



HAL
open science

Évaluation de la perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes consultant au Gynépôle de Marseille Comparaison entre primipares et multipares

Camille Coste

► **To cite this version:**

Camille Coste. Évaluation de la perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes consultant au Gynépôle de Marseille Comparaison entre primipares et multipares. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01945924

HAL Id: dumas-01945924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945924v1>

Submitted on 5 Dec 2018

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 PRENATAL CHEZ
LES FEMMES ENCEINTES CONSULTANT AU
GYNEPOLE DE MARSEILLE**
Comparaison entre primipares et multipares

Présenté et publiquement soutenu

Le jeudi 19 avril 2018

Par

COSTE Camille
Née le 20 février 1994

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2017/2018

Membres du jury :

- CHAKOURI C., sage-femme expert
- HASSLER P., sage-femme enseignant EU3M
- RIQUET S., sage-femme enseignant EU3M (directeur de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

EVALUATION DE LA PERCEPTION DES FACTEURS DE STRESS PRENATAL CHEZ LES FEMMES ENCEINTES CONSULTANT AU GYNEPOLE DE MARSEILLE

Comparaison entre primipares et multipares

COSTE Camille
Né(e) le 20 février 1994

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme**

Année universitaire 2017-2018

Validation 1^{ère} session 2018 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2017 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

**EVALUATION DE LA PERCEPTION DES
FACTEURS DE STRESS PRENATAL CHEZ
LES FEMMES ENCEINTES CONSULTANT AU
GYNEPOLE DE MARSEILLE**

Comparaison entre primipares et multipares

Remerciements

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

- RIQUET Sébastien, directeur de ce mémoire, merci pour votre aide, vos conseils et votre soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire,
- RAZUREL Chantal, pour avoir utilisé son échelle de stress APSI,
- ZAKARIAN Carole, merci pour le temps passé à m'aider pour la réalisation de mes statistiques.

Je remercie également Mme GILBERTAS Chantal, cadre supérieure du Gynécopôle, ainsi que Mme ALLEGRE et Mme VAUGIRARD, cadre des services de consultations, de m'avoir permis de distribuer mon questionnaire au sein de leurs maternités.

Je souhaite remercier les relecteurs de ce mémoire, Sébastien RIQUET, et ma sœur jumelle Marion, merci pour votre patience et vos précieux conseils.

Un grand merci à ma famille, et à mes amis, pour leur soutien et bonne humeur pendant ces années d'étude, ainsi qu'au corps enseignant de l'EU3M pour leur bienveillance

Mention spéciale à la Sage-Fem'ily, sans qui ces années n'auraient pas eu le même goût.

SOMMAIRE

Introduction..... p.1

Matériels et méthode..... p.5

Résultats..... p.8

Analyse et discussion..... p.25

Conclusion..... p.36

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

La grossesse est une période de vulnérabilité et de remaniements psychiques. Elle entraîne une remise en question de soi-même, et de sa capacité à devenir parent. C'est une période de transition entre être femme et devenir mère, ou redevenir mère, où de nombreux changements hormonaux, physiques et psychologiques ont lieu. « *La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique, où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience* » (Bydlowski, 1997).

C'est de façon légitime que cette période provoque donc une élévation du stress. Le Larousse définit le stress comme « *un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* ». Ce terme a été introduit en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye. Du point de vue physiopathologique, l'agression déclenche au niveau cérébral (hypophyse) une « réaction d'alarme », stimulant la sécrétion de corticotrophine (ACTH), de cortisol et de noradrénaline qui passent dans le sang et modifient l'équilibre psycho-physiologique du sujet et entraînent notamment une tachycardie, une hyperventilation et une vasoconstriction artérielle. A plus long terme elle mène à une anxiété généralisée permanente. (Larousse, encyclopédie médicale)

De nombreuses études montrent les effets délétères que peuvent provoquer le stress pendant la grossesse.

Premièrement, des expérimentations animales ont montré que l'exposition à des conditions stressantes de vie pendant la grossesse était responsable de portées plus petites, de malformations osseuses, de retard de croissance intra-utérin, de petits poids de naissance (Mulder et al., 2002). A plus long terme, elle

provoque des réactions hormonales au stress plus intenses et prolongées chez les animaux dont les mères ont été soumises à des stimuli stressants.

Chez l'humain, les études convergent à dire que l'état émotionnel de la mère pendant la grossesse influe sur le comportement du fœtus, du nourrisson et du futur adulte. En effet, il aurait un effet direct sur le développement du cerveau du fœtus, et donc du comportement de l'enfant à plus long terme (Graignic-Philippe R. et al., 2009). Huizink et al. (2004) ont suggéré que le stress maternel prénatal serait responsable d'une diminution des comportements d'adaptation chez les enfants, et d'une réponse inadaptée aux événements nouveaux (Eva Möhler et al., 2006). Stott (1973) avait remarqué, en suivant des enfants sur le long terme, que les enfants nés de grossesses difficiles avait un QI inférieur à la population générale (QI<60). Il ressort également des études qu'une des principales conséquences du stress pendant la grossesse sur le développement de l'enfant entre 4 et 15 ans est le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (O'Connor et al., 2002).

Une autre étude menée par Harald Wurmser et al. (2006) montre un lien entre un niveau de stress élevé pendant la grossesse ; dû à des changements de vie négatif, et des pleurs/cris plus intenses et prolongés dans les premiers mois de vie (notamment très augmentés à 3 mois et 6 mois).

De plus, pendant la grossesse, ce stress serait responsable d'un plus grand risque d'accouchement prématuré et de petits poids de naissance, et donc à des troubles neuro-développementaux plus fréquents (Graignic-Philippe R. et al., 2005).

Et enfin, il a été montré qu'il existait un lien entre stress prénatal chronique et dépression périnatale (Seguin et al. 1999). Da Costa et al. (2000) a étudié des femmes déprimées en pré et post-partum, il est montré dans cette étude que les deux groupes de femmes ont un profil plus anxieux que les témoins.

Les études concernant les effets du stress prénatal sur le fœtus et l'enfant sont très nombreuses. Là vient donc tout l'intérêt de dépister les femmes les plus à risque de développer du stress, pour ainsi mieux les

accompagner durant leur grossesse et diminuer les effets que cela pourrait engendrer. Il existe plusieurs échelles qui permettent d'évaluer le niveau de stress. La plus connue est l'échelle PSS *Perceived Stress Scale* (Cohen et al. 1983), cependant cette échelle ne précise pas les évènements en lien avec ce stress et n'est pas spécifique aux femmes enceintes. Concernant les échelles qui mesure le niveau de stress chez les femmes enceintes il en existe plusieurs : l'échelle *Cambridge Worry Scale* CWS (Green et al., 2003), ou bien l'échelle *Prenatal Distress Questionnaire* PDQ (Yali and Lobel, 1999), mais cette dernière n'est validée qu'entre 22 et 28 semaines de gestation.

L'échelle APSI *Antenatal Perceived Stress Inventory*, créée et validée par Razurel C. en 2013, est un outil supplémentaire qui permet d'évaluer le niveau de stress pendant toute la grossesse, elle prend en compte tous les évènements qui peuvent être une source de stress pendant a grossesse, tant sur le plan médical, que psychologique ou social et a été psychométriquement validée.

La grossesse est donc une période de vulnérabilité accrue qui doit être accompagnée de façon adéquate par les professionnels de la naissance. Les sages-femmes dans cet accompagnement ont une place privilégiée auprès des femmes enceintes et des couples puisque leurs compétences s'étendent sur le suivi de grossesse, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement, le suivi dans le post-partum, et le suivi gynécologique de prévention. (CNOSF, 2012)

De plus, il n'a été retrouvé aucune étude traitant de ce sujet dans les hôpitaux de Marseille, c'est pourquoi pour toutes ces raisons, il a semblé pertinent d'étudier la perception des facteurs de stress chez les femmes enceintes dans les CHU de Marseille.

Dans ce but, la question de recherche est la suivante : « *Quel est le niveau de perception des facteurs de stress prénatal des femmes enceintes suivies pour leur grossesse sur le Gynépôle de Marseille? »*

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le niveau de perception des facteurs de stress prénatal pour les femmes faisant suivre leur grossesse au Gynépôle de Marseille.

Les sous-objectifs, pour compléter l'étude, sont de comparer la perception des facteurs de stress prénatal entre les primipares et les multipares, d'identifier les différences de niveaux de perception des différents facteurs entre les 3 trimestres de grossesse et d'évaluer la corrélation des facteurs entre eux, afin de proposer des pistes d'action en lien avec ces résultats.

MATERIELS ET METHODE

1- QUESTION DE RECHERCHE

« Quel est le niveau de perception des facteurs de stress prénatal des femmes enceintes suivies pour leur grossesse sur le Gynépôle de Marseille? »

2- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Evaluer le niveau de perception des facteurs de stress prénatal pour les femmes faisant suivre leur grossesse au Gynépôle de Marseille.

Les sous-objectifs étant de comparer la perception des facteurs de stress prénatal entre les primipares et les multipares, d'identifier les différences de niveaux de perception des différents facteurs entre les 3 trimestres de grossesse et d'évaluer la corrélation des facteurs entre eux.

La finalité du travail étant de proposer des pistes pour établir un programme de Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) sur le Gynépôle permettant aux femmes enceintes de gérer leur stress durant leur grossesse et de prévenir l'apparition d'une dépression périnatale.

3- TYPE, LIEU ET DUREE DE L'ETUDE

L'étude menée a été descriptive, puis comparative, les données ayant été obtenus par un questionnaire anonyme utilisant l'échelle APSI échelle de stress perçu pour les femmes pendant la grossesse (Razurel et al., 2014). L'étude a été menée au CHU de l'Hôpital Nord et de la Conception et le recueil des questionnaires s'est étendu de février 2017 à septembre 2017.

4- POPULATION A L'ETUDE

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : femmes primipares ou multipares, majeures, consultant au CHU de Marseille, ayant une grossesse d'évolution normale.

Les critères de non-inclusion à l'étude étaient : Les femmes présentant une grossesse multiple, les femmes mineures, les femmes présentant une grossesse pathologique (menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, autres...), et les femmes ne comprenant pas le français.

Il n'y a pas de critères d'exclusion.

5- REALISATION DU QUESTIONNAIRE

Le préambule à l'échelle qui a permis de sélectionner les patientes selon les critères d'inclusion et de non-inclusion a été rédigé en janvier 2017. L'accord des cadres des services de consultations a ensuite été requis pour permettre la distribution de ce questionnaire, qui a commencé en février 2017.

Le questionnaire utilisé [Annexe 1] était scindé en deux parties distinctes :

La première partie comportait dix questions de renseignements généraux permettant de sélectionner les patientes comme l'âge de la patiente, ses antécédents obstétricaux, son terme, sa catégorie socio-professionnelle.

La seconde partie correspondait à l'échelle APSI de stress perçu pour les femmes pendant la grossesse (Razurel et al., 2014).

Elle comporte 12 Items avec pour chacun d'entre eux, cinq possibilités de réponses : « pas du tout stressée », « un peu stressée », « moyennement stressée », « très stressée », « énormément stressée ». Cette échelle à cinq degrés

appelée échelle de Likert (Scallon, 2007) permet d'apprécier les réponses des différents items questionnés.

Ces Items sont regroupés en 3 facteurs : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du bébé pour les items 1 à 4, les changements psychosociaux liés à la grossesse pour les items 5, 6, 7, 10 et 11, et enfin les projections vis-à-vis de l'accouchement pour les items 8, 9, et 12.

Les questionnaires ont été distribués par les secrétaires des consultations, à qui il avait été demandé de les distribuer à chaque patiente consultant une sage-femme. Ils étaient ensuite remis aux sages-femmes puis rangés jusqu'à récupération par l'étudiante sage-femme.

6- OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES ET OUTILS STATISTIQUES

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

Les analyses statistiques de type descriptif (pourcentages, effectifs et moyennes) et les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Sofastats et du tableur Excel.

Les statistiques analytiques permettant la comparaison des pourcentages obtenus a été effectuée par le test de Student. Enfin les tests de corrélation des facteurs de stress ont été faits par le biais du logiciel SPSS.

RESULTATS

1- DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

L'échantillon total de la population étudiée correspondait à n=203.

Il se répartissait comme suivant :

- Primipares : n=72
- Multipares : n=131

La moyenne d'âge chez les primipares était de 26 ans avec un minimum de 19 ans et un maximum de 41 ans, et la moyenne d'âge chez les multipares de 32 ans, avec un minimum de 22 ans et un maximum de 45 ans.

Figure 1 : répartition de la population par tranche d'âge

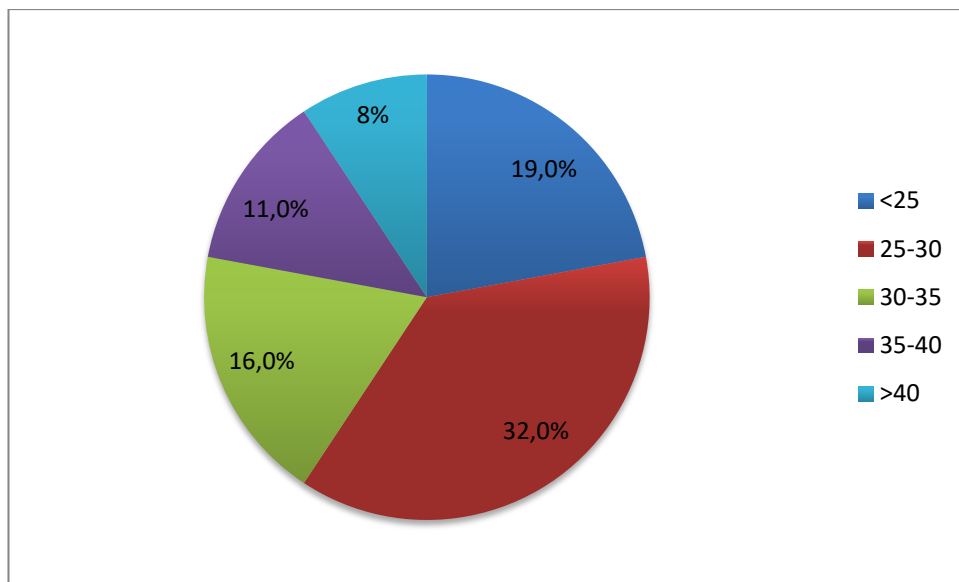
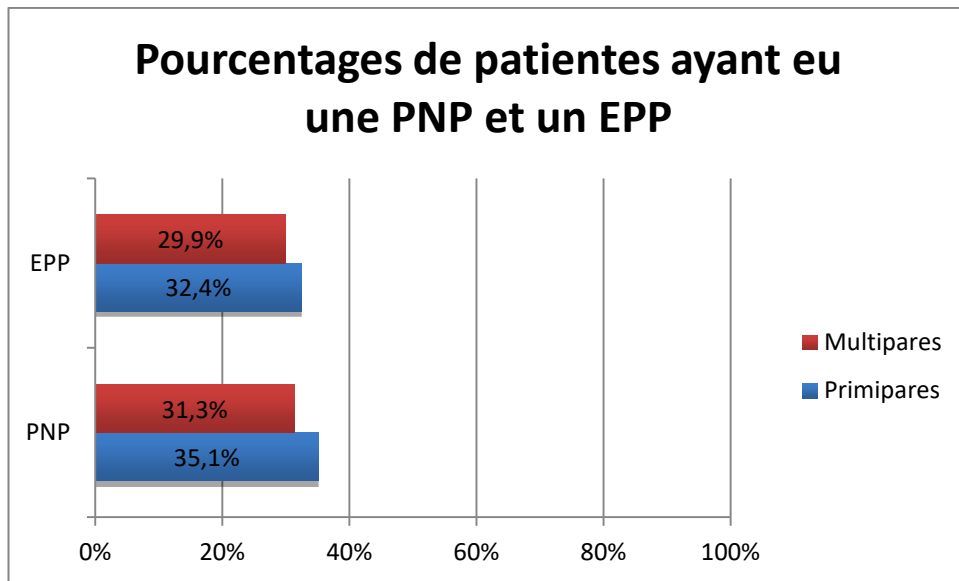


Figure 2 : pourcentage de patientes ayant eu un EPP ou une PNP



2- RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

Les figures suivantes représentent la moyenne du niveau de perception de stress entre 1 et 5 pour chaque item de l'échelle APSI pour les primipares et les multipares, à chaque trimestre de la grossesse.

Les tableaux descriptifs des résultats obtenus sont présentés en annexe [annexes 2 à 13].

Avec un effectif (**N**) :

- A T1 : Primipares = 20
Multipares = 29
Total = 49

- A T2 : Primipares = 29
Multipares = 45
Total = 74

- A T3 : Primipares = 23
 Multipares = 57
 Total = 80

Légendes des figures suivantes :

% = % de patientes

S = score entre 1 et 5 :

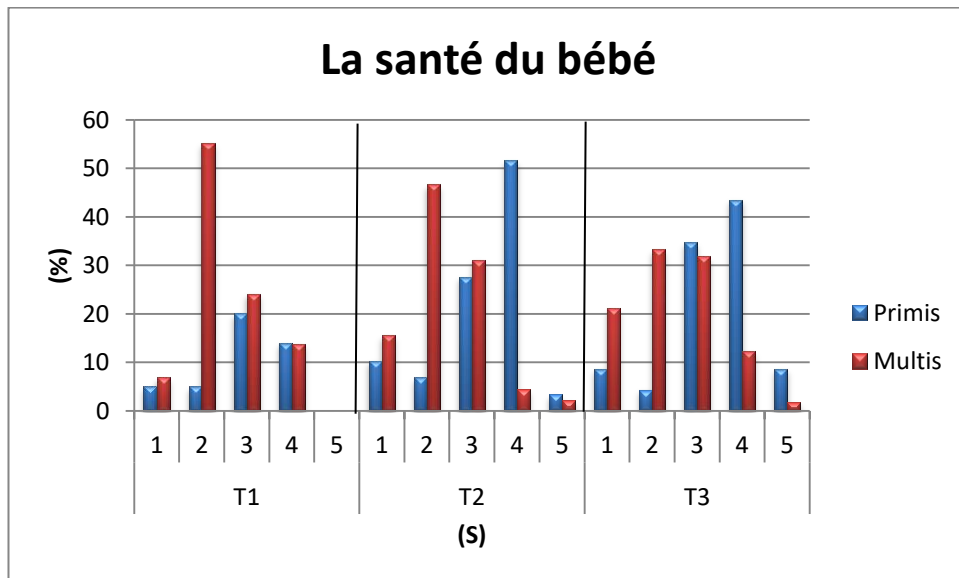
1 : pas du tout stressée

2 : un peu stressée

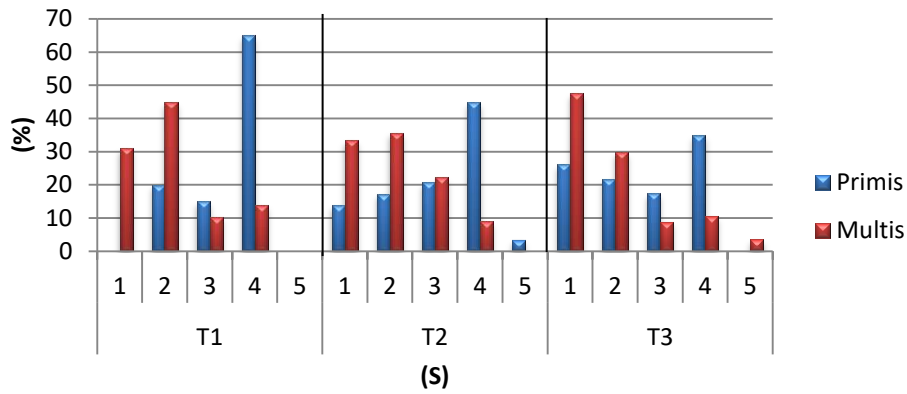
3 : moyennement stressée

4 : très stressée

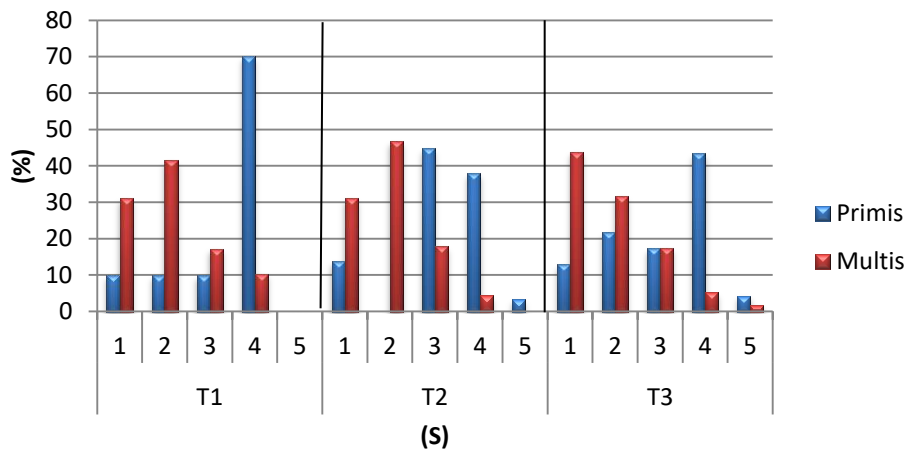
5 : énormément stressée



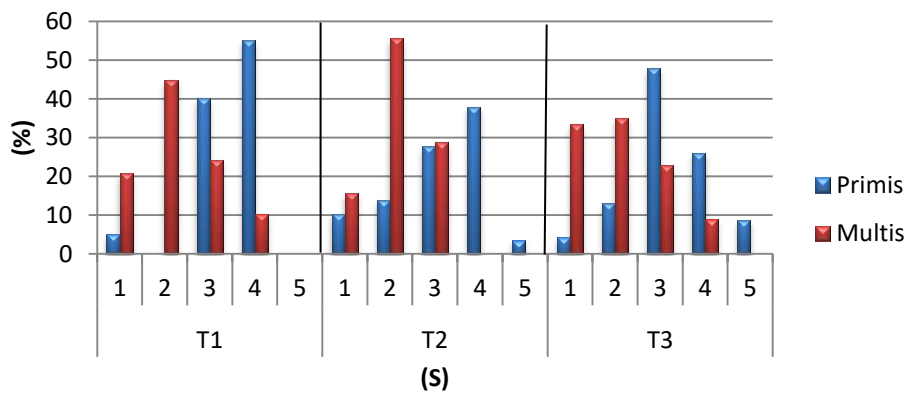
Examens de dépistage de la trisomie 21



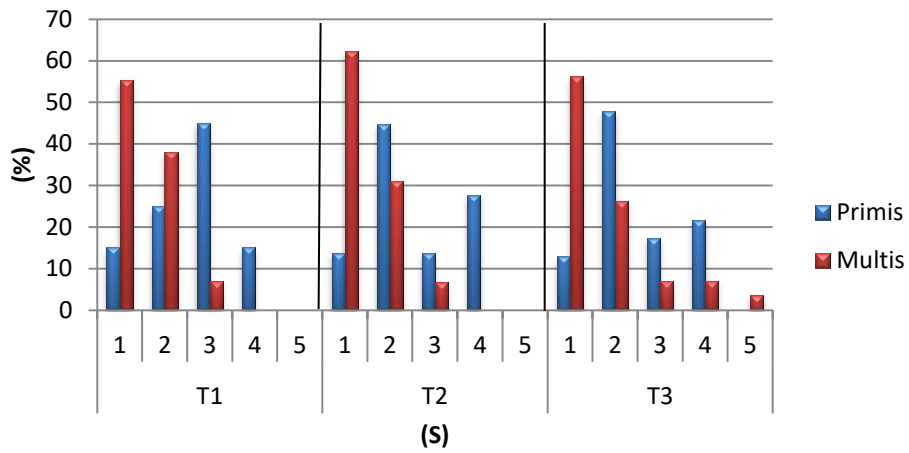
L'échographie



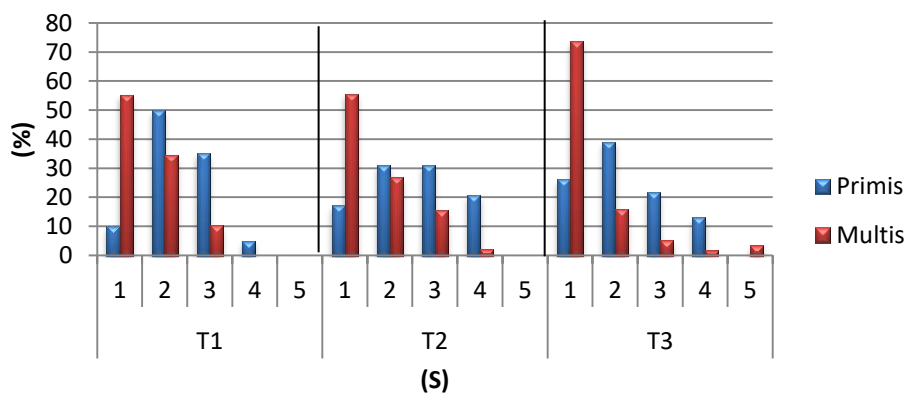
Les problèmes obstétricaux ou médicaux



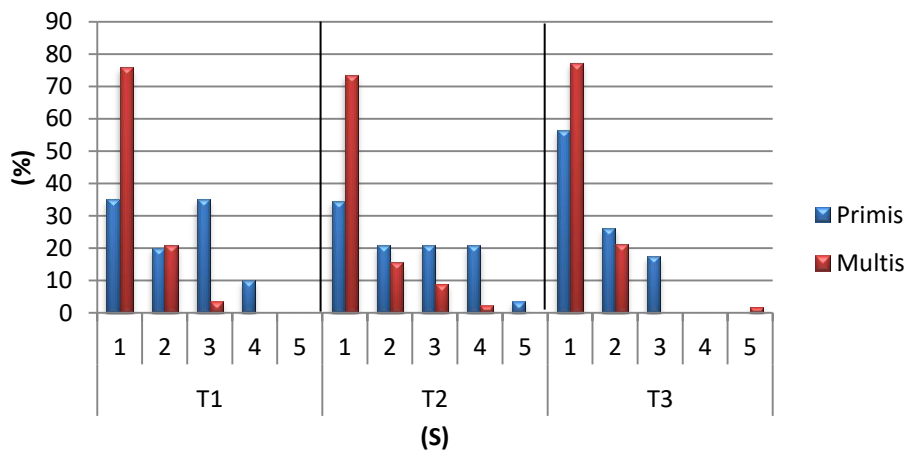
La fatigue



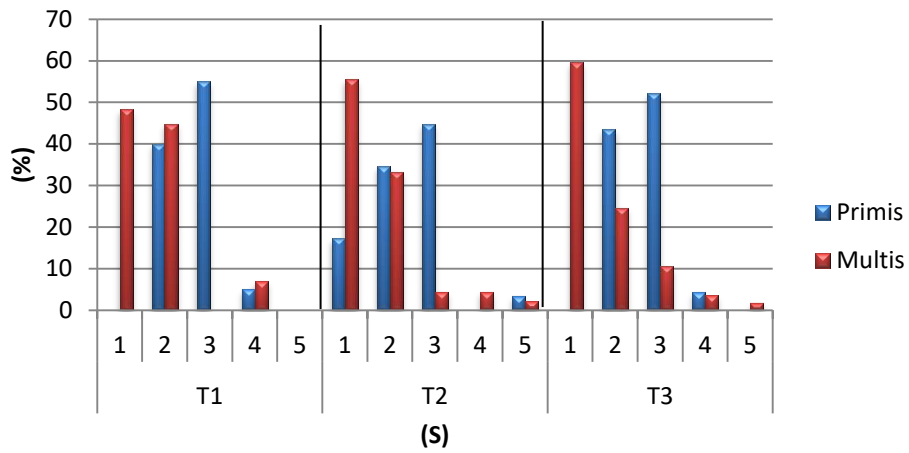
Les changements d'humeur, l'hypersensibilité



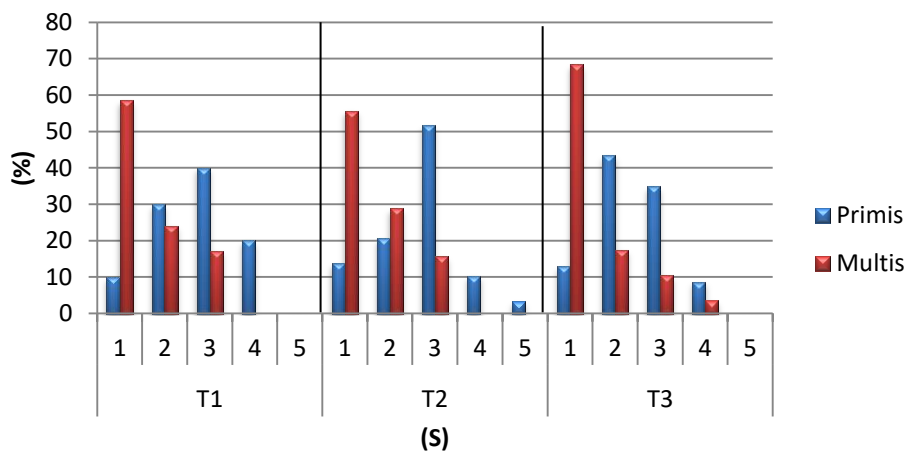
Ma relation avec mon partenaire



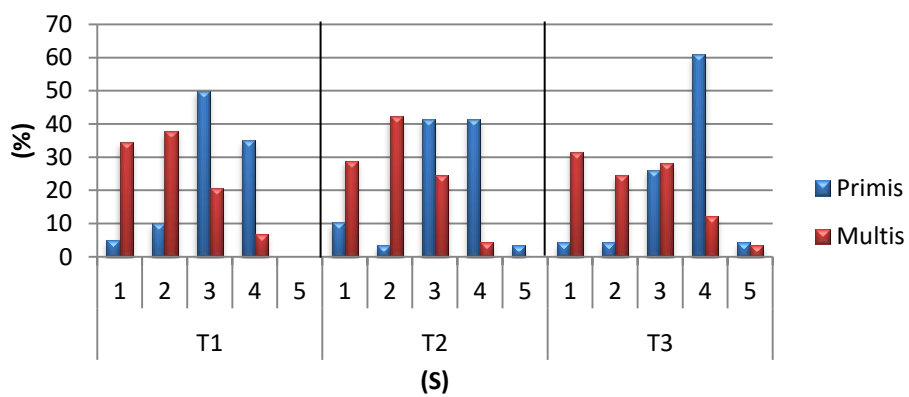
Prendre du poids

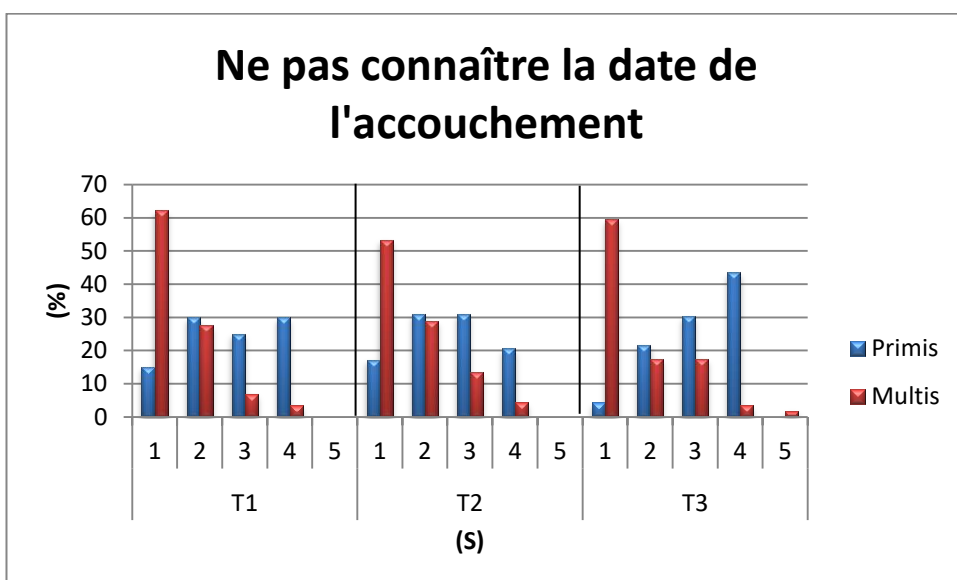
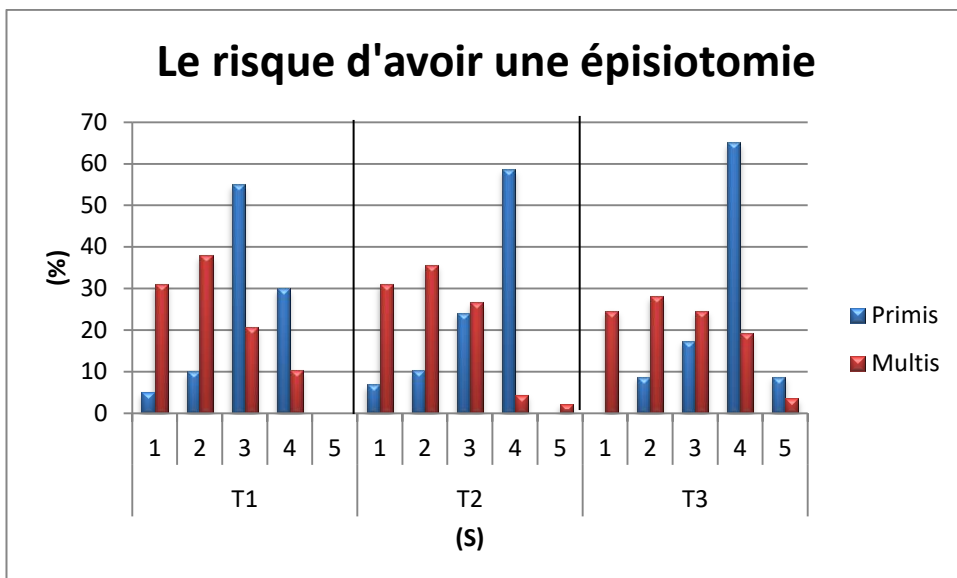


Faire ce que je faisais avant



La perspective ou non d'une péridurale





Une comparaison entre primipares et multipares a été ensuite réalisée pour répondre aux sous-objectifs. Les tableaux suivants ont été créés avec le test de Student, pour la totalité de la grossesse, puis pour chaque trimestre.

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si $p < 0.05$
- Test de Student très significatif si $p < 0.001$
- NS : Résultats non significatifs

Tableau 1 : moyennes du niveau de stress par item entre primipares et multipares sur toute la grossesse et test de Student

Facteurs	Items	Primipares	Multipares	p
		n=72 Moyennes	n= 131 Moyennes	
Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus	La santé du bébé	3.40	2.38	<0.001
	Les examens de dépistage de la trisomie	3.03	2.01	<0.001
	L'échographie	3.19	1.95	<0.001
	Les problèmes obstétricaux ou médicaux	3.29	2.13	<0.001
Les changements psychosociaux liés à la grossesse	La fatigue	2.54	1.60	<0.001
	Mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	2.39	1.54	<0.001
	Ma relation avec mon partenaire	2.08	1.32	<0.001
	Prendre du poids pendant la grossesse	2.53	1.64	<0.001
	Ne pas faire ce que je pouvais faire avant	2.60	1.55	<0.001
Les projections vis-à-vis de l'accouchement	La perspective ou non d'une APD	3.32	2.15	<0.001
	Le risque d'avoir une épisiotomie	3.40	2.27	<0.001
	Le fait de ne pas connaître la date de l'accouchement	2.78	1.66	<0.001

Tableau 2 : moyennes du niveau de stress par item entre primipares et multipares à T1 et test de Student

Facteurs	Items	Primipares n=20 Moyennes	Multipares n= 29 Moyennes	p
Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus	La santé du bébé	3.55	2.45	<0.001
	Les examens de dépistage de la trisomie	3.45	2.07	<0.001
	L'échographie	3.40	2.07	<0.001
	Les problèmes obstétricaux ou médicaux	3.45	2.24	<0.001
Les changements psychosociaux liés à la grossesse	La fatigue	2.60	1.52	<0.001
	Mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	2.35	1.55	<0.001
	Ma relation avec mon partenaire	2.2	1.29	<0.001
	Prendre du poids pendant la grossesse	2.65	1.68	<0.001
	Ne pas faire ce que je pouvais faire avant	2.70	1.59	<0.001
Les projections vis-à-vis de l'accouchement	La perspective ou non d'une APD	3.15	2.0	<0.001
	Le risque d'avoir une épisiotomie	3.10	2.10	<0.001
	Le fait de ne pas connaître la date de l'accouchement	2.70	1.52	<0.001

Tableau 3 : moyennes du niveau de stress par item entre primipares et multipares à T2 et test de Student:

Facteurs	Items	Primipares	Multipares	p
		n=29 Moyennes	n= 45 Moyennes	
Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus	La santé du bébé	3.39	2.31	<0.001
	Les examens de dépistage de la trisomie	3.14	2.07	<0.001
	L'échographie	3.25	1.96	<0.001
	Les problèmes obstétricaux ou médicaux	3.24	2.13	<0.001
Les changements psychosociaux liés à la grossesse	La fatigue	2.55	1.44	<0.001
	Mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	2.61	1.64	<0.001
	Ma relation avec mon partenaire	2.43	1.40	<0.001
	Prendre du poids pendant la grossesse	2.43	1.64	=0.001
	Ne pas faire ce que je pouvais faire avant	2.69	1.60	<0.001
Les projections vis-à-vis de l'accouchement	La perspective ou non d'une APD	3.32	2.04	<0.001
	Le risque d'avoir une épisiotomie	3.43	2.11	<0.001
	Le fait de ne pas connaître la date de l'accouchement	2.55	1.69	<0.001

Tableau 4 : moyennes du niveau de stress par item entre primipares et multipares à T3 et test de Student :

Facteurs	Items	Primipares	Multipares	p
		n=23 Moyennes	n= 57 Moyennes	
Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus	La santé du bébé	3.39	2.40	<0.001
	Les examens de dépistage de la trisomie	2.61	1.93	<0.05
	L'échographie	3.04	1.91	<0.001
	Les problèmes obstétricaux ou médicaux	3.22	2.09	<0.001
Les changements psychosociaux liés à la grossesse	La fatigue	2.48	1.75	<0.01
	Mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	2.22	1.46	<0.01
	Ma relation avec mon partenaire	1.61	1.28	NS
	Prendre du poids pendant la grossesse	2.61	1.63	<0.001
	Ne pas faire ce que je pouvais faire avant	2.39	1.49	<0.001
Les projections vis-à-vis de l'accouchement	La perspective ou non d'une APD	3.56	2.31	<0.001
	Le risque d'avoir une épisiotomie	3.74	2.49	<0.001
	Le fait de ne pas connaître la date de l'accouchement	3.13	1.70	<0.001

Dans les deux tableaux suivants, les corrélations entre les différents items ont été calculées, chez les primipares, puis chez les multipares, afin de comparer l'influence d'un item sur un autre, avec :

- Item 1 : la santé du bébé
- Item 2 : les examens de dépistage de la trisomie
- Item 3 : l'échographie

- Item 4 : les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant ma grossesse
- Item 5 : la fatigue
- Item 6 : mes changements d'humeur, mon hypersensibilité
- Item 7 : ma relation avec mon partenaire
- Item 8 : la perspective ou non d'une péridurale
- Item 9 : le risque d'avoir une épisiotomie
- Item 10 : le fait de prendre du poids pendant la grossesse
- Item 11 : le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (fumer, boire sortir, voyager, sport,...)
- Item 12 : le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu

Tableau 5 : coefficients de corrélation entre les différents items chez les primipares et multipares confondues

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12
Item 1	1											
Item 2	0.64 **	1										
Item 3	0.73 **	0.74 **	1									
Item 4	0.71 **	0.57 **	0.68 **	1								
Item 5	0.57 **	0.43 **	0.49 **	0.54 **	1							
Item 6	0.50 **	0.47 **	0.37 **	0.47 **	0.63 **	1						
Item 7	0.38 **	0.37 **	0.34 **	0.38 **	0.38 **	0.58 **	1					
Item 8	0.58 **	0.42 **	0.48 **	0.59 **	0.47 **	0.44 **	0.39 **	1				
Item 9	0.55 **	0.39 **	0.42 **	0.54 **	0.41 **	0.41 **	0.31 **	0.82 **	1			
Item 10	0.46 **	0.29 **	0.39 **	0.45 **	0.39 **	0.37 **	0.23 **	0.48 **	0.47 **	1		
Item 11	0.47 **	0.38 **	0.46 **	0.43 *	0.38 **	0.46 **	0.42 **	0.47 **	0.44 **	0.52 **	1	
Item 12	0.55 **	0.41 **	0.53 **	0.60 **	0.44 **	0.46 **	0.28 **	0.67 **	0.59 **	0.54 **	0.52 **	1

*Corrélation significative avec $p < 0.05$

**Corrélation très significative avec $p < 0.001$

Tableau 6 : coefficients de corrélation entre les différents items chez les primipares

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12
Item 1	1											
Item 2	0.55 **	1										
Item 3	0.77 **	0.70 **	1									
Item 4	0.77 **	0.42 **	0.65 **	1								
Item 5	0.47 **	0.19	0.40 **	0.47 **	1							
Item 6	0.38 *	0.27 *	0.34 *	0.38 *	0.60 **	1						
Item 7	0.35 *	0.24 *	0.23 *	0.27 **	0.33 *	0.53 **	1					
Item 8	0.51 **	0.11	0.30 *	0.42 **	0.31 *	0.30 *	0.31 *	1				
Item 9	0.42 **	0.09	0.31 *	0.40 **	0.15	0.13	0.13	0.84 **	1			
Item 10	0.15	0.02	0.19	0.21 *	0.12	0.17	0.05	0.15	0.24 *	1		
Item 11	0.42 **	0.16	0.31 *	0.27 *	0.20 *	0.27 *	0.26 *	0.43 **	0.26 *	0.30 *	1	
Item 12	0.51 **	0.05	0.33 *	0.57 **	0.27 *	0.19	0.03	0.49 **	0.53 **	0.37 *	0.37 *	1

*Corrélation significative avec $p < 0.05$

**Corrélation très significative avec $p < 0.001$

Tableau 7 : coefficients de corrélation entre les différents items chez les multi-pares

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12
Item 1	1											
Item 2	0.56 **	1										
Item 3	0.58 **	0.66 **	1									
Item 4	0.52 **	0.47 **	0.49 **	1								
Item 5	0.45 **	0.38 **	0.31 **	0.35 **	1							
Item 6	0.38 **	0.42 **	0.11	0.29 **	0.52 **	1						
Item 7	0.16 *	0.26 *	0.12	0.17 *	0.17 *	0.50 **	1					
Item 8	0.42 **	0.35 **	0.31 **	0.48 **	0.33 **	0.30 **	0.20 *	1				
Item 9	0.44 **	0.33 **	0.21 *	0.40 **	0.31 **	0.34 **	0.20 *	0.73 **	1			
Item 10	0.40 **	0.19 *	0.24 *	0.32 **	0.31 **	0.26 *	0.17 *	0.41 **	0.36 **	1		
Item 11	0.23 *	0.25 *	0.24 *	0.17 *	0.19 *	0.34 **	0.31 **	0.20 *	0.26 *	0.43 **	1	
Item 12	0.35 **	0.41 **	0.40 **	0.38 **	0.29 **	0.41 **	0.25 *	0.60 **	0.44 **	0.44 **	0.34 **	1

*Corrélation significative avec $p < 0.05$

**Corrélation très significative avec $p < 0.001$

3- RESULTATS SECONDAIRES DE L'ETUDE

Afin d'élargir les résultats obtenus, une comparaison des moyennes du niveau de stress par item entre les patientes ayant fait de la PNP et celles qui n'en ont pas fait a été réalisé grâce au test de Student.

Il a également été réalisé un diagramme montrant les moyennes du niveau de stress par item suivant la situation familiale de la patiente :

- En couple
- Seule et isolée
- Seule mais entourée

Figure 3 : moyennes du niveau de stress par item chez les patientes ayant et n'ayant pas fait de la PNP

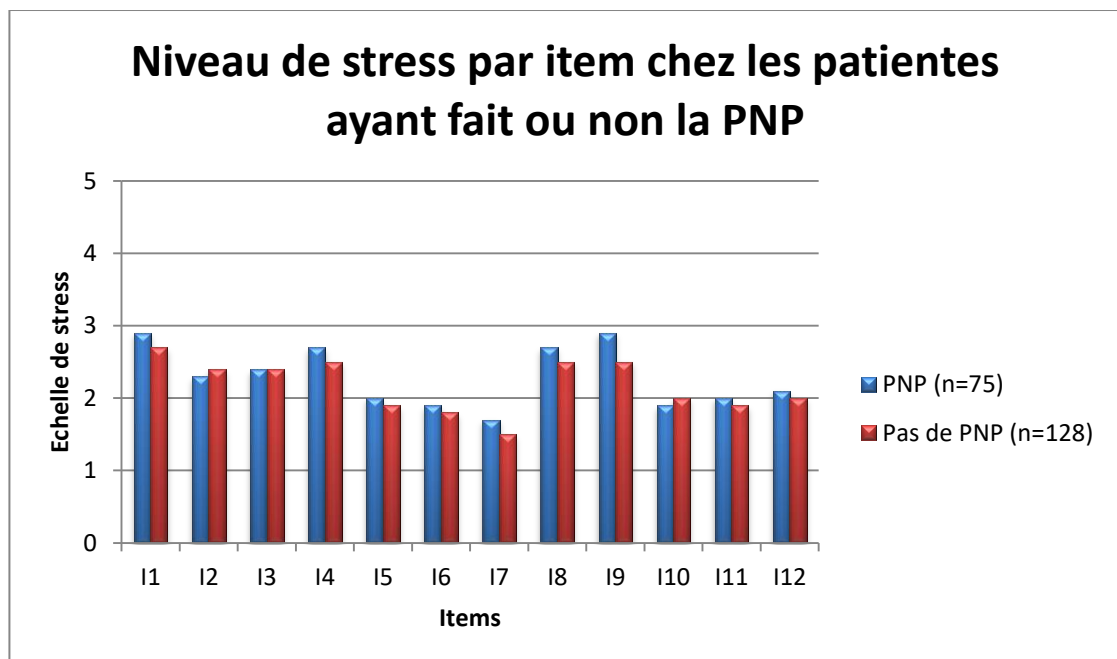
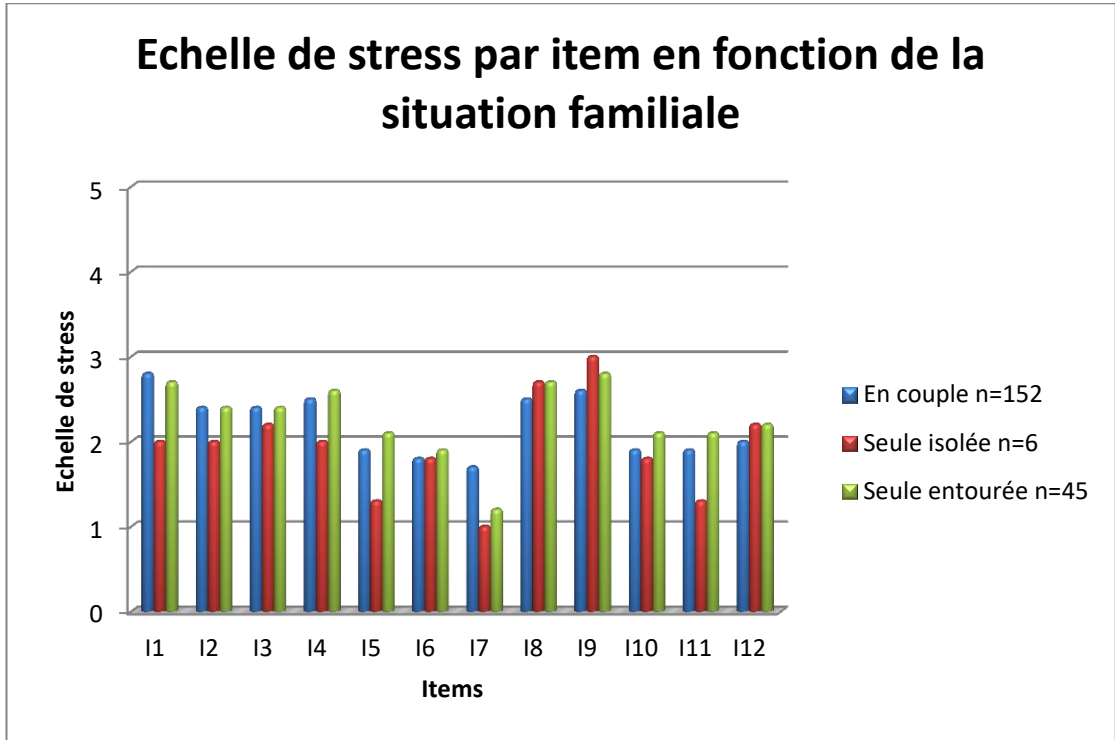


Tableau 6 : moyennes du niveau de stress par item chez les patientes ayant et n'ayant pas fait de la PNP et test de Student

Facteurs	Items	PNP	Pas de PNP	p
		n=75 Moyennes	n= 128 Moyennes	
Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus	La santé du bébé	2.9	2.7	NS
	Les examens de dépistage de la trisomie	2.3	2.4	NS
	L'échographie	2.4	2.4	NS
	Les problèmes obstétricaux ou médicaux	2.7	2.5	NS
Les changements psychosociaux liés à la grossesse	La fatigue	2.0	1.9	NS
	Mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	1.9	1.8	NS
	Ma relation avec mon partenaire	1.7	1.5	NS
	Prendre du poids pendant la grossesse	1.9	2.0	NS
	Ne pas faire ce que je pouvais faire avant	2.0	1.9	NS
Les projections vis-à-vis de l'accouchement	La perspective ou non d'une APD	2.7	2.5	NS
	Le risque d'avoir une épisiotomie	2.9	2.5	<0.05
	Le fait de ne pas connaître la date de l'accouchement	2.1	2.0	NS

Figure 4 : moyennes du niveau de stress par item en fonction de la situation familiale



ANALYSE ET DISCUSSION

1- VALIDITE DE L'ETUDE

Biais :

L'étude présente un biais de sélection sachant que nous avons étudié toutes les femmes mêmes celles ayant eu durant leur grossesse une problématique liée à l'accouchement ; exemple : menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie. De fait, cela a pu surestimer les résultats obtenus concernant l'échelle de stress.

Il existe un biais de confusion concernant le suivi des cours de PNP. Il n'a pas été demandé dans le questionnaire [annexe 1] quel type de PNP les patientes avaient suivi (classique, yoga, haptonomie...), ce qui aurait pu apporter des informations supplémentaires à l'étude. En outre, il faut noter que l'item s'intitulait « *suivez-vous des cours de préparation à la naissance ?* », et que les cours de préparation à la naissance ne sont effectués le plus souvent qu'au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse. Il se peut donc que les résultats en pourcentage aient été sous-estimés, étant donné que les patientes au premier ou au deuxième trimestre ne pouvaient déjà suivre ces cours. Il aurait été plus judicieux pour obtenir un pourcentage plus représentatif de formuler l'item de la façon suivante : « *Suivez-vous ou avez-vous l'intention de suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?* »

De plus, l'échelle APSI est basée sur une échelle de Likert à cinq degrés, ce qui est utile pour apprécier les réponses aux items questionnés, cependant, Guilbert (1990) note qu'il est facile pour une personne de prendre une position neutre en se positionnant sur le degré central. Il est possible de se demander si cela a alors pu biaiser l'étude en termes de niveau de stress perçu par les patientes.

2- CARACTERE GENERALISABLE DES RESULTATS

L'étude a été menée à Marseille, dans les deux CHU Nord et Conception, où une grande partie des femmes enceintes qui y consultent vit dans des conditions précaires (Hassler et al., 2015 ; Picon et al., 2015). Dans cette étude, il a été trouvé que 49% des patientes sont sans emploi, contre 33% des femmes dans la population générale (INSEE, 2013). Il est donc raisonnable de dire que l'étude n'est pas généralisable à l'ensemble de la population française.

Les résultats obtenus à Genève par C. Razurel utilisant l'échelle APSI diffèrent des résultats obtenus par cette étude concernant l'efficacité de la PNP dans la réduction du niveau de stress. Cette divergence de résultats pourrait provenir de la différence socio-culturelle entre les deux populations à l'étude.

Cependant, concernant les autres résultats, ils semblent en accord avec les différentes études traitant du même sujet, notamment la comparaison significative entre le niveau de stress des primipares et celui des multipares. (cf. études citées ci-dessous)

3- MISE EN PERSPECTIVE

a) Primipares et multipares confondues

L'échelle utilisée regroupe trois facteurs :

1 : les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus,

2 : les changements psychosociaux liés à la grossesse,

3 : les projections vis-à-vis de l'accouchement.

Sur toute la grossesse, le facteur 1 et le facteur 3 se démarquent du facteur 2 en termes de niveau de stress perçu [annexes II à XIII].

Concernant le facteur 1 «les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus », l'item le plus stressant pour les femmes enceintes est « la santé du bébé », avec 29.1% des patientes qui se trouvent moyennement stressées et 25.6% des patientes qui se trouvent très stressées pendant la grossesse. Nous pouvons considérer que les femmes enceintes éprouvent un stress important dès lors qu'elles se sentent moyennement stressées, donc 57.2% des patientes ressentent un stress important vis-à-vis de la santé du bébé.

Concernant ce même facteur, l'étude montre également un taux de stress important concernant l'item « les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant ma grossesse », avec 49.8% des patientes qui ressentent un stress important.

Nous pouvons en déduire que malgré tous les remaniements psychologiques et les modifications physiques liées à la grossesse, le versant médical de la grossesse comprenant la santé du bébé et les problèmes médicaux ou obstétricaux reste la préoccupation majeure des femmes enceintes pendant tout le déroulement de la grossesse. Ces résultats sont en accord avec l'étude de C. Razurel de 2013 (validation de l'échelle APSI), qui obtient un taux de stress important concernant les aspects médicaux de la grossesse et les préoccupations concernant la santé du bébé.

Concernant le facteur 3, les items ressentis comme les plus stressants sont « la perspective ou non d'une péridurale » avec 53.7% des patientes qui ressentent un stress important, ainsi que « le risque d'avoir une épisiotomie» avec 55.7% des patientes ressentant un stress important, ce qui est assez paradoxal puisque le taux d'analgésie péridurale est de 82.2% en France en 2016, et le taux d'épisiotomie, en diminution, de 20% en 2016 (INSERM, ENP 2016).

Concernant le facteur 2, le niveau de stress perçu par les patientes est faible, avec une majorité de patientes ne ressentant pas ou peu de stress. Les items « la fatigue », « mes changements d'humeur, mon hypersensibilité », « le fait de

prendre du poids pendant la grossesse », correspondent respectivement à 76.4%, 75.4% et 72.9% de patientes ressentant pas ou peu de stress pour ces items.

Concernant la santé du bébé et les aspects médicaux de la grossesse, ainsi que sur le fait de bénéficier ou non d'une péridurale, ces résultats concordent avec les résultats obtenus par l'étude de C. Razurel (2013). A ce sujet, l'auteur écrit que le « *choix d'éliminer la douleur devient une préoccupation centrale* ». Cependant, concernant les items du facteur 2 qui se sont révélés peu stressant dans l'étude ci-dessus, C. Razurel obtient dans son étude des résultats de stress important pour ces items-là. Les items « ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant », « le fait de prendre du poids pendant la grossesse », et « ne pas connaître la date d'accouchement » se révèlent être les items les plus stressants de son étude.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que d'une part dans l'étude de validation de l'échelle APSI menée par C. Razurel, la population étudiée concernait uniquement des primigestes, ce qui peut provoquer une sensibilité plus accrue vis-à-vis de ces événements. D'autre part, comme dit précédemment, il faut tenir compte des différences socio-professionnelles et culturelles des deux populations à l'étude.

Il est également intéressant de noter la fluctuation du niveau de stress entre les différents trimestres de la grossesse [annexe XIV].

En effet, lorsque l'on se concentre sur le facteur 1, on peut voir que le niveau de stress diminue légèrement mais progressivement au cours des trimestres. La moyenne du niveau de stress pour les quatre items du facteur 1 est de 2.71 pour le premier trimestre, de 2.61 pour le second trimestre, et de 2.57 pour le troisième trimestre.

Concernant le facteur 2, il y a peu d'évolution du niveau de stress au cours des différents trimestres.

Et enfin concernant le facteur 3, la moyenne du niveau de stress perçu augmente progressivement au cours des trois trimestres. Elle passe de 2.32 au premier trimestre, à 2.37 au second trimestre puis à 2.81 au troisième trimestre.

Cette fluctuation trimestrielle met en évidence le fait que les femmes enceintes sont plutôt stressées par ce qu'elles vivent au moment venu et se projette peu dans les événements futurs. Au premier trimestre, le niveau de stress est plus important pour ce qui concerne la santé du bébé, les examens de dépistage de la trisomie, alors qu'au troisième trimestre ce niveau est plus élevé pour ce qui concerne le fait d'avoir une péridurale, une épisiotomie. Leur stress évolue donc en fonction des différentes étapes où elles se trouvent.

Ces résultats peuvent susciter une réflexion accrue des professionnels de santé afin de proposer des nouvelles pistes d'action dans le but d'atténuer cette perception du stress aux moments opportuns. (cf. pages suivantes)

b) Comparaison primipares et multipares

Il a été fait une comparaison de la perception des facteurs des stress entre primipares et multipares par le test de Student [tableaux 1 à 4]. Celui-ci a montré que la totalité des résultats étaient significatifs excepté l'item « la relation avec mon partenaire » au troisième trimestre.

Les primipares ont une perception plus stressante des événements survenant pendant la grossesse en comparaison avec les multipares.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature. En effet, P. Sauvegrain (2008), explique bien que les multipares se sentent de façon générale beaucoup moins stressée que lors de leur première grossesse. Cette perception du stress plus importante pourrait s'expliquer de par l'inexpérience de la grossesse et la découverte du devenir parent.

Au vu des résultats il paraît donc légitime de supposer que la grossesse, vécue pour la première fois chez les primipares, est un événement nouveau, inconnu, accompagné de remaniements psychique et physique, qui a donc tendance à augmenter leur stress. En parallèle, chez les multipares qui ont déjà vécu cet

évènement, leur mémoire leur permet de l'appréhender une nouvelle fois avec moins de stress. Ce serait donc l'inconnu qui serait au centre du phénomène du stress.

Il semble alors important d'adapter l'accompagnement et le soutien des mères en fonction de leur parité, en prenant en considération les attentes et les besoins spécifiques de chacun. Cependant, l'entretien éducatif « par » le groupe (Riquet et al. 2017), permet de questionner le stress des primipares et valoriser l'expérience des multipares, pour garder des groupes hétérogènes, comme décrit dans les recommandations de la HAS (2005) concernant la PNP.

c) Corrélations des facteurs étudiés

La corrélation entre les différents items qui a été faite [tableaux 5 à 7], montre tout d'abord pour la globalité de la population (primipares et multipares confondues), que tous les items sont corrélés entre eux de façon très significative (avec $p < 0.001$).

Si l'intérêt se porte maintenant uniquement sur les primipares, les items ne sont pas tous corrélés entre eux.

Par exemple, l'item 2 « les examens de dépistage de la trisomie » n'est pas corrélé avec :

- « la perspective ou non d'une péridurale »
- « le risque d'avoir une épisiotomie »
- « le fait de prendre du poids pendant ma grossesse »
- « le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant »
- « le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu »

Pour les multipares, les tests de corrélations montrent plus de lien entre les items en comparaison des primipares. En effet, seul l'item « l'échographie », n'est pas corrélée avec :

- « mes changements d'humeur, mon instabilité »
- « ma relation avec mon partenaire »

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les primipares, plus stressée de manière générale que les multipares, concentrent plus leur stress sur chaque item de manière individuelle. Au contraire, les multipares sont moins stressées, mais le stress qu'elles ressentent est beaucoup plus global, et concerne l'ensemble des événements que comprend la grossesse.

Pour résumé, les résultats nous montrent que pour les primipares comme pour les multipares, la majorité des items sont liés entre eux, ce qui rappelle bien l'importance d'une approche factorielle de la grossesse et de l'accouchement, tant sur le plan médical, que sur le plan psychologique et social, et que le rôle de la sage-femme dans un accompagnement global prend tout son sens.

4- IMPLICATION DES RESULTATS EN SANTE PUBLIQUE ET PISTES D'ACTION PROPOSEES

L'étude a révélé un taux de suivi de séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité de l'ordre de 35% chez les primipares et de 31% [figure 2] chez les multipares, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale. L'Enquête Nationale Périnatale de 2016 montre que 78% des primipares ont suivi la PNP. Cette conséquente différence peut s'expliquer là encore par le niveau socio-professionnel assez bas des patientes consultant aux CHU Nord et Conception, par leur origines étrangères : Maghreb, Comores, Afrique Subsaharienne (Hassler et al., 2015), et donc une difficulté à comprendre

le français, et également par le fait que ces deux structures ne dispensent elles-mêmes pas de cours de PNP.

De plus, P. Sauvegrain (2008), dans son article qui traite sur l'accès aux séances de PNP, met en évidence que ce sont les femmes immigrées, isolées, et les femmes issus de milieux populaires qui bénéficient le moins de ces séances. Or dans notre étude, la population féminine qui consulte à l'Hôpital Nord et à la Conception a beaucoup de ces critères en commun, c'est donc pour cela que le taux de patientes ayant fait de la PNP est bien plus bas que la moyenne nationale. De plus, comme ces deux CHU ne dispensent pas elles-mêmes de la PNP, cela engendre des frais et du temps supplémentaires pour les femmes enceintes qui doivent donc se rendre chez une sage-femme libérale pour pouvoir effectuer ces séances. Il serait judicieux de mettre en place des séances de PNP dans les CHU Conception et Nord, ce qui permettrait aux femmes enceintes défavorisées et/ou vivant dans les quartiers Nord, d'avoir accès elles aussi à ces séances très bénéfiques.

Paradoxalement, notre étude a révélé que les femmes qui suivent de la PNP ne sont pas moins stressées que celles qui n'en suivent pas [figure 3 ; tableau 6], sauf pour l'item « le risque d'avoir une épisiotomie ». Le niveau de stress est significativement plus important pour cet item chez les femmes ayant suivi de la PNP. Malgré les recommandations du CNGOF de 2005 pour faire baisser ce taux d'épisiotomie (20 % d'épisiotomie en 2016 d'après l'ENP) et l'importance d'en parler en séances de PNP, cela n'est pas suffisant, d'où la nécessité d'intensifier l'information en prénatal à ce niveau-là, puisque ce taux encore élevé peut être source d'inquiétude pour les femmes enceintes.

Ces résultats concordent avec l'étude de C. Razurel (2013), qui n'a pas non plus trouvé de différence significative entre ces deux populations.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la PNP est faite peut-être trop tardivement. Comme vu précédemment, le niveau de stress varie selon les trimestres en fonction des événements passés. Il faudrait en venir à se demander donc pourquoi n'y a-t-il pas de PNP au premier et début de second

trimestre alors que le niveau de stress des femmes enceintes est réellement présent et important.

En ce qui concerne l'Entretien Périnatal Précoce (EPP), 32.40% des primipares et 29.9% des multipares de cette étude en ont eu un [figure 2], ce qui est équivalent à la moyenne nationale qui est de 28.5% (ENP, 2016). Ce taux reste toutefois assez faible et s'il augmentait, permettrait de dépister d'avantage de facteurs de vulnérabilité chez les femmes enceintes.

L'EPP a vu le jour à la suite de plusieurs décrets (décrets de périnatalité de 1998, plan périnatalité de 2005/2007, la circulaire de 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, et les recommandations de la HAS de 2005), ce qui a permis petit à petit de rendre l'EPP plus accessible et connu, et il est recommandé de le proposer à toutes les femmes enceintes. Malgré ces recommandations, il reste relativement peu proposé et peu pratiqué par les professionnels formés (Bazin A. et al., 2013). Cet EPP a un rôle très important pour apprécier l'état de santé globale de la femme enceinte, informer, orienter, écouter, transmettre les informations nécessaires, repérer les situations de vulnérabilité chez la mère, le père ainsi que le couple, établir un programme de PNP en fonction de l'attente et des besoins du couple, créer un projet de naissance.

C'est donc un entretien complet qui prend en charge la femme enceinte et le couple dans sa globalité, du versant médical jusqu'à l'aspect psychologique. Certains auteurs, pour rendre plus complet et effectif cet entretien, proposent de mettre en place un entretien post-natal qui aurait pour but de revenir sur la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, pour permettre de « *remettre en cause les pratiques et de les enrichir, afin de continuer à mettre les compétences des sages-femmes au service des femmes et des couples* » (Bazin et al., 2013). Cet entretien post-natal s'inscrirait dans une continuité de la prise en charge de la femme et du couple, et pourrait également accompagner les éventuelles dépressions du post-partum de façon plus adéquate.

C. Razurel (2016) montre dans une étude qui traite de l'impact d'un entretien pré et post-natal sur la construction de la parentalité, que cet entretien post-natal a des résultats significatifs en termes de réduction des dépressions post-natales, et permet un meilleur accompagnement de la relation mère-enfant, et complète de façon efficace l'entretien prénatal précoce. Les femmes enceintes dépistées avec un haut niveau de stress prénatal devraient être orientées vers ces deux entretiens pré et post-natal puisqu'elles sont plus à risque de développer une dépression pendant la grossesse puis pendant la période du post-partum.

Les résultats obtenus concernant la situation familiale et le niveau de stress ne concordent pas avec les données de la littérature. Il n'a pas été révélé de différence significative entre les femmes en couple, celles seules mais entourées et celles seules mais isolées [figure 4]. Toutefois la revue bibliographique de C. Razurel (2013) sur la perception du stress et le soutien social est en faveur d'une relation positive entre le soutien social et la diminution du stress périnatal.

Luc Roegiers écrit dans un article sur la prévention prénatale (2013) que « *l'humain a besoin d'un support pour mettre son petit au monde. La solitude et le dénuement matériel rendent encore plus nécessaire la présence sécurisante d'un professionnel* ». En reprenant les travaux de David Olds (1998), il insiste sur l'utilité d'un programme qui consisterait à un passage régulier de sages-femmes avant la naissance du nouveau-né, chez les femmes enceintes les plus vulnérables. Ce programme permettrait un comportement parental plus adapté, moins d'accidents, moins de risques de transmission de stress à l'enfant, plus d'autonomie. Cela leur permettrait de combler ce soutien social dont elles manquent, et pour nous, professionnels de la santé, d'évaluer leur niveau de stress et ainsi organiser le suivi pendant la grossesse.

Pour finir, même s'il existe de nombreuses échelles pour évaluer le niveau de stress prénatal des femmes enceintes, elles ne sont pas toujours

efficientes et interprétables pour l'ensemble des femmes enceintes (cf. introduction). L'échelle APSI a comme avantage d'être utilisable pendant toute la durée de la grossesse, et prend en compte les principaux aspects de la grossesse (médical obstétrical, psychologique, social). Il serait intéressant de tester cette échelle à l'ensemble de la population française pendant la grossesse pour dépister les femmes enceintes les plus à-mêmes de développer une dépression périnatale, et ainsi les aider à trouver des solutions pour réduire ce stress et appréhender de façon plus sereine cet évènement.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude ont montré que la grossesse est un événement réellement stressant pour les femmes enceintes. Celles-ci ressentent en majorité un stress important concernant la santé du bébé, et les risques médicaux et obstétricaux qu'il existe. Cela met en lumière qu'il est nécessaire d'accompagner de façon plus optimale les femmes enceintes pendant leur grossesse, en insistant sur les facteurs de stress les plus importants. En effet, il a été montré, par de nombreuses études, les effets néfastes que pouvait provoquer le stress pendant la grossesse, sur la santé du fœtus, du nouveau-né, et du futur adulte, ainsi que sur le vécu du post-partum chez la future mère, notamment un risque accru de dépression. C'est en prenant en compte cela, que le rôle des sages-femmes prend tout son sens, en accompagnant au mieux les femmes enceintes, en dépistant, grâce au questionnaire présenté basé sur l'échelle APSI, celles qui sont le plus à risque de vulnérabilité, pour ainsi les orienter au mieux et planifier le restant de la grossesse et des suites de couches au plus proche de leur besoin. Cette échelle APSI apparaît comme un outil efficace pour une prise en charge émotionnelle et psychologique des femmes enceintes.

Il est ressorti également de cette étude une différence significative de stress entre les primipares et les multipares, ce qui incite à différencier l'information donnée aux femmes enceintes en période prénatal en fonction de leur parité, mais également à utiliser l'expérience des multipares pour rassurer les primipares en séance de PNP collective. Ces séances de PNP devraient pour être d'avantage efficace, débuter dès le premier trimestre de la grossesse, puisque elles ressentent un niveau de stress important dès le début de la grossesse, notamment en ce qui concerne l'échographie, la santé du bébé ainsi que le dépistage de la trisomie.

Une écoute empathique ainsi qu'un accompagnement ciblé sont les principaux soins à offrir aux femmes enceintes. Une instauration de séances de PNP dès le premier trimestre de la grossesse sur le Gynépôle de Marseille devrait permettre d'offrir aux femmes enceintes de meilleurs outils pour gérer leur grossesse et leur anxiété. Cette disposition simple et efficace prodiguée par les sages-femmes pourrait permettre de diminuer les taux de stress et d'anxiété et de prévenir l'apparition d'une dépression post-natale.

TABLE DES MATIERES

Remerciements

Sommaire

Introduction à l'étude p.1

Matériels et méthode.....p.5

- 1- Question de recherche
- 2- Objectifs de l'étude
- 3- Type, lieu et durée de l'étude
- 4- Population à l'étude.....p.6
- 5- Réalisation du questionnaire
- 6- Outil de recueil de données et outils statistiques.....p.7

Résultats.....p.8

- 1- Description de la population étudiée
- 2- Résultats principaux de l'étude.....p.9
- 3- Résultats secondaires de l'étude.....p.22

Analyse et discussion.....p.25

- 1- Validité de l'étude
- 2- Caractère généralisable des résultats.....p.26
- 3- Mise en perspective
 - a) Primipares et multipares confondues
 - b) Comparaison primipares et multipares.....p.29
 - c) Corrélations des facteurs étudiés.....p.30
- 4- Implication des résultats en santé publique et pistes d'action proposées.....p.31

Conclusion.....p.36

Table des matières

Bibliographie

Annexes

- Annexe I : Questionnaire de l'étude basé sur l'échelle APSI
- Annexe II à XIII : Résultats descriptifs basés sur l'échelle APSI
- Annexe XIV : Moyennes du niveau de perception des facteurs de stress prénatal par trimestre

BIBLIOGRAPHIE

- **BAZIN A., GASC C., MERGRET C. & Guillaume S.** (2013). L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. *Spirale*, 66,(2), 163-175. doi:10.3917/spi.066.0163.
- **BYDLOWSKI M.** (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, puf, coll. « Le fil rouge »
- **CNGOF** (2005). *Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie.* Site Web, http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM, consulté le 05/02/2018
- **COHEN S, KAMARCK T, MERMELSTEIN R** (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior* 24: p.385–396
- **CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES.** *Les compétences des sages-femmes*, Site Web, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>, consulté le 12/01/2018
- **DA COSTA Deborah Ph.D., LAROUCHE Julie M., DRITSA Maria M.Ed., BRENDERWILLIAM Ph.D.** (2000). "Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood". *Journal of Affective Disorders*, 59 (2000) p.31–40
- **FIELD Tiffany, DIEGO Miguel, DIETER a John, HERNANDEZ-REIF Maria, SCHANBERG Saul, KUHN Cynthia, YANDO Regina, BENDELL Debra** (2005). "Prenatal depression effects on the fetus and the newborn", *Infant Behavior & Development* 27 (2004) p.216–229

- **GALLOIS T., WENDLAND J., TORDJMAN S.** (2009) « Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature », *L'évolution psychiatrique* 77 (2012) p.291–301
- **GRAIGNIC-PHILIPPE R., TORDJMAN S.** (2009). Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Sciences direct.* 2009;16: p1355-1363
- **GRAIGNIC-PHILIPPE R., TORDJMAN S., GRANIER-DEFERRE C., RIBEIRO A., JACQUET AY, COHEN-SALMON C., FORTES S. GERARDIN P.** (2005) « Revue de la littérature le stress prénatal : état de la question et perspectives ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 53 (2005) 54–61
- **GREEN JM, KAFETSIOS K, STATHAM HE, ET AL.** (2003) “Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population”, *Journal of Health Psychology* 8: p.753–764
- **GUILBERT.J-J** (1990), « Guide pédagogique pour les personnels de santé». *Collection OMS Publ. Offset*, n°35, Genève 6ème édition. 708 pages
- **HASSLER P., RIQUET S., D'ERCOLE C., BOUBLI L., CARCOPINO X.** (2015). « Evaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III », *Vocation Sage-femme*, 2015; 113(4): p.25-30
- **HAUTE AUTORITE DE SANTE** (2005), *Recommandations professionnelles : comment mieux informer les femmes enceintes ?* 1ère édition. PDF http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf, consulté le 05/02/2018
- **HUIZINK AC, MULDER EJ, BUITELAAR JK** (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychol Bull* 2004; 130:115–42

- **INSEE** (2013). *Le taux d'emploi des hommes et des femmes*, Site Web, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281064>, consulté le 20/02/2018
- **INSERM et DREES** (2017). *Enquête Nationale Périnatale, Synthèse du rapport 2016*. PDF, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-enp2017.pdf>, consulté le 10/10/2017
- **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE** (1998). Décret de périnatalité, pdf.
- **LAROUSSE** : définition stress
- **LAROUSSE**, Éditions. « Encyclopédie Larousse en ligne - stress », <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/stress/16296>, consulté le 20/02/2018
- **MÖHLER Eva, PARZER Peter, BRUNNER Romuald, WIEBEL Angelika, RESCH Franz** (2006), Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Human Development* (2006) 82, p.731—737
- **MULDER E. J. H. , ROBLES DE MEDINA P. G., HUIZINK A. C., VAN DEN BERGH B. R. H. , BUITELAAR J. K., VISSER G. H. A.** (2002). Review, prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70, (2002), p.3-14
- **O'CONNOR TG, HERON J, GOLDING J, et al.**(2002) Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *Br J Psychiatry* 2002;180:502–8
- **OLDS David, Ph.D., HILL Peggy, RUMSEY Elissa** (1998). Prenatal and Early Childhood Nurse Home Visitation. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, PDF, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172875.pdf>, consulté le 05/02/2018
- **PELLOUX A.** (2011). Une demande qui devient ordinaire ou devrait le devenir Pourquoi les soins psychiques en périnatalité sont-ils nécessaires ? *Enfances & Psy*, 52,(3), 38-48. doi:10.3917/ep.052.0038

- **PICON J., COLLET I.** (2015). « Qui sont les marseillais ? Radioscopie des habitants », *Regards de l'AGAM*, 28, p.1-12
- **PLAN PERINATAL 2005-2007:** humanité, proximité, sécurité, qualité. PDF. http://www.medical78.com/nat_plan_perinate.pdf, consulté le 05/02/2018
- **RAZUREL Chantal, ANTONIETTI Jean-Philippe, RULFI Françoise, PASQUIER Nadia, DOMINGUES-MONTANARI Sophie, DARWICHE Joëlle** (2017). « The impact of pre- and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood”, *Arch Women Ment Health*, DOI 10.1007/s00737-017-0720-2
- **RAZUREL Chantal, KAISER Barbara, DUPUIS Marc, ANTONIETTI Jean-Philippe, CITHERLET Catherine, EPINEY Manuella and SELLENET Catherine** (2014). « Validation of the antenatal perceived stress inventory », *Journal of Health Psychology*, 19, 471, p.471-481, DOI: 10.1177/1359105312473785
- **RAZUREL C. MSc , KAISER Barbara PhD , SELLENET Catherine PhD & EPINEY Manuela MD** (2013). “Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Coping Strategies and Maternal Well-Being: A Review of the Literature”, *Women & Health*, 53, 1, p.74-99, DOI: 10.1080/03630242.2012.732681
- **RIGHETTI-VELTEMA Marion, CONNE-PERREARD Élisabeth, BOUSQUET Arnaud, MANZANO Juan.** « Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum ». *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): p. 513-41. <https://doi.org/10.3917/psy.492.0513>
- **RIQUET ET AL.** (2017). Management et dynamique de groupe. [pdf]
- **ROEGIERS Luc** (2013), « Quelle prévention prénatale ? » *Spirale* 2013/2 (N° 66), p. 93-99. DOI 10.3917/spi.066.0091

- **SAUVEGRAIN Priscille.** « Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? » *Spirale*, n° 47 (2008): p.167-78, <https://doi.org/10.3917/spi.047.0167>
- **SCALLON.G** (2007) « L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences ». *De Boek éditions* 2ème édition, Canada. 346 pages.
- **SEGUIN L, Potvin L, ST-DENIS M, LOISELLE J.** (1999). "Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study", *Women Health* 1999; 29(1): p.57–72
- **STOTT DH.** (1973) "Follow-up study from birth of the effects of prenatal stresses". *Developmental Medicine and Child Neurology*,1973;15:770–p.87
- **WURMSER Harald, RIEGER Margarete, DOMOGALLA Caroline, KAHNT Anja, BUCHWALD Janine, KOWATSCH Marianne, KUEHNERT Natascha, BUSKE-KIRSCHBAUM Angelika, PAPOUSEK Mechthild, PIRKE Karl-Martin, VON VOSS Hubertus** (2006). Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Early Human Development* (2006) 82, p.341—349, consulté sur Sciences Direct
- **YALI AM AND LOBEL M** (1999). "Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* , 20: p.39–52

ANNEXE 1

Bonjour Madame,

Je suis étudiante sage-femme en 4^e année de formation à l'école de Marseille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur le stress perçu par les femmes enceintes pendant la période prénatale.

Je sollicite donc votre participation pour répondre à ce questionnaire recto/verso qui ne vous prendra que 5 minutes de votre temps. Ce questionnaire est anonyme.

Vous pourrez ensuite rendre ce questionnaire à votre sage-femme ou votre médecin.

Merci d'avance de votre participation, et bonne continuation pour votre grossesse !

- **Quel est votre âge :** _____
- **C'est votre :** (entourez la réponse)
 - 1^e grossesse
 - 2^e grossesse ou plus
- Avez-vous des **antécédents de fausses couches, de mort fœtale in utero** (avez-vous déjà perdu un bébé), ou une **interruption médicale de grossesse** ? (entourez la réponse)
 - Oui
 - Non
- **Votre grossesse actuelle est :** (entourez la réponse)
 - Simple (vous attendez un seul bébé)
 - Multiple (vous attendez des jumeaux ou plus)
- **A quel terme de la grossesse êtes-vous ?** (entourez la réponse)
 - 1^e trimestre (Entre 0 SA et 14 SA)
 - 2^e trimestre (Entre 15 SA et 28 SA)
 - 3^e trimestre (Entre 29 SA et 42 SA)

→ Vous pouvez demander à votre sage-femme/médecin si vous ne savez pas.
- Avez-vous rencontré lors de cette grossesse une **pathologie** liée à la **grossesse : Menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, autres...** (Entourez la réponse)
 - Oui
 - Non
- **Actuellement vous vivez :** (entourez la réponse)
 - En couple
 - Seule et isolée
 - Seule mais entourée par des proches
- Avez-vous eu un **entretien prénatal précoce** (entretien du 4^e mois) avec une sage-femme : (entourez la réponse)
 - Oui
 - Non
- Suivez-vous **des cours de préparation à la naissance** : (entourez la réponse)
 - Oui
 - Non
- **Quelle est votre activité :** (entourez la réponse)
 - Sans emploi
 - A la recherche d'un emploi
 - Actuellement, vous travaillez encore
 - Etudiante ou en formation
 - En arrêt de travail en lien avec le congé maternité

Merci de remplir le questionnaire en tournant la page →

Echelle de stress perçu pour les femmes pendant la grossesse (APSI)

« Cochez par une X les réponses dans le tableau »

Voici une liste des soucis et d'inquiétudes qui peuvent vous stresser pendant votre grossesse.

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 Moyenne- ment stressée	4 Très stressée	5 Enorme- ment stressée
1... la santé du bébé					
2... les examens de dépistage de la trisomie					
3... l'échographie					
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)					
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité					
7... ma relation avec mon partenaire					
8... la perspective ou non d'une péridurale					
9... le risque d'avoir une épisiotomie					
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse					
11... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport...)					
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu					

Merci de votre participation !

ANNEXE II

Sur la totalité de la grossesse (primipares et multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N = 203</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennem ent stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	27 (13.3%)	60 (29.6%)	59 (29.1%)	52 (25.6%)	5 (2.5%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	61 (30%)	60 (29.6%)	31 (15.3%)	48 (23.6%)	3 (1.5%)
3... l'échographie	57 (28.1%)	58 (28.6%)	42 (20.7%)	43 (21.2%)	3 (1.5%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	37 (18.2%)	65 (32%)	60 (29.6%)	36 (17.7%)	5 (2.5%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	86 (42.4%)	69 (34%)	26 (12.8%)	20 (9.9%)	2 (1.0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	96 (47.3%)	59 (29.1%)	34 (16.7%)	12 (5.9%)	2 (1.0%)
7... ma relation avec mon partenaire	129 (63.5%)	41 (20.2%)	22 (10.8%)	9 (4.4%)	2 (1.0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	78 (38.4%)	70 (34.5%)	44 (21.7%)	8 (3.9%)	3 (1.5%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	91 (44.8%)	52 (25.6%)	49 (24.1%)	11 (5.4%)	1 (0.5%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	46 (22.7%)	48 (23.6%)	61 (30%)	44 (21.7%)	4 (2.0%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	40 (19.7%)	50 (24.6%)	54 (26.6%)	54 (26.6%)	5 (2.5%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	85 (41.9%)	51 (25.1%)	39 (19.2%)	27 (13.3%)	1 (0.5%)

Tableau 1 : résultats descriptifs sur toute la grossesse basés sur l'échelle APSI, primipares et multipares confondues

ANNEXE III

Sur la totalité de la grossesse (primipares)					
<i>Résultats en N et %</i> N = 72	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennemen t stressée	4 Très stressée	5 Enormém ent stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	6 (8.3%)	4 (5.6%)	20 (27.8%)	39 (54.2%)	3 (4.2%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	10 (13.9%)	14 (19.4%)	13 (18.1%)	34 (47.2%)	1 (1.4%)
3... l'échographie	9 (12.5%)	7 (9.7%)	19 (26.4%)	35 (48.6%)	2 (2.8%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	5 (6.9%)	7 (9.7%)	27 (37.5%)	28 (38.9%)	5 (6.9%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	10 (13.9%)	29 (40.3%)	17 (23.6%)	16 (22.2%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	13 (18.1%)	28 (38.9%)	21 (29.2%)	10 (13.9%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	30 (41.7%)	16 (22.2%)	17 (23.6%)	8 (11.1%)	1 (1.4%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	5 (6.9%)	28 (38.9%)	36 (50%)	2 (2.8%)	1 (1.4%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	9 (12.5%)	22 (30.6%)	31 (43.1%)	9 (12.5%)	1 (1.4%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	5 (6.9%)	4 (5.6%)	28 (38.9%)	33 (45.8%)	2 (2.8%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	3 (3.4%)	7 (9.7%)	22 (30.6%)	38 (52.8%)	2 (2.8%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	9 (12.5%)	20 (27.8%)	21 (29.2%)	22 (30.6%)	0 (0%)

Tableau 2 : résultats descriptifs sur toute la grossesse basés sur l'échelle APSI primipares

ANNEXE IV

Sur la totalité de la grossesse (multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N = 131</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyenneme nt stressée	4 Très stressée	5 Enormém ent stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	21 (16%)	56 (42.7%)	39 (29.8%)	13 (9.9%)	2 (1.5%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	51 (38.9%)	46 (35.1%)	18 (13.7%)	14 (10.7%)	2 (1.5%)
3... l'échographie	48 (36.6%)	51 (38.9%)	23 (17.6%)	8 (6.1%)	1 (0.8%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	32 (24.4%)	58 (44.3%)	33 (25.2%)	8 (6.1%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	76 (58%)	40 (30.5%)	9 (6.9%)	4 (3.1%)	2 (1.5%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	83 (63.4)	31 (23.7%)	13 (9.9%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)
7... ma relation avec mon partenaire	99 (75.6%)	25 (19.1%)	5 (3.8%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	73 (55.7%)	42 (32.1%)	8 (6.1%)	6 (4.6%)	2 (1.5%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	81 (61.8%)	30 (22.9%)	18 (13.7%)	2 (1.5%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	41 (31.3%)	44 (33.6%)	33 (25.2%)	11 (8.4%)	2 (1.5%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	37 (28.2%)	43 (32.8%)	32 (24.4%)	16 (12.2%)	3 (2.3%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	76 (58%)	31 (23.7%)	18 (13.7%)	5 (3.8%)	1 (0.8%)

Tableau 3 : résultats descriptifs sur toute la grossesse basés sur l'échelle APSI multipares

ANNEXE V

Sur T1 (primipares et multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N = 49</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennemen t stressée	4 Très stressée	5 Enormém ent stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	3 (6.1%)	17 (34.7%)	11 (22.4%)	18 (36.7%)	0 (0%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	9 (18.4%)	17 (34.7%)	6 (12.2%)	17 (34.7%)	0 (0%)
3... l'échographie	11 (22.4%)	14 (28.6%)	7 (14.3%)	17 (34.7%)	0 (0%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	7 (14.3%)	13 (26.5%)	15 (30.6%)	14 (28.6%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	19 (38.8%)	16 (32.7%)	11 (22.4%)	3 (6.1%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	18 (36.7%)	20 (40.8%)	10 (20.4%)	1 (2.0%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	29 (59.2%)	10 (16.3%)	8 (16.3%)	2 (4.1%)	0 (0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	14 (28.6%)	21 (42.9%)	11 (22.4%)	3 (6.1%)	0 (0%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	19 (38.8%)	13 (26.5%)	13 (26.5%)	4 (8.2%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	11 (22.4%)	13 (26.5%)	16 (32.7%)	9 (18.4%)	0 (0%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	10 (20.4%)	13 (26.5%)	17 (34.7%)	9 (18.4%)	0 (0%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	21 (42.9%)	14 (28.6%)	7 (14.3%)	7 (14.3%)	0 (0%)

Tableau 4 : résultats descriptifs à T1 basés sur l'échelle APSI primipares et multipares confondues

ANNEXE VI

Sur T1 (primipares)					
<i>Résultats en N et %</i>	1	2	3	4	5
<i>N=20</i>	Pas du tout stressée	Un peu stressée	Moyennement stressée	Très stressée	Enormément stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	14 (70%)	0 (0%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	0 (0%)	4 (20%)	3 (15%)	13 (65%)	0 (0%)
3... l'échographie	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	14 (70%)	0 (0%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	1 (5%)	0 (0%)	8 (40%)	11 (55%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	3 (15%)	5 (25%)	9 (45%)	3 (15%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	2 (10%)	10 (50%)	7 (35%)	1 (5%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	7 (35%)	4 (20%)	7 (35%)	2 (10%)	0 (0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	0 (0%)	8 (40%)	11 (55%)	1 (5%)	0 (0%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	2 (10%)	6 (30%)	8 (40%)	4 (20%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	1 (5%)	2 (10%)	10 (50%)	7 (35%)	0(0%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	1 (5%)	2 (10%)	11 (55%)	6 (30%)	0 (0%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	3 (15%)	6 (30%)	5 (25%)	6 (30%)	0 (0%)

Tableau 5 : résultats descriptifs à T1 basés sur l'échelle APSI primipares

ANNEXE VII

Sur T1 (multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N=29</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennemen t stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	2 (6.9%)	16 (55.2%)	7 (24.1%)	4 (13.8%)	0 (0%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	9 (31%)	13 (44.8%)	3 (10.3%)	4 (13.8%)	0 (0%)
3... l'échographie	9 (31%)	12 (41.4%)	5 (17.2%)	3 (10.3%)	0 (0%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	6 (20.7%)	13 (44.8%)	7 (24.1%)	3 (10.3%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	16 (55.2%)	11 (37.9%)	2 (6.9%)	0 (0%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	16 (55.2%)	10 (34.5%)	3 (10.3%)	0 (0%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	22 (75.9%)	6 (20.7%)	1 (3.4%)	0 (%)	0 (0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	14 (48.3%)	13 (44.8%)	0 (0%)	2 (6.9%)	0 (0%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	17 (58.6%)	7 (24.1%)	5 (17.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	10 (34.5%)	11 (37.9%)	6 (20.7%)	2 (6.9%)	0 (0%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	9 (31%)	11 (37.9%)	6 (20.7%)	3 (10.3%)	0 (0%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	18 (62.1%)	8 (27.6%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	0 (0%)

Tableau 6 : résultats descriptifs à T1 basés sur l'échelle APSI multipares

ANNEXE VIII

Sur T2 (primipares et multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N=74</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennem ent stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	10 (13.5%)	23 (31.1%)	22 (29.7%)	17 (23%)	1 (1.4%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	19 (25.7%)	21 (28.4%)	16 (21.6%)	17 (23%)	1 (1.4%)
3... l'échographie	18 (24.3%)	21 (28.4%)	21 (28.4%)	13 (17.6%)	1 (1.4%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	10 (13.5%)	29 (39.2%)	21 (28.4%)	11 (14.9%)	3 (4.1%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	32 (43.2%)	27 (36.5%)	7 (9.5%)	8 (10.5%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	30 (40.5%)	21 (28.4%)	16 (21.6%)	7 (9.5%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	43 (58.1%)	13 (17.6%)	10 (13.5%)	7 (9.5%)	1 (1.4%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	30 (40.5%)	25 (33.8%)	15 (20.3%)	2 (2.7%)	2 (2.7%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	29 (39.2%)	19 (25.7%)	22 (29.7%)	3 (4.1%)	1 (1.4%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	16 (21.6%)	20 (27%)	23 (31.1%)	14 (18.9%)	1 (1.4%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	16 (21.6%)	19 (25.7%)	19 (25.7%)	19 (25.7%)	1 (1.4%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	29 (39.2%)	22 (29.7%)	15 (20.3%)	8 (10.8%)	0 (0%)

Tableau 7 : résultats descriptifs à T2 basés sur l'échelle APSI primipares et multipares confondues

ANNEXE IX

Sur T2 (primipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N=29</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennem ent stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	3 (10.3%)	2 (6.9%)	8 (27.6%)	15 (51.7%)	1 (3.4%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	4 (13.8%)	5 (17.2%)	6(20.7%)	13 (44.8%)	1 (3.4%)
3... l'échographie	4(13.8%)	0 (0%)	13 (44.8%)	11 (37.9%)	1 (3.4%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	3 (10.3%)	4 (13.8%)	8 (27.6%)	11 (37.9%)	3 (10.3%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	4 (13.8%)	13 (44.8%)	4 (13.8%)	8 (27.6%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	5 (17.2%)	9 (31%)	9 (31.0%)	6 (20.7%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	10 (34.5%)	6 (20.7%)	6 (20.7%)	6 (20.7%)	1 (3.4%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	5 (17.2%)	10 (34.5%)	13 (44.8%)	0 (0%)	1 (3.4%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	4 (13.8%)	6 (20.7%)	15 (51.7%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	3 (10.3%)	1 (3.4%)	12 (41.4%)	12 (41.4%)	1 (3.4%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	2 (6.9%)	3 (10.3%)	7 (24.1%)	17 (58.6%)	0 (0%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	5 (17.2%)	9 (31.0%)	9 (31%)	6 (20.7%)	0 (0%)

Tableau 8 : résultats descriptifs à T2 basés sur l'échelle APSI primipares

ANNEXE X

Sur T2 (multipares)					
<i>Résultats en N et %</i>	1	2	3	4	5
<i>N=45</i>	Pas du tout stressée	Un peu stressée	Moyennement stressée	Très stressée	Enormément stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	7 (15.6%)	21 (46.7%)	14 (31.1%)	2 (4.4%)	1 (2.2%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	15 (33.3%)	16 (35.6%)	10 (22.2%)	4 (8.9%)	0 (0%)
3... l'échographie	14 (31.1%)	21 (46.7%)	8 (17.8%)	2 (4.4%)	0 (0%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	7 (15.6%)	25 (55.6%)	13 (28.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	28 (62.2%)	14 (31.1%)	3 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	25 (55.6%)	12 (26.7%)	7 (15.6%)	1 (2.2%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	33 (73.3%)	7 (15.6%)	4 (8.9%)	1 (2.2%)	0 (0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	25 (55.6%)	15 (33.3%)	2 (4.4%)	2 (4.4%)	1 (2.2%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	25 (55.6%)	13 (28.9%)	7 (15.6%)	0 (0%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	13 (28.9%)	19 (42.2%)	11 (24.4%)	2 (4.4%)	0 (0%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	14 (31.1%)	16 (35.6%)	12 (26.7%)	2 (4.4%)	1 (2.2%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	24 (53.3%)	13 (28.9%)	6 (13.3%)	2 (4.4%)	0 (0%)

Tableau 9 : résultats descriptifs à T2 basés sur l'échelle APSI multipares

ANNEXE XI

Sur T3 (primipares et multipares)					
<i>Résultats en N et %</i> <i>N=80</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyennem ent stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	14 (17.5%)	20 (25%)	26 (32.5%)	17 (21.3%)	3 (3.8%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	33 (41.3%)	22 (27.5%)	9 (11.3%)	14 (17.5%)	2 (2.5%)
3... l'échographie	28 (35%)	23 (28.8%)	14 (17.5%)	13 (16.3%)	2 (2.5%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	20 (25%)	23 (28.8%)	24 (30%)	11 (13.8%)	2 (2.5%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	35 (43.8%)	26 (32.5%)	8 (10%)	9 (11.3%)	2 (2.5%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	48 (60%)	18 (22.5%)	8 (10%)	4 (5%)	2 (2.5%)
7... ma relation avec mon partenaire	57 (71.3%)	18 (22.5%)	4 (5%)	0 (0%)	1 (1.3%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	34 (42.5%)	24 (30%)	18 (22.5%)	3 (3.8%)	1 (1.3%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	42 (52.5%)	20 (25%)	14 (17.5%)	4 (5%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	19 (23.8%)	15 (18.8%)	22 (27.5%)	21 (26.3%)	3 (3.8%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	14 (17.5%)	18 (22.5%)	18 (22.5%)	26 (32.5%)	4 (5%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	35 (43.8%)	15 (18.8%)	17 (21.3%)	12 (15%)	1 (1.3%)

Tableau 10 : résultats descriptifs à T3 basés sur l'échelle APSI primipares et multipares confondues

ANNEXE XII

Sur T3 (primipares)					
<i>Résultats en N et %</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyenneme nt stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
<i>N=23</i>	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	2 (8.7%)	1 (4.3%)	8 (34.8%)	10 (43.5%)	2 (8.7%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	6 (26.1%)	5 (21.7%)	4 (17.4%)	8 (34.8%)	0 (0%)
3... l'échographie	3 (13%)	5 (21.7%)	4 (17.4%)	10 (43.5%)	1 (4.3%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	1 (4.3%)	3 (13%)	11 (47.8%)	6 (26.1%)	2 (8.7%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	3 (13%)	11 (47.8%)	4 (17.4%)	5 (21.7%)	0 (0%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	6 (26.1%)	9 (39.1%)	5 (21.7%)	3 (13%)	0 (0%)
7... ma relation avec mon partenaire	13 (56.5%)	6 (26.1%)	4 (17.4%)	0 (0%)	0 (0%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	0 (0%)	10 (43.5%)	12 (52.2%)	1 (4.3%)	0 (0%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	3 (13%)	10 (43.5%)	8 (34.8%)	2 (8.7%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	1 (4.3%)	1 (4.3%)	6 (26.1%)	14 (60.9%)	1 (4.3%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	0 (0%)	2 (8.7%)	4 (17.4%)	15 (65.2%)	2 (8.7%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	1 (4.3%)	5 (21.7%)	7 (30.4%)	10 (43.5%)	0 (0%)

Tableau 11 : résultats descriptifs à T3 basés sur l'échelle APSI primipares

ANNEXE XIII

Sur T3 (multipares)					
<i>Résultats en N et %</i>	1 Pas du tout stressée	2 Un peu stressée	3 Moyenneme nt stressée	4 Très stressée	5 Enorméme nt stressée
<i>N=57</i>	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)	N et (%)
Facteur 1 : Les risques médicaux et obstétricaux et la santé du fœtus					
1... la santé du bébé	12 (21.1%)	19 (33.3%)	18 (31.8%)	7 (12.3%)	1 (1.8%)
2... les examens de dépistage de la trisomie	27 (47.4%)	17 (29.8%)	5 (8.8%)	6 (10.5%)	2 (3.5%)
3... l'échographie	25 (43.9%)	18 (31.6%)	10 (17.5%)	3 (5.3%)	1 (1.8%)
4... les problèmes obstétricaux ou médicaux que je peux rencontrer pendant la grossesse	19 (33.3%)	20 (35.1%)	13 (22.8%)	5 (8.8%)	0 (0%)
Facteur 2 : Les changements psychosociaux liés à la grossesse					
5... la fatigue (actuelle)	32 (56.1%)	15 (26.3%)	4 (7%)	4 (7.0%)	2 (3.5%)
6... mes changements d'humeur, mon hypersensibilité	42 (73.7%)	9 (15.8%)	3 (5.3%)	1 (1.8%)	2 (3.5%)
7... ma relation avec mon partenaire	44 (77.2%)	12 (21.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.8%)
10... le fait de prendre du poids pendant la grossesse	34 (59.6%)	14 (24.6%)	6 (10.5%)	2 (3.5%)	1 (1.8%)
11... le fait de ne pas pouvoir faire actuellement ce que je faisais avant (fumer, boire, sortir, voyager, sport,...)	39 (68.4%)	10 (17.5%)	6 (10.5%)	2 (3.5%)	0 (0%)
Facteur 3 : Les projections vis-à-vis de l'accouchement					
8... la perspective ou non d'une péridurale	18 (31.6%)	14 (24.6%)	16 (28.1%)	11 (12.3%)	2 (3.5%)
9... le risque d'avoir une épisiotomie	14 (24.6%)	16 (28.1%)	14 (24.6%)	7 (19.3%)	2 (3.5%)
12... le fait de ne pas connaître la date à laquelle l'accouchement aura lieu	34 (59.6%)	10 (17.5%)	10 (17.5%)	2 (3.5%)	1 (1.8%)

Tableau 12 : résultats descriptifs à T3 basés sur l'échelle APSI multipares

ANNEXE XIV

Tableau 13 : Evaluation du niveau de perception des facteurs de stress prénatal des femmes enceintes par trimestre de grossesse

Résumé

Introduction : La grossesse est une période de vulnérabilité et de remaniements psychologiques qui peut entraîner un accroissement du stress. D'après de nombreuses études il a été prouvé que le stress avait des effets néfastes sur le fœtus, nouveau-né et futur adulte et provoquait des risques accrus de dépression du post-partum. Peu d'études s'attardent cependant sur le niveau de stress réel perçu par les femmes enceintes ainsi que son origine.

Objectifs : Evaluer le niveau de perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes consultant au Gynépôle de Marseille. Les sous objectifs étant de comparer le niveau de perception des facteurs de stress prénatal entre les primipares et les multipares, d'identifier la différence de niveau de perception des facteurs entre les trois trimestres de la grossesse et d'évaluer la corrélation des facteurs entre eux.

Matériels et méthode : Une étude descriptive, comparative a été menée par questionnaire utilisant l'échelle de stress perçu pour les femmes enceintes APSI (Razurel et al. 2013). Les deux groupes étudiés étaient les femmes enceintes primipares et multipares consultant au Gynépôle de Marseille.

Résultats : L'étude a montré un niveau de stress important pour les facteurs concernant la santé du bébé et les problèmes médicaux et obstétricaux pouvant survenir pendant la grossesse, ainsi que sur les événements liés à l'accouchement (péridurale, épisiotomie, date d'accouchement). Il a également été montré que les primipares sont plus stressées de manière significative ($p < 0.001$) pour chaque item. Les items sont tous corrélés de façon très significative pour les primipares et multipares confondus.

Conclusion : La grossesse génère un stress important chez les primipares comme chez les multipares, mais ce stress est accentué chez les primipares du fait de la nouveauté de l'évènement. Les résultats sont en faveur d'une mise en place d'un accompagnement plus adéquat des femmes enceintes sur le plan émotionnel, par l'instauration de séances de PNP dès le premier trimestre de la grossesse sur le Gynépôle de Marseille, ainsi qu'une planification individuelle du suivi de grossesse chez les femmes les plus stressés selon l'échelle APSI.

Abstract:

Introduction: Pregnancy is a period of psycho-emotional vulnerability which may increase the level of stress of pregnant women. Many studies show that prenatal stress has harmful effects on the fetus, the child, and the future adult, and can increase the risk of developing postpartum depression.

Aims: To assess the level of prenatal stress of pregnant women consulting at the CHU of Marseille. Secondary goals: to compare stress factor perception between primiparous and multiparous women, to compare the level of stress between the three trimesters of pregnancy and to evaluate the correlation between those factors.

Materials and methods: A descriptive, comparative study was carried out through a questionnaire using the antenatal perceived stress inventory APSI (Razurel et al. 2013). The two study groups were primiparous and multiparous women consulting at the Gynépôle.

Results: Results show a high level of stress for the items regarding the baby's health, the obstetric or medical problems that can occur during pregnancy, and the items regarding the events of the delivery (epidural, episiotomy, delivery date). The study shows as well, that the primiparous women are much more stressed during pregnancy than the multiparous, and that the items are all significantly correlated.

Conclusion: Pregnancy leads to a high level of stress, especially for primiparous women who experience it for the first time. Results are in favor of creating a better caring for these women, by installing prenatal preparation for birth and childhood at the CHU of Marseille, at the very beginning of pregnancy, as well as a personal follow-up during the pregnancy for women who feel the most stressed, according to the APSI scale.