre hospitalier universitaire (CHU) de Marseille, établissement de niveau III.

Dans ce but nous formulons la question de recherche suivante : « *quelle est la perception des facteurs de stress post-accouchement par les femmes, au CHU de Marseille ?* »

Notre objectif principal est d'évaluer la perception des facteurs de stress post-accouchement par les femmes durant le séjour en service de maternité au CHU de Marseille.

Les sous-objectifs suivants complètent notre démarche : comparer la perception des facteurs de stress chez les primipares et les multipares et évaluer la corrélation des facteurs entre eux afin de proposer des pistes d'actions en lien avec nos résultats.

Matériels et Méthode

Question de recherche

« Quelle est la perception des facteurs de stress post-accouchement, par les femmes au CHU de Marseille ? »

Objectifs de l'étude

Evaluer la perception des facteurs de stress post-accouchement par les femmes ayant accouché au CHU de Marseille durant leur séjour en maternité.

Les sous-objectifs étant de comparer la perception des facteurs de stress entre les primipares et les multipares et d'évaluer la corrélation des facteurs entre eux afin de proposer des pistes d'actions en lien avec nos résultats.

Type, lieux et durée de l'étude

L'étude menée a été dans un premier temps descriptive, puis comparative, unicentrique, par un questionnaire anonyme utilisant l'échelle de stress perçu pour les femmes post accouchement (PDPSI) (Razurel et al., 2013)

Cette étude a été menée au CHU de Marseille, regroupant l'hôpital Nord et l'hôpital de la Conception, constituant le Gynépôle.

L'étude s'est étendue sur une période de 6 mois : de janvier 2015 à juillet 2015.

Population à l'étude

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : femmes primipares ou multipares, majeures, séjournant en service de suite de couche, ayant accouchées par voie basse, à terme d'une grossesse singleton.

Les critères de non inclusion à l'étude étaient : les grossesses multiples, les césariennes, et toutes situations de stress supplémentaire : mort in utero, fausse couche tardive, malformations fœtales, infections materno-fœtales, retard de croissance intra-utérin, prématurité et séjour en réanimation ou en unité de soins intensifs pour le nouveau-né.

Les critères d'exclusion étaient : les patientes qui ne parlaient pas français, les patientes mineures (car les questionnaires étaient distribués en s'appuyant sur les relèves, donc l'âge était inconnu au moment de la distribution des questionnaires, c'est pourquoi ce dernier est un critère d'exclusion et non de non inclusion), les patientes refusant de participer.

Réalisation du questionnaire

Lors de la recherche bibliographique, nous avons trouvé une autre échelle d'évaluation de la perception du stress post-accouchement, validée au CHU de Kaohsiung, seconde ville principale à Taïwan (Chich-Hsiu Hung, 2001). Cependant, nous avons choisi de mener notre étude avec l'échelle validée au CHU de Genève, d'une part car celle-ci existait en français, ce qui a limité les erreurs de traduction. D'autre part, du fait que la population genevoise semble plus se rapprocher, culturellement parlant, de la population française par rapport à la population asiatique. De plus, l'échelle qui a été choisie pour l'étude était plus récente (2013).

En revanche, nous avons pu constater que les items et les facteurs de stress perçus des deux échelles se croisent sur certains points : les soins à donner au bébé (change, bain...), les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien) ainsi que la relation avec le personnel soignant.

Nous avons mis en place le préambule à l'échelle nécessaire pour la sélection des patientes, en décembre 2014. Après accord des cadres supérieures et cadres des services de suite de couche du Gynépôle, nous avons débuté la distribution des questionnaires en janvier 2015.

Le questionnaire utilisé [Annexe I] comportait deux parties ; la première était composée des renseignements généraux regroupés sous six questions nécessaires pour sélectionner les patientes selon les critères d'inclusion à l'étude.

Puis la seconde partie, était orientée sur les facteurs de stress perçus post-accouchement (Razurel et al., 2013). L'échelle était composée de cinq facteurs de stress : la relation avec le nouveau-né, l'accouchement, la fatigue, l'allaitement et la relation avec le personnel soignant ; répartis sous 16 items avec cinq possibilités de réponses : « *pas du tout stressée* », « *un peu stressée* », « *moyennement stressée* », « *très stressée* », « *énormément stressée* ». En effet, une échelle de Likert à cinq degrés permet d'apprécier les réponses des différents items questionnés.

Les questionnaires ont été distribués en s'appuyant sur les relèves des sages-femmes du service. Lors de la distribution et de l'explication du questionnaire aux femmes, il leur a été précisé qu'il s'agissait uniquement d'une étude en vue d'un mémoire de fin d'étude et que celui-ci ne remplaçait pas la qualité sociale de la sage-femme de service concernant leurs questionnements multiples.

Puis lesdits questionnaires étaient récupérés le lendemain ou surlendemain soit directement auprès des patientes, soit par l'intermédiaire des sages-femmes qui les avaient récupérés au préalable.

Outils de recueil de données, et outils statistiques

Concernant l'exploitation des résultats, les données ont été saisies dans un tableur Excel.

Les analyses statistiques (pourcentages, effectifs et moyennes) et les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Sofastats et du tableur Excel. La comparaison des pourcentages obtenus a été effectuée par le test de Student, permettant la comparaison de variables quantitatives.

Enfin, l'étude de la corrélation des facteurs de stress a été faite par le biais du logiciel SPSS.

Résultats

1. Description de la population étudiée

L'étude a été menée sur une période de 6 mois à compter de janvier 2015 à juillet 2015 au sein du Gynépôle.

L'effectif total de la population étudiée était de 206 patientes, avec 96 primipares et 110 multipares.

L'âge moyen de la population était de 28.9 ans avec comme minimum 18 ans et maximum 43 ans.

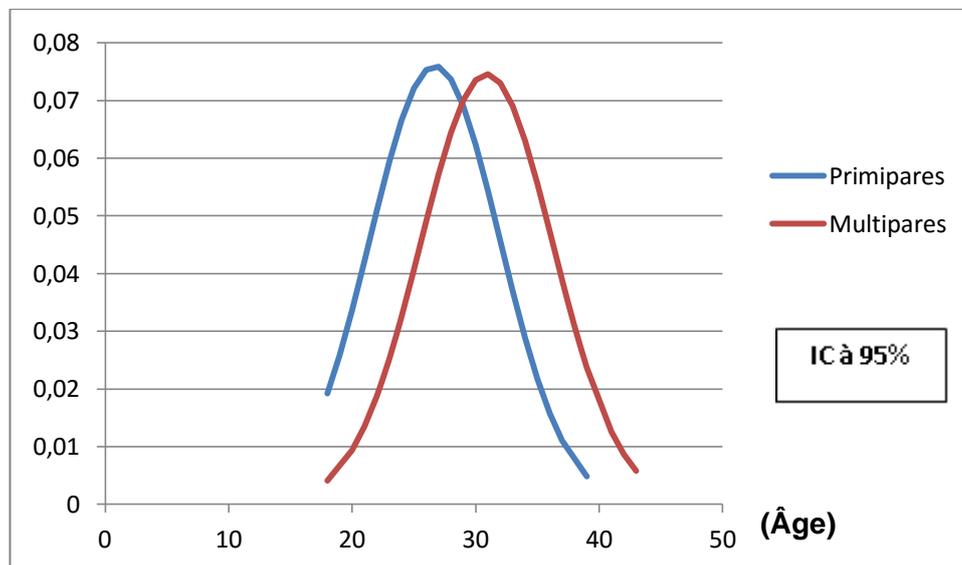


Figure 1: répartition de la population en fonction de la parité et de l'âge

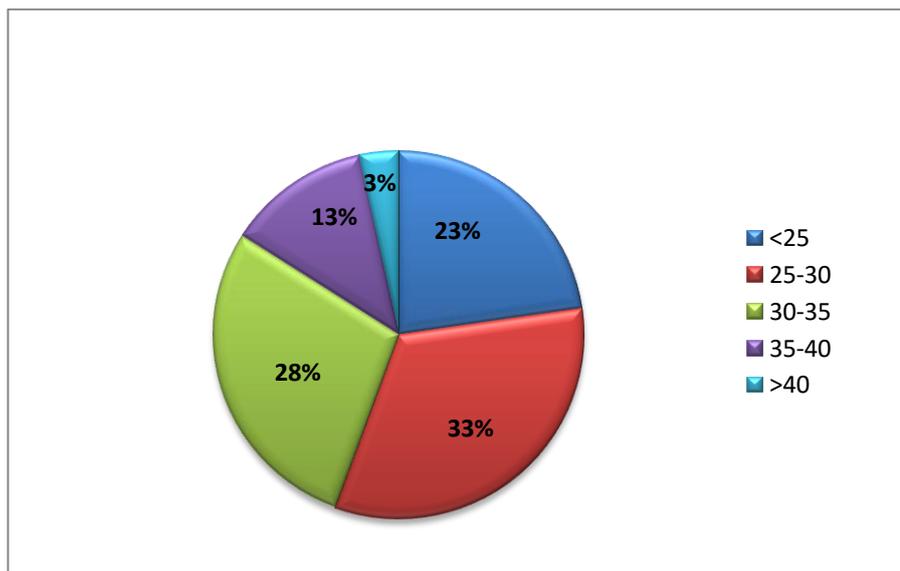


Figure 2: répartition de la population par tranche d'âge

2. Descriptif des résultats obtenus

Le questionnaire distribué comportait 16 items concernant les facteurs de perception du stress basés sur l'échelle PDPSI.

Chaque facteur était étudié pour la population globale de l'étude (primipares et multipares confondues), pour les primipares seules et pour les multipares seules.

Les tableaux descriptifs des résultats statistiques obtenus sont présentés en annexe [Annexes II, III, IV]

Légendes des figures suivantes :

Avec un effectif (N) :

- Effectif total = 206
- Effectif multipares = 110
- Effectif primipares = 96

Avec un score (S) :

- 1 : « pas du tout stressée »
- 2 : « un peu stressée »
- 3 : « moyennement stressée »
- 4 : « très stressée »
- 5 : « énormément stressée »

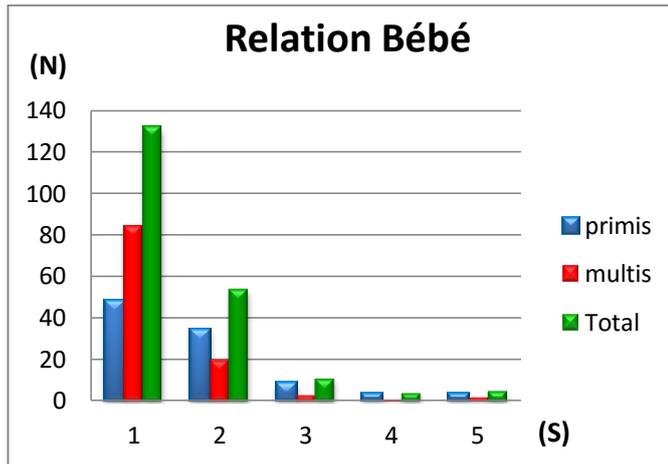


Figure 3: la relation avec mon bébé

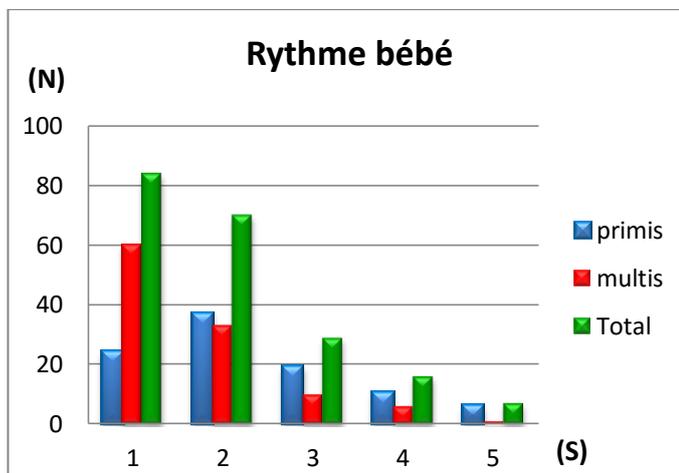


Figure 4: le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits

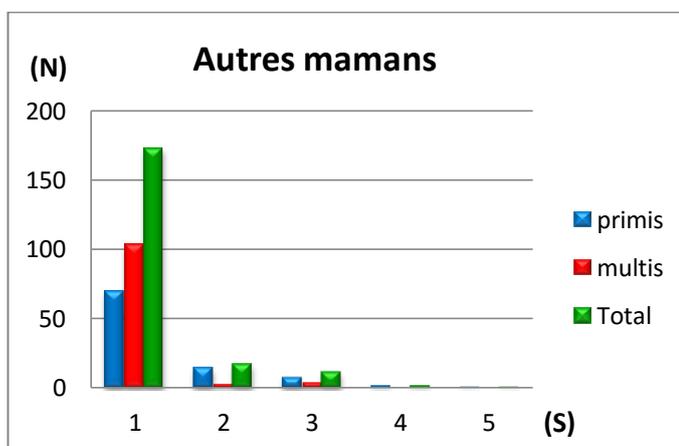


Figure 5: par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi

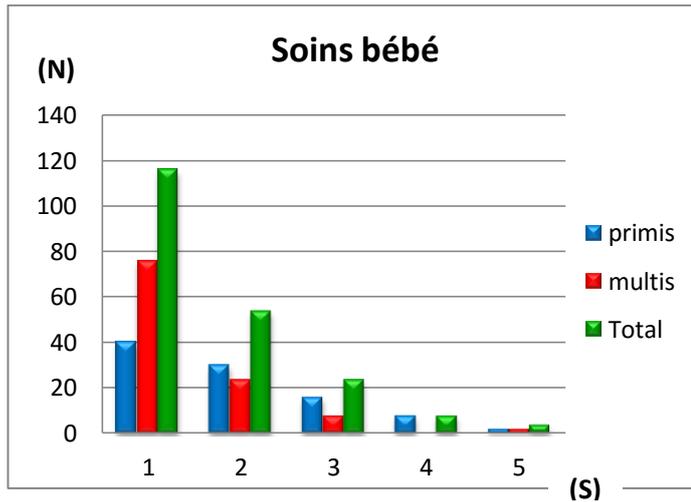


Figure 6: les soins à donner au bébé (bain, change...)

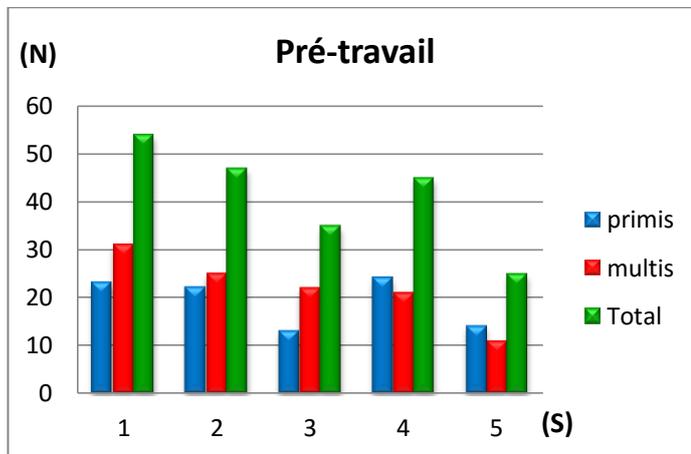


Figure 7: le pré-travail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)

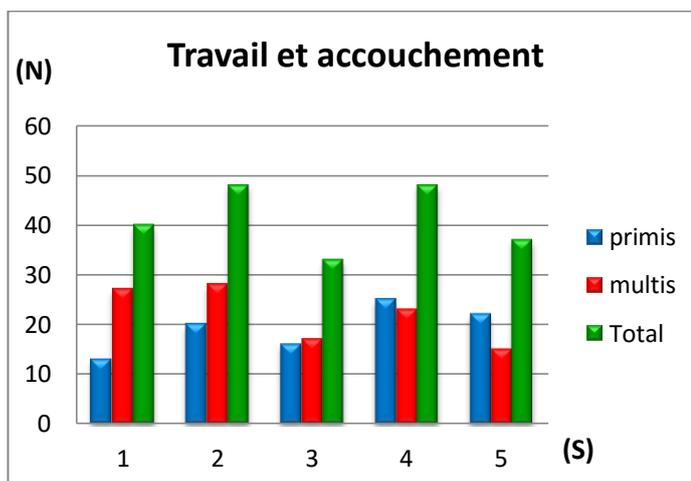


Figure 8: la durée du travail et de l'accouchement

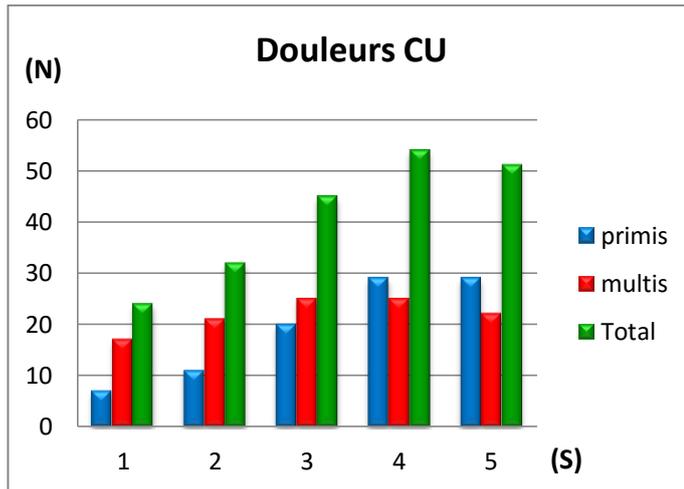


Figure 9: les douleurs lors des contractions

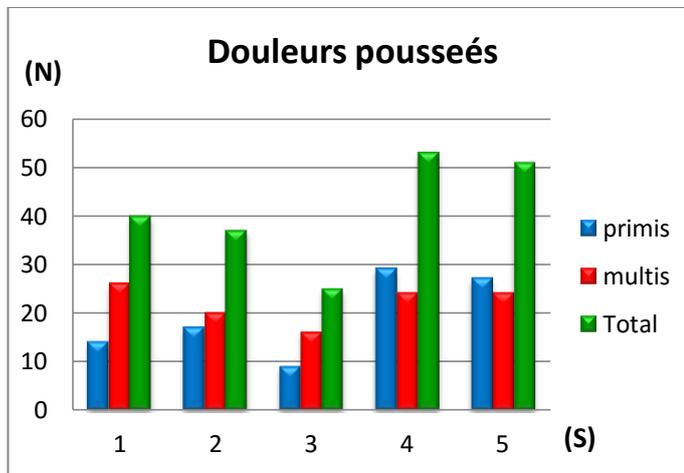


Figure 10: la douleur lors des poussées et de l'expulsion

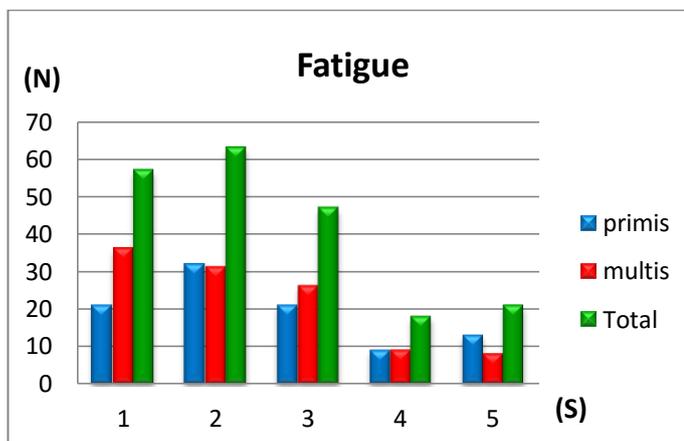


Figure 11: la fatigue après l'accouchement

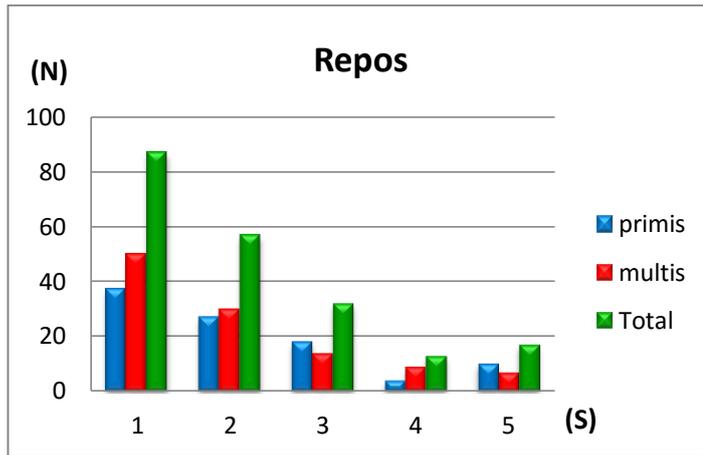


Figure 12: la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...)

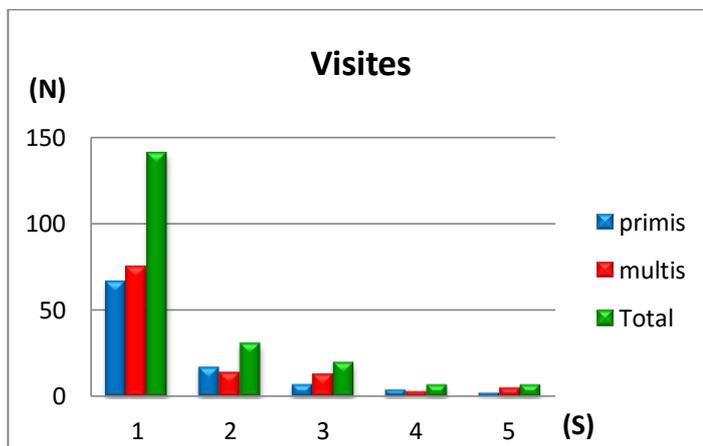


Figure 13: les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre

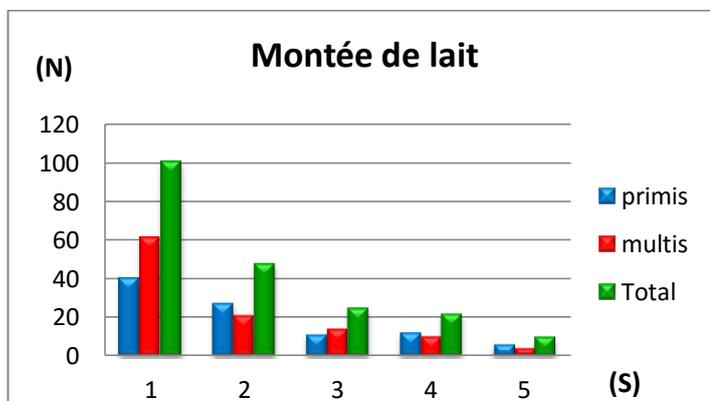


Figure 14: la montée de lait

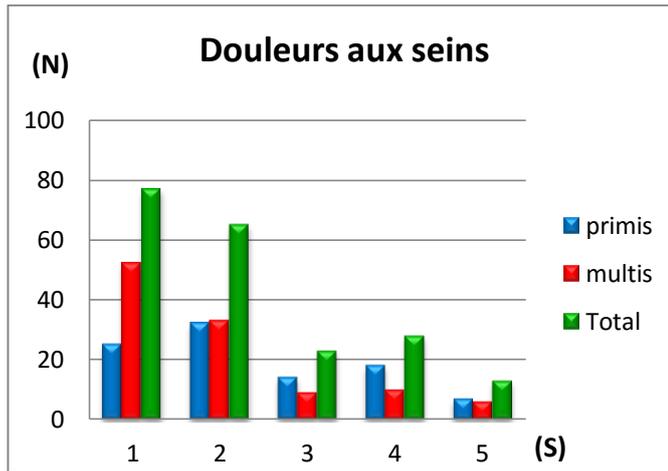


Figure 15: les douleurs aux seins

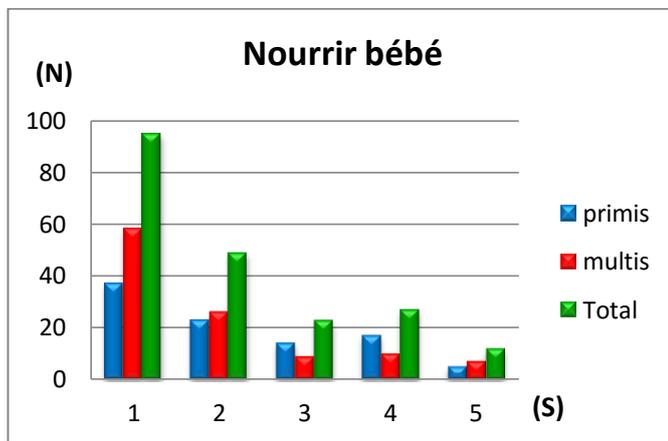


Figure 16: les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien par exemple)

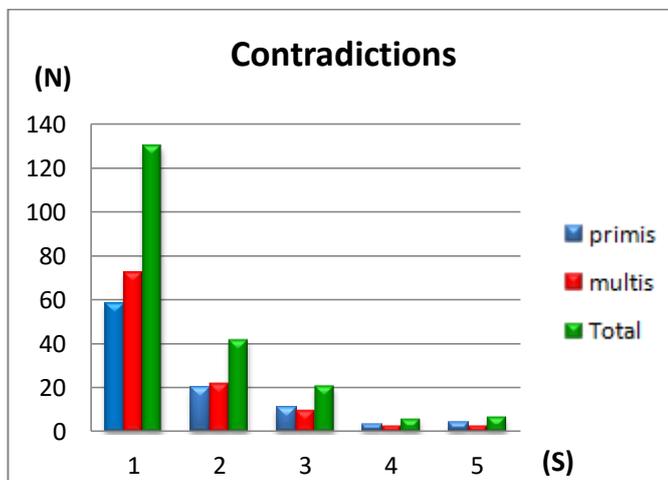


Figure 17: les propos contradictoires des soignants

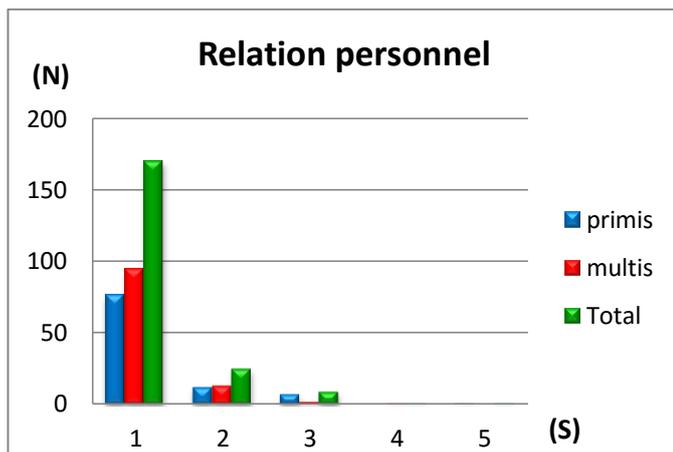


Figure 18: les relations avec le personnel soignant à la maternité

3. Comparaison entre primipares et multipares

Afin de répondre à notre objectif secondaire, nous avons réalisé la comparaison des deux populations à l'étude : primipares et multipares.

Cette comparaison a été effectuée par le test de Student, permettant la comparaison de deux moyennes.

Légendes du tableau suivant :

*Test de Student significatif si $p < 0.05$

NS : résultats non significatifs

	Primipares	Multipares	
	Moyenne	Moyenne	P*
La relation avec mon bébé dès la naissance	1.74	1.34	< 0.05
Le rythme du bébé , les pleurs des premières nuits	2.34	1.68	< 0.001
Par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi	1.43	1.10	< 0.001
Les soins à donner au bébé (bain, change...)	1.98	1.44	< 0.001
Le prétravail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)	2.83	2.60	NS
La durée du travail, de l'accouchement	3.24	2.74	< 0.05
Les douleurs lors des contractions	3.65	3.13	< 0.05
Les douleurs des poussées et de l'expulsion	3.40	3.00	= 0.05
La fatigue après l'accouchement	2.59	2.29	NS
La difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...)	2.20	2.03	NS
Les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre	1.53	1.63	NS
La montée de lait	2.14	1.86	NS
Les douleurs aux seins	2.48	1.95	< 0.05
Les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien par exemple)	2.27	1.93	= 0.05
Les propos contradictoires des soignants	1.70	1.57	NS
Les relations avec le personnel soignant à la maternité	1.31	1.18	NS

Tableau 1 : Comparaison entre primipares et multipares par le test de Student

4. Facteurs de corrélation étudiés

Après avoir obtenu les résultats descriptifs ci-dessus, nous avons étudié la corrélation entre les différents facteurs afin de comparer l'influence d'un facteur de stress sur les autres et pouvoir proposer des pistes d'action en lien avec ces résultats.

Afin de simplifier la présentation des résultats des tests de corrélation, nous qualifierons les 16 items de l'échelle PDPSI par les diminutifs suivants :

- La relation avec mon bébé dès la naissance : **I1PDPSI**
- Le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits : **I2PDPSI**
- Par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi : **I3PDPSI**
- Les soins à donner au bébé : **I4PDPSI**
- Le pré-travail : **I5PDPSI**
- La durée du travail de l'accouchement : **I6PDPSI**
- Les douleurs lors des contractions : **I7PDPSI**
- Les douleurs des poussées et de l'expulsion : **I8PDPSI**
- La fatigue après l'accouchement : **I9PDPSI**
- La difficulté à se reposer à la maternité : **I10PDPSI**
- Les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre : **I11PDPSI**
- La montée de lait : **I12PDPSI**
- Les douleurs aux seins : **I13PDPSI**
- Les difficultés pour nourrir le bébé : **I14PDPSI**
- Les propos contradictoires des soignants : **I15PDPSI**
- Les relations avec le personnel soignant à la maternité : **I16PDPSI**

Légendes des tableaux suivants :

*Corrélation significative avec $p < 0.05$

**Corrélation très significative avec $p < 0.001$

Avec CR= coefficient de corrélation

	I1PDPSI	I2PDPSI	I3PDPSI	I4PDPSI	I5PDPSI	I6PDPSI
I1PDPSI CR	/	0.470**	0.392**	0.372**	0.280**	0.270**
I2PDPSI CR	0.470**	/	0.408**	0.416**	0.325**	0.376**
I3PDPSI CR	0.392**	0.408**	/	0.398**	0.190*	0.197*
I4PDPSI CR	0.372**	0.416**	0.398**	/	0.276**	0.301**
I5PDPSI CR	0.280**	0.325**	0.190*	0.276**	/	0.759**
I6PDPSI CR	0.270**	0.376**	0.197*	0.301**	0.759**	/
I7PDPSI CR	0.234*	0.300**	0.140*	0.273**	0.699**	0.752**
I8PDPSI CR	0.283**	0.277**	0.134	0.221*	0.592**	0.653**
I9PDPSI CR	0.262**	0.263**	0.141*	0.231*	0.393**	0.433**
I10PDPSI CR	0.168*	0.229*	0.113	0.201*	0.353**	0.347**
I11PDPSI CR	-0.006	0.193*	0.125	0.017	0.266**	0.265**
I12PDPSI CR	0.239*	0.370**	0.262**	0.313**	0.366**	0.331**
I13PDPSI CR	0.308**	0.439**	0.238*	0.311**	0.325**	0.327**
I14PDPSI CR	0.371**	0.398**	0.289**	0.349**	0.359**	0.278**
I15PDPSI CR	0.321**	0.297**	0.218*	0.264**	0.295**	0.233*
I16PDPSI CR	0.248**	0.192*	0.252**	0.202*	0.154*	0.170*

Tableau 2 : Corrélacion I1PDPSI à I6PDPSI

	I7PDPSI	I8PDPSI	I9PDPSI	I10PDPSI	I11PDPSI	I12PDPSI
I1PDPSI CR	0.234*	0.283**	0.262**	0.168*	-0.006	0.239*
I2PDPSI CR	0.300**	0.277**	0.263**	0.229*	0.193*	0.370**
I3PDPSI CR	0.140*	0.134	0.141*	0.113	0.125	0.262**
I4PDPSI CR	0.273**	0.221*	0.231*	0.201*	0.017	0.313**
I5PDPSI CR	0.699**	0.592**	0.393**	0.353**	0.266**	0.366**
I6PDPSI CR	0.752**	0.653**	0.433**	0.347**	0.265**	0.331**
I7PDPSI CR	/	0.636**	0.405**	0.408**	0.241**	0.288**
I8PDPSI CR	0.636**	/	0.382**	0.315**	0.266**	0.308**
I9PDPSI CR	0.405**	0.382**	/	0.344**	0.234*	0.325**
I10PDPSI CR	0.408**	0.315**	0.344**	/	0.444**	0.182*
I11PDPSI CR	0.241**	0.266**	0.234*	0.444**	/	0.261**
I12PDPSI CR	0.288**	0.308**	0.325**	0.182*	0.261**	/
I13PDPSI CR	0.325**	0.328**	0.289**	0.168*	0.249**	0.698**
I14PDPSI CR	0.242**	0.251**	0.230*	0.198*	0.112	0.490**
I15PDPSI CR	0.166*	0.254**	0.256**	0.279**	0.174*	0.271**
I16PDPSI CR	0.145*	0.137*	0.166*	0.304**	0.171*	0.203*

Tableau 3 : Corrélation I7PDPSI à I12PDPSI

	I13PDPSI	I14PDPSI	I15PDPSI	I16PDPSI
I1PDPSI <i>CR</i>	0.308**	0.371**	0.321**	0.248**
I2PDPSI <i>CR</i>	0.439**	0.398**	0.297**	0.192*
I3PDPSI <i>CR</i>	0.238*	0.289**	0.218*	0.252**
I4PDPSI <i>CR</i>	0.311**	0.349**	0.264**	0.202*
I5PDPSI <i>CR</i>	0.325**	0.359**	0.295**	0.154*
I6PDPSI <i>CR</i>	0.327**	0.278**	0.233*	0.170*
I7PDPSI <i>CR</i>	0.325**	0.242**	0.166*	0.145*
I8PDPSI <i>CR</i>	0.328**	0.251**	0.254**	0.137*
I9PDPSI <i>CR</i>	0.289**	0.230*	0.256**	0.166*
I10PDPSI <i>CR</i>	0.168*	0.198*	0.279**	0.304**
I11PDPSI <i>CR</i>	0.249**	0.112	0.174*	0.171*
I12PDPSI <i>CR</i>	0.698**	0.490**	0.271**	0.203*
I13PDPSI <i>CR</i>	/	0.445**	0.268**	0.153*
I14PDPSI <i>CR</i>	0.445**	/	0.369**	0.257**
I15PDPSI <i>CR</i>	0.268**	0.369**	/	0.378**
I16PDPSI <i>CR</i>	0.153*	0.257**	0.378**	/

Tableau 4 : Corrélation I13PDPSI à I16PDPSI

Analyse et discussion

1. Validité de l'étude

1.1. Limites

Nous pouvons noter qu'il n'a pas été demandé aux patientes si elles avaient eu recours à une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Ce choix s'explique du fait qu'une étude sur le stress, le soutien social et la stratégie de *coping* menée par Razurel et al. (2011) a montré qu'il n'y avait pas d'influence significative de la PNP dans la perception des facteurs de stress lors du post-partum précoce. En effet, selon les mères les notions du post-partum abordées lors de la PNP sont beaucoup trop abstraites et lointaines pour elles et attirent que très peu leur attention. De ce fait, les apports théoriques transmis sur ce sujet ne sont pas retenus.

De plus, la grande variété de choix de type de PNP (préparation classique, sophrologie, préparation en piscine, haptonomie, le chant prénatal, le yoga...) aurait pu constituer un biais d'information de par les différentes thématiques abordées lors des différentes préparations. Ainsi nous avons choisi de ne pas relever cette particularité car aucune comparaison n'aurait été étudiée.

En outre, comme a pu déjà le souligner l'étude de Razurel et al. (2013), portant sur la validation de l'utilisation de l'échelle PDPSI, la perception du facteur « accouchement », facteur perçu comme le plus stressant, peut être amplifiée du fait qu'il est le seul événement déjà passé et vécu dans un certain état d'euphorie. Une cascade de réactions hormonales et psychiques s'effectue lors de l'accouchement et dans ses suites immédiates pouvant expliquer un certain état euphorique (Razurel et al., 2013).

1.2. Biais

L'étude présente un biais d'informations concernant le facteur « allaitement maternel » qui a été généralisé par « allaitement » sans précision d'allaitement maternel ou artificiel. Ce choix s'explique de par le fait qu'en service de suite de couche de l'hôpital de la Conception, aucun inhibiteur de la lactation n'est administré aux patientes ayant choisi un allaitement artificiel pour leur nouveau-né. En effet, suite

à la commission de transparence de la HAS du 29 mai 2013, soulignant l'avis défavorable au maintien du Parlodel® dans l'indication « inhibition de la lactation », seuls des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont administrés. Les patientes peuvent également avoir recours à l'homéopathie, l'acupuncture, les massages mammaires, ainsi que l'alternance chaud-froid afin de limiter les douleurs et sensations dues à la montée de lait vers J2-J3. [Annexe V].

Afin d'inclure l'évaluation de la perception de ces sensations ressenties par les patientes et de ne pas culpabiliser les mères ayant fait le choix de ne pas allaiter leur nouveau-né, l'item a été généralisé.

De même, dans le facteur « relation avec le nouveau-né » l'item « *...par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi* » concernait, de prime abord, uniquement les patientes en chambre double. Or, lors de la distribution des questionnaires tests, une patiente en chambre simple avait suggéré de remplacer « la même chambre » par « les mamans en nurserie lors du change ou des bains », c'est pourquoi l'item a été maintenu pour toutes les patientes et cette précision a été donnée au moment de la distribution des questionnaires.

Par ailleurs, l'échelle PDPSI est basée sur une échelle de Likert (Oppenheim, 1966; Scallon, 2007) à cinq degrés permettant d'apprécier les réponses aux items questionnés dans les différents facteurs. Néanmoins, Guilbert (1990) considère qu'une personne peut prendre facilement une position neutre et se réfugier dans l'absence d'opinion en donnant une réponse sur le niveau central d'un tel outil. En cela nous pouvons nous demander si cet élément n'a pas atténué les réponses dans un sens ou dans l'autre. Il pourrait être intéressant de questionner à nouveau les patientes en retirant le niveau intermédiaire dit « neutre » de l'échelle de Likert et observer s'il y a une influence plus marquée du stress que ce que nous avons pu relever.

2. Caractère généralisable des résultats

Lors de l'étude de la validation de l'échelle menée par Razurel et al. (2013) à Genève, les facteurs perçus comme les plus stressants étaient « la relation avec le nouveau-né » et « l'allaitement maternel ». Ainsi nous pouvons supposer que les différences culturelles et sociétales influencent la perception du stress chez les mères. De plus, dans cette étude, seules les primipares avaient été interrogées (Razurel et al., 2013).

La majeure partie des différences retrouvées par rapport à la littérature peut s'expliquer du fait de différences de cultures.

Cette constatation interroge sur le caractère généralisable des résultats.

Cependant, hormis l'influence culturelle, l'ensemble des résultats obtenus dans cette étude sont en accord avec les données de la bibliographie déjà existante, notamment concernant les différences significatives constatées entre primipares et multipares ainsi que la corrélation des différents facteurs de stress étudiés (cf. études cités ci-après).

3. Mise en perspective

3.1. Primipares et multipares confondues

L'échelle utilisée regroupe cinq facteurs : relation avec le nouveau-né, accouchement, fatigue, allaitement, relation avec les soignants.

L'étude a montré que le facteur perçu comme le plus stressant chez les patientes accouchées est le facteur « accouchement ». Celui-ci regroupait quatre items que sont : les douleurs des contractions utérines (CU), le pré-travail, la durée du travail et de l'accouchement, enfin les douleurs des poussées et de l'expulsion.

Pour l'item « les douleurs lors des CU », on retrouve 21,8% des patientes moyennement stressées, 26,2% sont très stressées et 24,8% sont énormément stressées. Ainsi, si nous considérons que la perception du stress devient importante dès lors que la patiente se sent moyennement stressée ; 72,8% des mères perçoivent un stress important quant aux douleurs ressenties lors des CU.

En suivant le même raisonnement, nous pouvons constater que 57,3% des mères perçoivent un stress important concernant la durée du travail et de l'accouchement, 50,9% concernant le pré-travail et 62,6% concernant les douleurs des poussées et de l'expulsion.

Nous pouvons donc souligner que la durée du travail et de l'accouchement sont des événements de vie majeurs à l'origine de modifications corporelles, hormonales et psychiques sources de stress pour les mères.

En effet, comme cité précédemment, le facteur « accouchement » étant le seul événement déjà passé, un état d'euphorie peut engendrer une surévaluation du stress

perçu. Cette théorie a déjà été relevée lors de l'étude de validation de l'échelle PDPSI (Razurel et al., 2013).

Le travail et l'accouchement restent donc, malgré l'évolution des prises en charge avec notamment le soulagement non médicamenteux et médicamenteux de la douleur, la préparation anténatale et l'accompagnement périnatal par les professionnels de santé, l'évènement le plus marquant du processus de l'enfantement.

L'identification de cette source de stress majeure doit susciter une réflexion des professionnels de la naissance afin de proposer des nouvelles pistes d'action dans le but d'atténuer cette perception stressante du travail et de l'accouchement (cf. pages suivantes n°29 à 33).

L'étude menée a montré que le facteur « relation avec le nouveau-né » n'est pas perçu comme stressant pour toutes les patientes confondues. En effet, 64,1% des mères ne sont pas du tout stressées par la relation avec le nouveau-né, 40,8% ne sont pas du tout stressées par le rythme de bébé et 56,3% par les soins à apporter au nouveau-né.

Ces résultats diffèrent des données de la littérature. Une étude comparant l'évaluation du stress ressenti et du support social apporté chez les primipares et les multipares, menée en 2013 a montré que l'évènement perçu comme le plus stressant était le bain du nouveau-né chez les primipares et les douleurs et la fatigue après l'accouchement chez les multipares (Salari et al., 2013). De même l'étude menée par Azizzadeh et al. (2010) démontre que les soins à apporter au nouveau-né sont la source de préoccupation majeure des mères primipares.

Cette différence retrouvée par rapport à notre étude peut être expliquée par la différence culturelle. En effet les études citées ci-dessus ont été menées en Iran. Cette particularité démontre que la culture influence la perception du stress des mères.

Cette sérénité des mères françaises accouchées au sein du Gynépôle vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né pourrait s'expliquer par un accompagnement important autour de la naissance et des nombreuses études développées autour de la psychologie des relations parents-enfants. Déjà Bowlby, dans les années 1960, définissait l'attachement comme un besoin primaire ; au même titre que l'enfant se nourrit, il a besoin d'un attachement, entre autre un attachement sécurisé (Bowlby, 1969).

Le développement du plan périnatalité 2005-2007 basé sur plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité des soins ; annonce un renforcement de la prise en

charge psychologique et psychosociale en périnatalité. De ce fait, le plan indique que « *concrètement, chacun des professionnels de la naissance peut être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité.* ». Cette écoute et ce soutien doivent s'appliquer avec « *...cohérence suffisante de l'ante au post-natal.* ». Cette étude met en évidence le fait que l'objectif de ce plan a été atteint et montre la satisfaction des patientes (Plan périnatalité, 2005-2007).

Toujours en accord avec ce plan, nous avons pu constater que le facteur « relation avec le personnel soignant » n'est pas perçu comme stressant par les mères. Ainsi 63,1% des patientes ne sont pas du tout stressées par les propos contradictoires des soignants et 82,5% ne sont pas du tout stressées par la relation avec le personnel soignant. Ceci souligne l'important travail effectué au sein du Gynépôle quant à la qualité du travail et de la sécurité des soins. A ce jour aucune étude n'a permis l'évaluation du plan périnatal aux CHU de Marseille. Cependant, les résultats de notre étude mettent en évidence la cohérence du personnel dans l'optimisation et l'adaptation des soins en fonction des besoins de la population et des efforts faits par les équipes soignantes en ce sens.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature qui soulignent l'importance des informations et des soins dès la maternité. Une méta-analyse étudiant le vécu des parents dans le post-partum précoce relate le rôle primordial des professionnels de santé. Les parents se laissent porter par les professionnels de la naissance durant leur hospitalisation d'où l'importance de la qualité des premiers échanges. La méta-analyse montre que ces interactions conditionnent la confiance en soi et le sentiment de sécurité des parents et contribuent, de ce fait, à la diminution du stress et de l'anxiété (Nilsson et al., 2015).

De plus, l'importance du support social durant la première semaine de post-partum a été démontrée dans une étude menée à Taïwan portant sur la corrélation entre le support social et la dépression post-natale. Celle-ci a pu montrer qu'un support social important diminue considérablement le stress et le risque de dépression à long terme (Chich-Hsiu Hung, 2006).

Ainsi le travail en réseau développé en France depuis les années 90, avec notamment le schéma régional de l'organisation des soins et la création des ARS, a permis une réelle progression quant au décroisement ville-hôpital et au développement de réseaux de santé, entres autres, en périnatalité.

Le facteur « fatigue » plutôt redondant dans la littérature (Salari et al., 2013) n'a pas été retrouvé de façon majoritaire dans cette étude.

Ce facteur regroupe trois items : la fatigue après l'accouchement, la difficulté à se reposer à la maternité, les personnes qui rendaient visite aux autres mamans. Les résultats obtenus indiquent que 27,7% des patientes ne sont pas du tout stressées et 30,7% sont peu stressées par la fatigue après l'accouchement. Cependant, 22,8% des mères se disent moyennement stressées par la fatigue. Ce pourcentage de patientes n'est pas négligeable et doit être pris en considération dans les propositions de pistes d'action en lien avec les résultats obtenus.

Il est important de ne pas sous-estimer cette perception du stress car la fatigue ressentie par les mères peut influencer la relation avec le nouveau-né, l'allaitement et même la relation avec le personnel soignant. C'est pourquoi chaque facteur doit être étudié à sa juste valeur.

Enfin, le facteur « allaitement », source de stress dans de nombreuses études de la littérature (Razurel et al., 2011 ; Razurel et al., 2013), n'est pas retrouvé de façon prédominante dans cette étude. Nous avons constaté dans cette étude que 49,0% des mères n'étaient pas du tout stressées par la montée de lait, 37,4% n'étaient pas du tout stressées par la douleur aux seins et 46,1% n'étaient pas du tout stressées par les difficultés à nourrir leur nouveau-né. Nous pouvons donc se demander si le peu de stress ressenti vis-à-vis de ce facteur chez les patientes accouchées au sein du Gynépôle est dû aux supports social et professionnel ante et post-natal de qualité ?

En effet, un travail important s'est développé ces dernières années autour de l'alimentation du nouveau-né. L'accès notamment à des diplômes universitaires et interuniversitaires dans le domaine de l'alimentation du nouveau-né et en lactation humaine ouverts aux médecins, sages-femmes, puéricultrices, pharmaciens, internes de spécialités etc. a permis le développement de connaissances des professionnels de santé quant aux besoins du nouveau-né. Le plan d'action allaitement du Professeur Turck en 2010 a permis de renforcer et d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé. Ce plan a aussi comme objectif la nomination d'un référent allaitement au sein des ARS et au sein même de chaque maternité (Turck, 2010).

Il est important de préciser qu'aujourd'hui un immense travail concernant la déculpabilisation des mères ne souhaitant pas allaiter leur enfant est mis en place dans les maternités.

Ce soutien et cette prise en charge des mères allaitantes ou non allaitantes semblent être de qualité au vue des résultats obtenus dans cette étude.

3.2. Comparaison primipares et multipares

Par le test de Student, nous avons pu comparer la perception des facteurs de stress entre primipares et multipares. La majeure partie des comparaisons effectuées souligne des résultats significatifs.

Les primipares ont une perception plus stressante des événements autour de la naissance en comparaison aux multipares. Certains résultats de l'étude ont montré une forte significativité (avec $p < 0,001$) des différences relevées lors de la comparaison des deux populations étudiées. Ces derniers concernent le facteur « relation avec le nouveau-né » avec les items suivants : le rythme de bébé, l'habileté des autres mamans avec leur nouveau-né, les soins à donner au bébé.

De plus, la relation avec le nouveau-né, la durée du travail, les douleurs lors du travail et de l'accouchement, les douleurs lors des poussées, la douleur des seins, les difficultés pour nourrir bébé, sont des événements de vie perçus, de façon significative (avec $p < 0.05$), comme plus stressants pour les primipares.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature comparant le stress entre primipares et multipares (Helen, 1994 ; Hunger, 2006 ; Salari et al., 2013). Ces études expliquent une perception du stress plus importante chez la primipare de par l'inexpérience et la découverte du devenir parent. De plus, les primipares jugent avoir un support social insuffisant, ce qui augmente probablement leurs angoisses et préoccupations.

Au vue des résultats obtenus, il paraît légitime de supposer que la nouveauté, l'inconnu physique, psychique et la découverte du devenir mère entraînent un processus de stress plus important face à la naissance d'un enfant ; événement émotionnellement et physiquement puissant dans la vie d'une femme ayant fait le choix de devenir mère. Inversement, nous pouvons supposer que la mémoire consciente et inconsciente, physique et psychique de l'accouchement et la connaissance du nouveau-né atténue cette perception du stress chez la multipare.

Par ailleurs, l'absence de différences significatives pour le facteur « accouchement » entre les primipares et les multipares nous permet de supposer que la cascade hormonale qui s'effectue après la délivrance et dans les semaines qui suivent est à l'origine de l'amnésie de la douleur chez les multipares. Ce qui expliquerait que le niveau de perception de stress ne diffère pas, pour ce facteur, d'une patiente primipare à une patiente multipare.

Il est important de préciser que seuls les items concernant le pré-travail, la fatigue après l'accouchement, la difficulté à se reposer et les visites à la maternité ainsi que les relations avec le personnel soignant n'ont pas souligné de différences significatives entre primipares et multipares. Ceci ne signifie en aucun cas que ces facteurs de stress ne doivent pas être pris en compte dans la prise en charge des patientes. Au contraire ces résultats appuient le fait que les patientes multipares sont autant concernées par le stress de certains événements autour de la naissance.

Il semble donc important d'adapter l'accompagnement et le soutien des mères en fonction de leur parité, en considérant les attentes et les besoins spécifiques à chacun de ces groupes.

3.3. Corrélation des facteurs étudiés

Nous avons étudié la corrélation entre les différents facteurs. La majeure partie des tests effectués ont révélé une corrélation significativement importante (avec $p < 0,001$ ou $p < 0,05$).

Seuls les items suivants ne sont pas corrélés :

- « par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi » (I3PDPSI) n'a pas montré de corrélation avec :
 - « les douleurs des poussées et de l'expulsion » (I8PDPSI)
 - « la difficulté à se reposer à la maternité » (I10PDPSI)
 - « les personnes qui rendaient visites aux autres mamans » (I11PDPSI)

- « les personnes qui rendaient visites aux autres mamans » (I11PDPSI) n'a pas montré de corrélation avec :
 - « la relation avec mon bébé dès la naissance » (I1PDPSI)
 - « les soins à donner au bébé » (I4PDPSI)
 - « les difficultés pour nourrir le bébé » (I14PDPSI)

De ce fait, nous pouvons souligner l'influence d'un facteur sur tous les autres facteurs étudiés.

Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une prise en charge à la fois globale et personnalisée. Celle-ci requiert une adaptation des professionnels de la naissance aux besoins d'éducation et d'accompagnement des mères et des couples.

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies par le code de santé publique, mais elle dispose également de compétences humaines et humanistes. Ainsi la prise en charge à développer repose sur un modèle biopsychosocial.

4. Implication des résultats en santé publique et pistes d'action proposées

La grossesse, l'accouchement et l'arrivée d'un nouveau-né au sein d'une famille sont des événements de vie majeurs chez un couple ayant choisi de devenir parents. Les résultats de cette étude ont montré que l'accouchement reste l'évènement le plus marquant et le plus stressant pour les mères quelle que soit leur parité. Ceux-ci sont en accord avec la littérature. Une étude portant sur l'évaluation du stress post traumatique après l'accouchement et l'influence des soins apportés au cours du travail et de l'accouchement a été menée sur 340 patientes durant la première semaine du post-partum puis 229 patientes lors de la sixième semaine du post-partum. Celle-ci a révélé des symptômes de stress post traumatique pour 22% à 24% des mères durant la première semaine du post-partum. De plus, les résultats ont souligné le rôle primordial des sages-femmes. En effet, les visites et soins faits par les sages-femmes, lors du séjour à la maternité, étaient considérés par les patientes comme l'occasion d'aborder le vécu de l'accouchement et de poser des questions sur les événements passés. Ce temps d'écoute et de discussion a montré une diminution significative du taux de stress post traumatique (De Schepper et al., 2015).

Parallèlement, l'étude menée par Capgras-Baberon et Lefèvre-Penel (2014) a permis de constater un « *désert de l'accompagnement post-natal* ». Dans cette étude, il a été souligné que la durée du séjour à la maternité a considérablement diminuée ces dernières années. Celle-ci est passée de douze jours à trois jours en moyenne en seulement quarante ans. En effet, la rapidité de ce changement n'a pas permis le développement concomitant d'un réseau de soins post-nataux suffisamment répandu et connu des professionnels et des couples, laissant de nouveaux parents « *seuls face à un nouveau-né qu'ils doivent apprendre à connaître* ». De ce fait les parents témoignent un fort besoin de soutien, d'accompagnement et d'écoute lors du post-partum et plus particulièrement lors du retour à domicile.

Il est donc important de mettre l'accent sur ces sentiments d'insatisfaction et de solitude des couples après la sortie de la maternité afin de développer et renforcer la

continuité de prise en charge du couple parent-enfant (Capgras-Baberon et Lefèvre-Penel, 2014).

En 2014, la HAS définit les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Annexe VI]. Cependant, elle ne détermine pas les modalités de prise en charge psychosociale. De plus, l'ARS de la région PACA dénonce « *une prise en compte de l'environnement psychologique de la mère et de l'enfant insuffisamment évaluée* ». C'est pourquoi, lors de l'émission du projet régional de santé Paca 2012-2016, le schéma régional d'organisation de soins concernant le domaine de la périnatalité préconise un renforcement de la prise en charge psycho-émotionnelle (ARS Paca, 2013).

Ainsi, les résultats de la littérature et de notre étude permettent d'affirmer que l'évaluation de la perception du stress post-natal doit être mise en place au sein des maternités afin de dépister au mieux les patientes vulnérables et d'adapter la prise en charge en fonction des besoins.

De nouvelles recommandations publiées en 2015, indiquent que l'utilisation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [Annexe VII], échelle la plus fréquente pour le dépistage des dépressions du post-partum, ne doit pas être utilisée de façon systématique. Cette recommandation a été émise dans le but de privilégier la clinique et le contact direct soignant-soigné (Sénat et al., 2015).

Ainsi nous pouvons proposer la généralisation de l'utilisation de l'échelle PDPSI, plus spécifique pour le dépistage de vulnérabilité psycho-émotionnelle des femmes dans la période spécifique du post-partum. Celle-ci constituerait seulement un support d'aide et non un outil diagnostique, pour les professionnels de la naissance, entre autre les sages-femmes, lors d'un entretien psycho-éducatif mené durant le séjour à la maternité. La mise en évidence d'un important stress perçu lors de cet entretien conduira alors la sage-femme à adapter le suivi de la patiente par le biais d'un entretien post-natal précoce entre le huitième et quinzième jour du post-partum (cf. mémoire Tari.C, 2016). Cet entretien permettra un questionnement sur le vécu des évènements, à distance de l'accouchement. Cette organisation répondrait aux recommandations actuelles (NICE, 2014 ; HAS, 2014).

De nombreuses études ont prouvé l'utilité de l'entretien post-natal précoce. Dans ses études, Razurel rapporte la déception des femmes quant au manque de cours de préparation à la naissance et à la parentalité lors de la période post-partum (Razurel, 2010). En effet, une étude portant sur le support social et la stratégie de

coping, Razurel (2011) soulignait déjà le peu d'efficacité des séances de préparations prénatales concernant les soins, les besoins et le rythme du nouveau-né. En anténatal, ces thèmes sont encore trop abstraits et lointains pour que les patientes ne puissent assimiler les informations transmises.

De plus, le rapport du Ministère de la santé concernant l'évaluation du plan périnatal 2005-2007, souligne un accompagnement moins présent sur le suivi post-natal. De ce fait, la HAS (2014) recommande le renforcement du suivi obligatoire en post-partum ainsi que la mise en place d'un entretien post-natal précoce réalisé à la maternité, à domicile ou en cabinet libéral (Ministère de la santé, 2010).

Lavender (1998) met en évidence l'impact positif de la mise en place d'un espace d'écoute, de soutien émotionnel, d'explications et de débriefing au cours du post-partum et ce pour toutes les patientes accouchées. Les résultats de l'étude montrent une diminution significative du taux de symptômes anxieux et dépressifs chez les mères (Lavender, 1998). De même, Razurel souligne l'intérêt de l'entretien post-natal ; elle le caractérise par « *une écoute empathique (soutien émotionnel) particulièrement adaptée à cette période où les mères ont besoin d'une sécurité affective* » (Razurel et al., 2011).

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) démontre l'intérêt d'un débriefing plutôt tardif de l'accouchement. L'état d'euphorie psychique et émotionnel durant les premiers jours du post-partum, ne permettent pas une assimilation attentive et réfléchie des informations données. De ce fait il paraît plus judicieux de situer ce temps d'écoute, d'accompagnement et d'explications à distance de l'accouchement, soit dans les huit à dix jours qui suivent la naissance (NICE, 2014).

Cette période étant toujours inscrite dans le secteur « maternité » pour la sécurité sociale, l'entretien post-natal précoce pourrait alors être considéré comme une séance d'éducation à la santé et ainsi être intégralement pris en charge. Ceci dans le but de favoriser l'égalité de tous pour l'accès à cet entretien.

Cette proposition soulève la question de la rémunération des actions d'éducation pour la santé. Dans leur étude, Bernard et Eymard (2014) se sont intéressées à l'éducation pour la santé en périnatalité et ont interrogé le point de vue des sages-femmes françaises.

Elles définissent l'éducation pour la santé en périnatalité comme « *un processus centré sur la femme visant à augmenter leur autonomie et à faciliter l'acquisition ou le maintien des compétences dont elles ont besoin pour gérer et s'adapter aux changements inhérents à la maternité... Ce processus concerne donc la grossesse, la*

période de la naissance, le post-partum et l'enfant. ». Sur 498 sages-femmes participantes à l'enquête (tous modes d'exercices confondus), 85% des sages-femmes de PMI soulignent le manque de reconnaissance des activités éducatives par l'équipe obstétricale et 80% des sages-femmes libérales déclarent un manque d'adaptation de la nomenclature aux actions d'éducatives pour la santé, hors PNP.

En revanche, 98% des participantes ont considéré leur rôle en éducation pour la santé comme « *important* » voire « *très important* » et ont estimé ces actions comme « *efficaces* » ou « *très efficaces* ». Dans cette étude, il a également été mis en évidence le manque de formation des professionnels en éducation pour la santé (39% des participantes et 70% des sages-femmes hospitalières) (Bernard et Eymard, 2014). De ce fait, il semble primordial de considérer ces actions d'éducatives pour la santé comme actes médicaux, respectant les recommandations de la HAS et de l'ARS Paca de 2013 qui visent à renforcer la prise en charge psycho-émotionnelle des familles.

D'après la littérature et l'étude que nous avons menée, il semble important de former les professionnels de santé concernés par la périnatalité à cet entretien post-natal précoce. Dans la perspective où cet entretien doit être considéré comme une séance d'éducation à la santé en période post-natale, la sage-femme semble être le professionnel le plus adapté pour ce type d'entretien. Le développement du travail en réseau a permis, ces dernières années, un suivi des patientes en PMI ou par une sage-femme libérale. Ainsi il paraît intéressant que la patiente nomme une sage-femme référent de son choix, de la période anténatale à la période postnatale, chargée notamment de cet entretien post-natal précoce. Celle-ci sera alors en capacité de poser un diagnostic éducatif (D'Ivernois et Gagnayre, 2011) permettant d'organiser la prise en charge et le suivi postnatal parent-enfant. Le dépistage de vulnérabilité doit conduire à une orientation de la patiente vers un professionnel expert, c'est-à-dire un psychologue voire un psychiatre, ceci afin de prévenir, de diagnostiquer et de traiter précocement des troubles psychiques entre autres, la dépression du post-partum représentant un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir (OMS, 2013).

Ainsi, le soutien psychologique est primordial pour la « *construction harmonieuse des liens familiaux* » et le développement psycho-émotionnel de chacun¹.

¹ Circulaire DHOS/DGS/O2/6 (2005). C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité http://www.medical78.com/nat_circulaire_juillet.pdf (20/09/15)

Les résultats de notre étude ont révélé une perception du stress significativement plus importante pour le facteur « accouchement ». La comparaison des deux populations étudiées a souligné une perception du stress plus grande chez les mères primipares. Nous avons enfin pu mettre en évidence un lien de corrélation pour la majorité des facteurs de stress.

Face aux résultats obtenus et aux résultats de la littérature, nous avons jugé intéressant de mettre en place l'échelle PDPSI comme support d'aide pour les professionnels au dépistage des vulnérabilités psycho-émotionnelles durant le séjour en maternité. Cette évaluation permettra alors d'orienter et d'adapter, par la suite, l'entretien post-natal précoce afin d'accompagner les familles de façon globale, personnalisée et continue.

Il serait donc judicieux d'interroger les sages-femmes du Gynépôle quant à l'intérêt de la mise en place d'une telle échelle d'évaluation du stress lors du séjour en maternité et de l'entretien post-natal précoce après le retour à domicile.

La sage-femme, comme nous l'avons constaté, est au centre de la périnatalité. Présente de la période préconceptionnelle au retour de couche, elle possède un rôle primordial dans l'accompagnement et le soutien des parents dans leur projet de naissance et d'éducation. Le développement du travail en réseau en périnatalité et, entre autres, des sages-femmes de ville, de PMI et hospitalières, favorise une prise en charge optimale des patientes.

Depuis 1946, l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946)* ». De par cette simple définition, la sage-femme se doit de considérer la femme dans sa globalité en considérant son contexte familial, ses habitudes de vie, ses antécédents, son vécu, ses émotions, ses angoisses, ses attentes, ses projets et ses besoins. Cette globalité ne doit pas s'opposer à une prise en charge personnalisée mais en être complémentaire. C'est pourquoi la prise en charge de la femme doit être interdisciplinaire et s'organiser en réseau afin de garantir une offre de soin adaptée aux besoins des mères à chaque étape de la construction et du développement de leur famille.

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Introduction à l'étude	1
Matériels et méthode	4
Question de recherche	
Objectifs de l'étude	
Type, lieux et durée de l'étude	
Population à l'étude	
Réalisation du questionnaire	5-6
Outils de recueil de données, et outils statistiques.....	7
Résultats	7
1. Description de la population étudiée	
2. Descriptif des résultats obtenus.....	8
3. Comparaison entre primipares et multipares.....	15
4. Facteurs de corrélation étudiés.....	17
Analyse et discussion	21
1. Validité de l'étude	
1.1. Limites	
1.2. Biais.....	21-22
2. Caractère généralisable des résultats	
3. Mise en perspective	
3.1. Primipares et multipares confondues.....	23
3.2. Comparaison primipares et multipares.....	27
3.3. Corrélation entre les facteurs étudiés.....	28
4. Implication des résultats en santé publique et pistes d'action proposées.....	29
Conclusion	33

Table des matières

Bibliographie

Annexes

- Annexe I : Questionnaire de l'étude basé sur l'échelle PDPSI
- Annexe II : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, primipares et multipares confondues.
- Annexe III : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, primipares
- Annexe IV : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, multipares.
- Annexe V : Protocole de l'inhibition de la lactation
- Annexe VI : Recommandation de la HAS 2014, sortie de maternité après accouchement
- Annexe VII : Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Bibliographie

- ARS, PACA, SROS (2013), « Composante du projet régional de santé Paca 2012-2016 » révision du 27 décembre 2013. p87
- Azizzadeh Forouzi.M, Mohamadalizadeh.S, Soltanahmadi.Z, Gazanfari.Z (2010) « Postpartum Stressors from Mothers Point of View Iranian » *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. N°12(4). p39
- Bernard M-R et Eymard.C (2014) « L'éducation pour la santé en périnatalité ? : enquête auprès des sages-femmes françaises », *Santé Publique*, N°5 Vol. 26, p591-602.
- Braha.C (2011), *Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales: entretien auprès des sages-femmes et obstétriciens*. Mémoire Sage-femme. Université Paris Descartes. 2011PA05MA06. 104pages
- Capgras-Baberon.D et Lefèvre-Penel.A (2014). « Le « désert » de l'accompagnement postnatal. » *Vocation Sage-femme*. N°109, p12-14
- Chich-Hsiu Hung (2001). « Validity and reliability testing of the hung postpartum stress scale » *Kaoshiung Journal of Medecine Sciences* N°17 p423-p429
- Chich-Hsiu Hung (2006) « The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. » *Kaoshiung Journal of Medical Sciences*.N°23(7). p352-360.
- Chich-Hsiu Hung (2007). « Postpartum Stress as A Predictor of Women's Minor Psychiatric Morbidity » *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, N°1, DOI: 10.1007/s10597-006-9066-3. 12 pages.
- Comité éditorial pédagogique de l'UVMaf (2011). *La visite post-natale*. PDF. <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-visitepostnatale.pdf> (18/10/15)

- Conseil National de l'Ordre Sage-femme (2010). *Référentiel métier sages-femmes*. PDF
http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
 (20/08/15)

- Cour des comptes, chambres régionales & territoriales des comptes (2014) « Les maternités cahier 1 : analyse générale. » *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*. Article LO 132-3-1 du code des juridictions financières. p23 et 29.

- Dennis.C-L, Creedy.D (2007) « Interventions psychosociales et psychologiques dans la prévention de la dépression du post-partum. » *Base de Données des Analyses Documentaires Systématiques Cochrane*, 4ème Édition. Art. No. CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/cd001134/fr/
 (10/01/16)

- De Schepper.S, Vercauteren.T, Tersago.J, Jacquemyn.Y,Raes.F, Franck.E (2016) « Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth : Acohort stud ». *Midwifery* N°32. p87-92

- D'Ivernois.JF et Gagnayre.R (2011) « Apprendre à éduquer le patient. » *Pari, Maloine* 4ème édition. p147

- Guilbert.J-J (1990), « Guide pédagogique pour les personnels de santé. » *Collection OMS Publ. Offset*, n°35, Genève 6^{ème} édition. 708 pages.

- Haute Autorité de Santé (2005), *Recommandations professionnelles : comment mieux informer les femmes enceintes ?* 1^{ère} édition. PDF
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
 (25/01/16)

- Haute Autorité de Santé (2012), *DPC des sages-femmes*, guide HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437729/fr/dpc-des-sages-femmes-ou-maieutique (25/01/16)
- Helen.I, Luginaa Denise.M-P (1994) « Postpartum concerns: A study of Tanzanian mothers. » *Health Care for Women International*. N°15(3). p225–233.
- Inpes (2010). *Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action : Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum*. PDF Catalogue. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf> (06/09/12)
- Labbé.J, (date non renseignée) *La théorie de l'attachement*. PDF. http://www.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf (15/09/15)
- Larousse (2015) : définition du post-partum
- Lavender.T, Walkinshaw.S-A (1998) « Can Midwives reduce post-partum psychological morbidity ? A Randomized Trial » *Birth* N°25
- Le catalogue des formations, Université de Bretagne Occidentale. *Diplôme Universitaire en lactation humaine- Allaitement maternel*. http://formations.univbrest.fr/fiche/FR_RNE_0290346U_PROG20146/presentation (18/01/16)
- Ministère de la santé et des sports, Direction Générale de la Santé (2010). «Evaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final. ». p137.
- National Institute of Health and Care Excellence (2014) « Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance » *NICE clinical guideline* 192. p34.
- Nilsson.I, Danbjorg.D-B, Aagaard.H, Strandberg-Larsen.K, Clemensen.J, Kronborg.H (2015) « Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis » *Midwifery, Elsevier* p1-p9

- Organisation Mondiale de la Santé (1948) « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé » New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100*) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Organisation Mondiale de la Santé (1999) « Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique » Genève, *Santé et recherche générales*, 96 pages.
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Estimations mondiales sanitaires*, La Banque mondiale, 2011
http://search.who.int/search?q=la+depression+post+partum&ie=utf8&site=who&client=fr_r&proxystylesheet=fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8 (22/12/13)
- Oppenheim.A-N. (1996) « Questionnaire Design and Attitude Measurement. Heinemann Educ » London. 318 pages.
- Scallon.G (2007) « L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. » *De Boek éditions* 2^{ème} édition, Canada. 346 pages.
- Sénat.M-V, Sentilhes.L, Battut.A, Benhamou.D, Bydlowski.S, Chantry.A, Deffieux.X, Diers.F, Doret.M, Ducroux-Schouwey, Fuchs.F, Gascoin.G, Lebot.c, Marcellin.L, Plu-Bureau.G, Raccah-Tebeka.B, Simon.E, Bréart.G, Marpeau.L (2015) « Post-partum : recommandations pour la pratique clinique », *Journal de Gynécologie et Biologie de la reproduction* N°44, p1157-1166.
- Plan périnatal 2005-2007: *humanité, proximité, sécurité, qualité*. PDF.
http://www.medical78.com/nat_plan_perinate.pdf (20/09/15)
- Razurel.C, Héliot.C, Perier.J, Andreoli.N, (2003) « Éducation des mères à la santé dans le post-partum à la maternité de Genève ». *Rech Soins Infirm* N°75. p38-45.

- Razuel.C (2010), *Comment l'éducation dispensée par les professionnels peut-elle influencer le sentiment de compétence parentale chez les mères primipares ?*, Mémoire en vue de l'obtention du master 2 de Recherche à Distance Francophone. Université de Rouen, UFR Sciences de l'Homme et de la Société, Département Sciences de l'Education. p146-147
- Razuel.C, Benchouk.M, Bonnet.J, Alama.S-EL, Jarabo.G, Pierret.B (2010) « Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? Une démarche qualitative », *La revue sage-femme*, N°9. p240-249
- Razuel.C, Desmet.H, Sellenet.C (2011) « Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? » *Recherche en soins infirmiers* N°106 p47-58 DOI : 10.3917
- Razuel.C, Kaiser.B, Dupuis.M, Antonietti.J-P, Sellenet.C, Epiney.M (2013) « Validation of the post-delivery perceived stress inventory », *Psychology, Health & Medicine*, DOI: 10.1080/13548506.2013.77443. 15 pages
- Salari.P, Nazari.S, Mazlom S-R, Ali Ghanbari.B, Abadi.H (2013). « Comparing postpartum stressors and social support level in primiparous and multiparous women » *Journal of Midwifery & reproductive health* N°2 p71-76
- Scallon.G (2007) « L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences ». *De Boek éditions* 2^{ème} édition, Canada. 346 pages.
- Sénat.M-V, Sentilhes.L, Battut.A, Benhamou.D, Bydlowski.S, Chantry.A, Deffieux.X, Diers.F, Doret.M, Ducroux-Schouwey.C, Fuchs.F, Gascoin.G, Lebot.C, Marcellin.L, Plu-Bureau.G, Raccach-Tebeka.B, Simon.E, Bréart.G, Marpeau.L (2015). « Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* N°44. p57-66
- Turck.D (2010). « Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel : « plan d'action : Allaitement maternel » ». *Programme National Nutrition Santé* 2. 40 pages.

- Tari.C. (2016). Evaluation de la perception par les parents de la mise en place d'un entretien post-natal précoce en région PACA, Mémoire Sage-femme. Université Aix-Marseille, Sciences maïeutique.

Annexe I



Bonjour Madame,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année de formation.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une recherche sur le stress perçu par les mères dans le post-partum.

Durant leur séjour à la maternité les mamans sont les mieux placées pour s'exprimer sur le sujet. C'est pourquoi votre participation est sollicitée.

Répondre à cette recherche ne prend que cinq minutes en remplissant le questionnaire au verso de cette page.

Vous devez ensuite rendre ce questionnaire à la sage-femme du service.

Merci de votre participation !

Et encore félicitation pour l'arrivée de votre enfant.



Pour mieux analyser les résultats de la recherche, il est important de commencer par répondre à quelques renseignements avant de remplir le questionnaire :

✓ Quel est votre âge (ou date de naissance) :

.....

✓ Combien avez-vous d'enfant :

.....

✓ Pour ce qui a concerné votre grossesse :

- Avez vous eu une maladie pendant la grossesse (hypertension, diabète, retard de croissance de votre enfant durant la grossesse, etc.) :

OUI / NON (entourez la réponse correspondante)

Si oui veuillez préciser :

.....

- Votre enfant est né par :

Césarienne / voie naturelle (entourez la réponse correspondante)

- Vous avez donné naissance à :

1 enfant / des jumeaux / plus de 3 enfants (entourez la réponse correspondante)

- Votre enfant séjourne :

En nurserie (avec vous) / en réanimation / en unité de soins intensifs (entourez la réponse correspondante)



Merci de remplir le questionnaire en tournant la page

Échelle de stress perçu pour les femmes post accouchement (PDPSI)

Voici une liste des soucis et d'inquiétudes que vous pouvez ressentir comme stressants.

Consignes : Lisez bien chaque phrase. Pour chacune vous avez le choix entre cinq réponses possibles. Choisissez celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez en ce moment à propos du problème en question en cochant par une X à droite l'une des cinq réponses proposées (cochez une seule case pour chaque ligne) :

1 : non, je ne me sens pas du tout stressée

2 : oui, je me sens un peu stressée

3 : oui, je me sens moyennement stressée

4 : oui, je me sens très stressée

5 : oui, je me sens énormément stressée

En remplissant le tableau, commencez la phrase par : « *Je suis plus ou moins stressée par...* »

<i>Je suis plus ou moins stressée par...</i>	1 Pas du tout stressée	2 un peu stressée	3 moyen- nement stressée	4 Très stressée	5 Enormément stressée
... la relation avec mon bébé dès la naissance					
... le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits					
... par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi					
... les soins à donner au bébé (bain, change, ...)					
... le pré-travail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)					
... la durée du travail, de l'accouchement					
... les douleurs lors des contractions					
... les douleurs lors des poussées et de l'expulsion					
... la fatigue après l'accouchement					
... la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites, ...)					
... les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre					
... la montée de lait					
... les douleurs aux seins					
... les difficultés pour nourrir le bébé (bébé ne tète pas bien par exemple)					
... les propos contradictoires des soignants					
... les relations avec le personnel soignant à la maternité					

□ **Merci de votre participation** □

Annexe II

Je suis plus ou moins stressée par...	1 Pas du tout stressée		2 Un peu stressée		3 Moyennement stressée		4 Très stressée		5 énormément stressée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
... la relation avec mon bébé dès la naissance	132	64.1	54	26.2	11	5.3	4	1.9	5	2.4
... le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits	84	40.8	70	34.0	29	14.1	16	7.8	7	3.4
... par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi	173	84	18	8.7	12	5.8	2	1.0	1	0.5
...Les soins à donner au bébé (bain, change)	116	56.3	54	26.2	24	11.7	8	3.9	4	1.9
...Le pré-travail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)	54	26.2	47	22.8	35	17.0	45	21.8	25	12.1
...la durée du travail de l'accouchement	40	19.4	48	23.3	33	16.0	48	23.3	37	18.0
...Les douleurs lors des contractions	24	11.7	32	15.5	45	21.8	54	26.2	51	24.8
...Les douleurs des poussées et de l'expulsion	40	19.4	37	18.0	25	12.1	53	25.7	51	24.8
...La fatigue après l'accouchement	57	27.7	63	30.6	47	22.8	18	8.7	21	10.2
...la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...)	87	42.2	57	27.7	32	15.5	13	6.3	17	8.3
... les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre	141	68.4	31	15.0	20	9.7	7	3.4	7	3.4
...la montée de lait	101	49.0	48	23.3	25	12.1	22	10.7	10	4.9
... les douleurs aux seins	77	37.4	65	31.6	23	11.2	28	13.6	13	6.3
... les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien par exemple)	95	46.1	49	23.8	23	11.2	27	13.1	12	5.8
...les propos contradictoires des soignants	130	63.1	42	20.4	21	10.2	6	2.9	7	3.4
...les relations avec le personnel soignant à la maternité	170	82.5	25	12.1	9	4.4	1	0.5	1	0.5

Tableau 1 : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, primipares et multipares confondues.

Annexe III

Je suis plus ou moins stressée par...	1 Pas du tout stressée		2 Un peu stressée		3 Moyennement stressée		4 Très stressée		5 énormément stressée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
... la relation avec mon bébé dès la naissance	48	50.0	34	35.4	8	8.3	3	3.1	3	3.1
... le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits	24	25.0	37	38.5	19	19.8	10	10.4	6	6.3
... par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi	70	72.9	15	15.6	8	8.3	2	2.1	1	1.0
...Les soins à donner au bébé (bain, change, ...)	40	41.7	30	31.3	16	16.7	8	8.3	2	2.1
...Le pré-travail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)	23	24.0	22	22.9	13	13.5	24	25.0	14	14.6
...la durée du travail de l'accouchement	13	13.5	20	20.8	16	16.7	25	26.0	22	22.9
...Les douleurs lors des contractions	7	7.3	11	11.5	20	20.8	29	30.2	29	30.2
...Les douleurs des poussées et de l'expulsion	14	14.6	17	17.7	9	9.4	29	30.2	27	28.1
...La fatigue après l'accouchement	21	21.9	32	33.3	21	21.9	9	9.4	13	13.5
...la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...)	37	38.5	27	28.1	18	18.8	4	4.2	10	10.4
... les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre	66	68.8	17	17.7	7	7.3	4	4.2	2	2.1
...la montée de lait	40	41.7	27	28.1	11	11.5	12	12.5	6	6.3
... les douleurs aux seins	25	26.0	32	33.3	14	14.6	18	18.8	7	7.3
... les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien par exemple)	37	38.5	23	24.0	14	14.6	17	17.7	5	5.2
...les propos contradictoires des soignants	58	60.4	20	20.8	11	11.5	3	3.1	4	4.2
...les relations avec le personnel soignant à la maternité	76	79.2	12	12.5	7	7.3	0	0.0	1	1.0

Tableau 2 : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, primipares

Annexe IV

Je suis plus ou moins stressée par...	1 Pas du tout stressée		2 Un peu stressée		3 Moyennement stressée		4 Très stressée		5 énormément stressée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
... la relation avec mon bébé dès la naissance	84	76.4	20	18.2	3	2.7	1	0.9	2	1.8
... le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits	60	54.5	33	30.0	10	9.1	6	5.5	1	0.9
... par le fait que les autres mamans de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi	103	93.6	3	2.7	4	3.6	0	0.0	0	0.0
...Les soins à donner au bébé (bain, change, ...)	76	69.1	24	21.8	8	7.3	0	0.0	2	1.8
...Le pré-travail (contractions douloureuses mais n'ayant pas d'effet sur la dilatation du col)	31	28.2	25	22.7	22	20.0	21	19.1	11	10.0
...la durée du travail de l'accouchement	27	24.5	28	25.5	17	15.5	23	20.9	15	13.6
...Les douleurs lors des contractions	17	15.5	21	19.1	25	22.7	25	22.7	22	20.0
...Les douleurs des poussées et de l'expulsion	26	23.6	20	18.2	16	14.5	24	21.8	24	21.8
...La fatigue après l'accouchement	36	32.7	31	28.2	26	23.6	9	8.2	8	7.3
...la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...)	50	45.5	30	27.3	14	12.7	9	8.2	7	6.4
... les personnes qui rendaient visite aux autres mamans de la chambre	75	68.2	14	12.7	13	11.8	3	2.7	5	4.5
...la montée de lait	61	55.5	21	19.1	14	12.7	10	9.1	4	3.6
... les douleurs aux seins	52	47.3	33	30.0	9	8.2	10	9.1	6	5.5
... les difficultés pour nourrir le bébé (bébé qui ne tète pas bien par exemple)	58	52.7	26	23.6	9	8.2	10	9.1	7	6.4
...les propos contradictoires des soignants	72	65.5	22	20.0	10	9.1	3	2.7	3	2.7
...les relations avec le personnel soignant à la maternité	94	85.5	13	11.8	2	1.8	1	0.9	0	0.0

Tableau 3 : Tableau descriptif basé sur l'échelle PDPSI, multipares.

Annexe V

 Assistance Publique Hôpitaux de Marseille Pôle 02 - Gynepôle Hôpital Conception	P2-GYNEPOLE-Obst-CO-PMétier-P15-MO1
INHIBITION DE LA LACTATION	
Date d'application : 22 novembre 2013 Version : 1	Rédigé par : F. Courtoisier, G. Delaforge, M Djerari, Dr Heckenroth Validé par : Pr Gamerre

1. Objet

Le présent protocole a pour objectif, dans le cas d'un allaitement artificiel, de palier aux désagréments de la montée laiteuse.

2. Domaine d'application

Ce protocole concerne le personnel du pôle Parent-enfant ci- dessous désigné et l'ensemble des professionnels participant au réseau de prise en charge des patientes suivies à la Conception.

- les médecins
- les sages femmes
- les internes

3. Glossaire

Néant

4. Documents de référence

1. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bromocriptine-Parlodel-R-et-Bromocriptine-Zentiva-R-le-rapport-benefice-risque-n-est-plus-favorable-dans-l-inhibition-de-la-lactation-Point-d-information> , Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation - Point d'information , 29/10/2013 12 :20
2. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0192734.htm> , 29/10/2013, 13:20

5. Contenu

Ce protocole fait suite au rapport « Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) »¹ publié par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé le 25/07/2013.

La montée laiteuse est un phénomène physiologique et correspond à la chute brutale des taux de progestérone qui stimule la sécrétion basale de prolactine. Il n'est pas nécessaire de donner traitement médicamenteux systématique pour inhiber la lactation.

5.1 En suites de couche

5.1.1 Conseils donnés à la mère :

- Ne pas bander les seins
- Eau froide sur les seins

5.1.2 Protocole homéopathique :

- Lacaninum 30 CH globule à J1
- Ricinus communis 30CH 1 globule à J1
- Puis relais avec les 2 mêmes à la même dilution mais en granules : 5 granules 3x/j jusqu'à la fin des tubes.

5.1.3 Protocole acupuncture :

- Cf protocole acupuncture pour inhibition allaitement

5.1.4 En cas de tension mammaire :

- AINS : par exemple, Voltarène 75mg LP x 2/jour pendant 5 jour associé à Inexium 40mg 1x/jr le soir
- Massage mammaire léger de l'intérieur vers l'extérieur (libération des canaux)

5.1.5 Cas particuliers des IMG ou MIU

Dostinex 2 cp en une seule prise (cf fiche médicament Dostinex)

5.2 A la sortie de la maternité

5.2.1 Surveillance sage-femme libérale :

- Systématique
- Sage-Femme libérale de la patiente ou « soutien allaitement » mis en place dans le service particulièrement pour les primipares.

5.2.2 Contraception :

- Si contraception orale, commencer le traitement à 15 jours
- Si implant contraception, le poser avant la sortie de la maternité

5.3 Cas de l'arrêt de l'allaitement maternel :

- Arrêt entre J3 et J15

- Conseils d'usage – introduction de l'allaitement artificiel
- AINS
- Surveillance sage-femme

- Arrêt entre J15 et 3 mois

- Conseils d'usage – introduction progressive de l'allaitement artificiel
- AINS
- Surveillance sage-femme
- Si souhaite contraception orale, micro-progestatif

- Arrêt à plus de 3 mois

- Conseils d'usage – introduction progressive de l'allaitement artificiel
- Si souhaite contraception, en l'absence de contre-indications, oestro-progestatif.

5 Gestion documentaire

Ce document est destiné à être diffusé de façon contrôlée auprès de tout le personnel concerné par l'assurance qualité relative aux activités du secteur d'obstétrique. Il est de la responsabilité des GAQ d'en assurer l'information et la diffusion auprès de l'ensemble du personnel du service. Il est diffusé en 6 exemplaires (Bloc d'accouchement, suites de couches 1 et 2, hospitalisation GRE, Consultations, CPMA).

La version informatique Word se trouve dans le serveur du service accessible au RAQ et aux GAQ, et géré par la sage – femme cadre supérieur ; la version consultable PDF dans le serveur répertoire S:\ConcGynePoleObst.

Historique des mises à jour			
Numéro de version	Date de modification	Objet de la modification :	Date d'application
1		Version initiale	22/11/2013
Révision sans modification			
Revue faite par :	Revue faite par :	Revue faite par :	
Le	Le	Le	
Visa	Visa	Visa	

VALIDATION			
NOM	FONCTION	SIGNATURE	DATE
Pr.M. GAMERRE	PU-PH Chef de Service	Original détenu par SFCS	22/11/2013

Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

Mars 2014

Ces recommandations s'adressent aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.

DURÉE DE SEJOUR STANDARD ET SORTIE PRÉCOCE

- La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation :
 - de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse
 - de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.
- Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :
 - au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse¹ ;
 - au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.
 -

Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

POINTS CLÉS GÉNÉRAUX

- Définir l'offre de soins locale
- Anticiper en période anténatale l'organisation de la sortie de maternité notamment par une information au cours du 3^e trimestre de grossesse (cf. document d'information)
- Assurer une continuité des soins (cf. fiche de liaison, 1^{er} rendez-vous après la sortie planifié, contacts téléphoniques identifiés...)
- Identifier un professionnel référent de maternité (pour répondre aux éventuelles demandes d'informations) et un professionnel référent du suivi (responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile, il coordonne les différents professionnels impliqués)
- Travailler en réseau

¹ Cette définition vient abroger la définition des sorties précoces formulée dans les recommandations de l'Anaes en 2004.

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ LA MERE

Critères pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

- Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
- Absence de signes thromboemboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
- **Accord de la mère ou du couple**

* instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal^o réalisé **impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie**
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi *post-partum* après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi **dans les 48 heures suivant la sortie**, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
- Apgar ≥ 7 à 5 minutes
- Examen clinique normal^o le jour de sortie
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque* d'ictère sévère)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus
- Suivi *post-partum* après la sortie organisé : 1^{re} visite prévue **dans les 24 heures après la sortie de maternité**

^o dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60 /min, fréquence cardiaque > 90 et < 170 /min au repos

* définis selon les courbes de référence utilisées

SUIVI DE LA MÈRE

Paramètres de surveillance quelle que soit la durée de séjour

- Risque hémorragique.
- Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite
- Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/pré-éclampsie
- Risque thromboembolique
- Troubles urinaires/digestifs
- Cicatrisation (périnée, césarienne)
- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
- Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
- Douleur
- Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines*
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Accompagnement et information sur la contraception.
- Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)

*s'il y a lieu et si non fait durant le séjour.

SUIVI DE L'ENFANT

Paramètres de surveillance après une durée de séjour standard

- Risque d'ictère : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin
- Dépistage des cardiopathies : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
- Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact
- Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K

Paramètres de surveillance supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
- Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE DUREE DE SEJOUR STANDARD

Deux visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- **1^{re} visite** : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie ;

- **2^e visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE SORTIE PRÉCOCE

Deux ou trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- **1^{re} visite** : elle est systématique et doit être réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée ;
- **2^e visite** : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant ;
- **3^e visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

PARCOURS DE SOINS DU NOUVEAU-NÉ AU COURS DU PREMIER MOIS DE VIE

Le nouveau-né bénéficie de 2 examens à la maternité :

- un examen **dans les 2 heures suivant sa naissance** réalisé par une sage-femme ou un pédiatre ;
- un examen avant toute sortie de la maternité : il est recommandé que le nouveau-né soit examiné **par un pédiatre et que cet examen soit réalisé impérativement avant la sortie et après 48 heures, voire le jour de la sortie en cas de sortie précoce**.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé **entre le 6^e et le 10^e jour postnatal**, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.

Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6^e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice).

**Edinburgh Postnatal Depression Scale
Translation – French**

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
 Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
 Non, pas souvent
 Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout-à-fait autant
 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
 Beaucoup moins que d'habitude
 Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais
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 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 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
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 malheureuse
 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. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
 Oui, très souvent
 Parfois
 Presque jamais
 Jamais

Résumé

Introduction : Le post-partum débute après l'accouchement et se termine par le retour de couche. Caractérisé par de nombreux bouleversements physiques et psychiques le post-partum est une période de vulnérabilité psycho-émotionnelle, et ce dès les premiers jours de vie de l'enfant. Or, très peu d'études s'attardent sur le post-partum précoce, lors du séjour à la maternité. La littérature traitant des facteurs de stress, s'intéresse principalement aux mères primipares aux dépens des multipares.

Objectifs : Evaluer la perception des facteurs de stress post-accouchement, par les femmes ayant accouché au CHU de Marseille, durant leur séjour en maternité. Les sous-objectifs : comparer la perception des facteurs de stress entre les primipares et les multipares et évaluer la corrélation des différents facteurs entre eux.

Matériels & Méthode : Une étude descriptive, comparative, unicentrique, a été menée entre janvier et juillet 2015 par questionnaire utilisant l'échelle de stress perçu pour les femmes post accouchement (PDPSI) (Razurel et al., 2013). Les deux groupes étudiés étaient les primipares et les multipares ayant accouchées au sein du Gynépôle.

Résultats : L'étude a été menée auprès de 204 patientes : 96 primipares et 110 multipares. Pour les deux populations confondues 72,8% des mères perçoivent un stress important quant aux douleurs ressenties lors des contractions utérines, 57,3% concernant la durée du travail et de l'accouchement, 50,9% concernant le pré-travail et 62,6% concernant les douleurs des poussées et de l'expulsion. La comparaison a révélé une perception du stress significativement ($p \leq 0.05$) plus importante pour les primipares. L'ensemble des différents facteurs de stress étudiés sont, en majorité, corrélés positivement de façon significative (avec $p < 0.05$ et $p < 0.001$).

Conclusion : La primiparité génère une perception du stress plus importante. Néanmoins le facteur « *accouchement* » est perçu comme le plus stressant pour les deux populations confondues et appelle à la mise en place précoce d'actions dans l'organisation actuelle du suivi post-natal. La prise en charge de cette perception du stress post-accouchement doit être globale et multidisciplinaire face à la corrélation importante entre les différents facteurs que sont : la relation et les soins au nouveau-né, l'allaitement, la fatigue, ainsi que la relation avec les soignants.

Mots clés : stress, post-partum précoce, parité, accompagnement, lien mère-enfant.

Abstract

Introduction: Postpartum begins after delivery and ends with menses return. Characterised by numerous physical and psychological changes, postpartum is a period of psycho-emotional vulnerability from the child's first days of life. Yet, very few studies focus on premature postpartum during maternity stay. The literature that deals with stress factors focuses mainly on primiparous mothers at the expense of the multiparous ones.

Aims: To assess post-delivery stress factors perception of women who gave birth at the CHU of Marseille during their stay at the maternity. Secondary goals: to compare stress factors perception between primiparous and multiparous women and to evaluate the correlation between those factors.

Materials and method: A descriptive, comparative, single-centre study was carried out between January and July 2015 through a questionnaire using the post-delivery perceived stress inventory (PDPSI) (Razurel et al., 2013). The two study groups were the primiparous and multiparous women who gave birth at the Gynépôle.

Results: The study was conducted on 204 patients, 96 primiparous and 110 multiparous. For both populations combined, 72.8% of the mothers perceive an important level of stress related to pain induced by uterine contractions, 57.3% concerning the duration of labour and delivery, 50.9% concerning pre-labour and 62.6% concerning the pain induced by pushing and expulsion. The comparison revealed a perception of stress significantly ($p \leq 0.05$) higher in primiparous women. All stress factors studied are, for the majority, positively and significantly correlated (with $p < 0.05$ and $p < 0.001$).

Conclusion: Primiparity leads to a higher perception of stress. Nevertheless, the factor « *delivery* » is perceived as the most stressful to both populations combined and calls for the early implementation of measures in the current organisation of post-natal follow-up. Caring for post-delivery stress perception must be global and multidisciplinary given the important correlation between the different factors, namely: relationship with and care to the newborn, breastfeeding, fatigue, as well as relationship with carers.

Key words: stress, premature postpartum, parity, support, mother-child bond.