



HAL
open science

Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille

Élodie Hinsinger

► **To cite this version:**

Élodie Hinsinger. Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02380876

HAL Id: dumas-02380876

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02380876>

Submitted on 26 Nov 2019

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.

Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille

Comparaison entre primipares et multipares

Présenté et publiquement soutenu

Le 23 avril 2019

Par

HINSINGER Elodie
née le 09 décembre 1995

Pour l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- RIQUET Sébastien, sage-femme enseignant (directeur de mémoire)
- TACIACK-ABBINK Sophie, sage-femme coordinatrice CH Pertuis

Aix-Marseille UNIVERSITE

École de Maïeutique

Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille

Comparaison entre primipares et multipares

HINSINGER Elodie

Née le 09 décembre 1995

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de sage-femme
Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury <input type="checkbox"/>	
	Très bien <input type="checkbox"/>	
	Bien <input type="checkbox"/>	
	Assez Bien <input type="checkbox"/>	
	Passable <input type="checkbox"/>	
Validation 2^{ème} session 2019 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école :

**Évaluation du stress postnatal
à la consultation postnatale chez les mères ayant
accouché au Gynépôle de Marseille**

Comparaison entre primipares et multipares

Remerciements

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

- M. RIQUET Sébastien, directeur de mémoire, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour : un grand merci pour votre aide, votre soutien et vos encouragements,
- Mme RAZUREL Chantal, merci d'avoir créé l'échelle PNPSI et d'avoir accepté son utilisation,
- Aux cadres des consultations de l'Hôpital de la Conception, Mme ALLEGRE, et Mme VAUGIRARD, cadre des consultations de l'Hôpital Nord : merci d'avoir accepté que mon étude soit menée au sein de vos services,
- Aux aides-soignant(e)s, étudiant(e)s, ami(e)s et toutes les personnes qui ont contribué à la distribution des questionnaires
- Sans oublier mes parents, sans qui, ses études n'auraient jamais commencé : merci d'avoir cru en moi, et de m'avoir soutenu durant ses longues études. A mon frère et ma colocataire, merci de m'avoir supporté pendant ses années de colocation, ainsi qu'à mes amies qui ont égayé ses années.

Sommaire

Introduction.....	p. 1
Matériels et méthode.....	p. 5
Résultats.....	p. 8
Analyse et discussion.....	p. 24
Conclusion.....	p. 37
Liste des abréviations	p. 38
Table des matières	
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Le post-partum est une période qui débute après l'accouchement et qui se termine par le retour de couches ou autrement dit, par le retour des menstruations (Larousse, 2015). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit le post-partum comme étant la période qui débute environ une heure après la délivrance, c'est-à-dire après l'expulsion du placenta et qui englobe les six à huit semaines qui suivent (OMS, 1999). Cette période peut même s'étendre jusqu'à la première année de vie de l'enfant si l'on englobe le sevrage : on parle alors de post-partum tardif.

Le stress se définit par des difficultés d'adaptation à de nouvelles situations lorsqu'un individu juge que ses ressources ne sont pas suffisantes, qu'elles sont trop dépassées pour pouvoir réajuster son mode de fonctionnement (Razurel, 2015).

La naissance est une situation inconnue à grands bouleversements (Moreau, al. 2009), une période vulnérable durant laquelle de nombreux changements interviennent, notamment sur le plan physique, familial, émotionnel, hormonal, comportemental, et psychique avec la mise en place d'un état de préoccupation dans lequel la mère concentre tous ses investissements et toutes ses compétences vers le bébé : c'est ce qu'on appelle la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1989). Tous ces bouleversements, sont source de stress en cas de difficultés à s'adapter à ses nouvelles situations engendrées par la naissance d'un enfant (Razurel, 2015) et peuvent entraîner une baisse du sentiment de compétence, une détérioration de la santé émotionnelle et de la relation mère-enfant (Razurel, al. 2011 ; Razurel, 2015) à l'origine de certains troubles. Pour la mère et le père, c'est une période délicate de transition vers la parentalité où ils vont devoir apprendre à intégrer de nouveaux rôles et à assumer des responsabilités (Razurel, al. 2010).

C'est une période idéale pour réaliser de la prévention, prodiguer des conseils, diagnostiquer l'état émotionnel, dépister et traiter les complications du post-partum (OMS, 1999). Dans les textes de notre profession, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologies en s'aidant des outils disponibles (CNOSF, 2012). La sage-femme y est autorisée à condition d'adresser la patiente à un médecin en cas de repérage d'une anomalie ou d'une situation pathologique (CNOSF, 2010).

La littérature met en lien le stress postnatal et le risque de développer des complications néonatales à court et à long terme. On note notamment la perturbation du lien mère-enfant à l'origine de troubles de l'attachement de type insécure évitant ou anxieux (Montmasson, al. 2012 ; Razurel, 2015 ; Williams, al. 2016). L'attachement est un lien qui permet à l'enfant de se sentir en sécurité afin d'explorer le monde et cette proximité est essentielle à la survie de l'enfant (Razurel, 2015). Nous retrouvons aussi des troubles au niveau des fonctions affectives et cognitives à l'origine d'anxiété, d'interactions sociales diminuées (Lee Y.A, al. 2016), d'un retard dans les acquisitions cognitives (Razurel, 2015) et d'autisme (Hohmann, al. 2012). On peut observer des conséquences sur les fonctions cérébrales à l'origine de déficience de la mémoire spatiale (Lee Y.A, al. 2016) et des troubles du développement cérébral (Liu, al. 2016) avec des modulations du néocortex (Hohmann, al. 2012). Le stress postnatal peut agir aussi sur les fonctions métaboliques avec notamment des altérations métaboliques, et le développement d'un diabète de type II (Loizzo, al. 2012 ; McPherson, al. 2009). Les fonctions respiratoires peuvent aussi être touchées avec la survenue de sifflement, et d'asthme (Chiu, al. 2012 et Lee Alison, al. 2016). Le stress peut même entraîner des troubles du comportement (Sutter-Dallay, al. 2008), des troubles de la personnalité et des désordres psychiatriques à l'origine d'anxiété, de stress et de schizophrénie à l'âge adulte (Jawahar, al. 2015).

Le stress postnatal a des conséquences maternelles : puisqu'il peut augmenter certains troubles comme le risque de développer un état anxieux (Faisal-Cury, al. 2004 ; Razurel, 2015) et particulièrement celui de la dépression postnatale (Razurel, al. 2010) qui est caractérisée par un état d'irritabilité, d'asthénie, d'anorexie, un sentiment de tristesse, des troubles du sommeil, une sexualité perturbée, un manque d'intérêt voire une dévalorisation de soi et de ses capacités (Razurel, 2015). Et dans 0,1 à 0,2% (Robertson, al. 2004) des cas, ces troubles peuvent aller jusqu'à la psychose puerpérale pouvant entraîner par la suite le suicide ou l'infanticide. Il ne faut pas oublier aussi, l'impact sur le conjoint, la dynamique du couple et l'équilibre familial (Razurel, 2015 ; Robertson, al. 2004).

La littérature estime une prévalence de la dépression postnatale pouvant aller jusqu'à 26% (Razurel, 2015 ; Robertson, al. 2004) et pouvant survenir jusqu'à un an après l'accouchement, ce qui représente un enjeu majeur de santé publique (ARS, 2018). Il faut noter que l'anxiété peut être un symptôme précurseur ou associé à 30% à une dépression postnatale et de 24 à 33% à un état de stress post-traumatique (Bell & Andersson 2016 ; Montmasson, al. 2012) d'où la nécessité de se préoccuper d'un état d'anxiété. Un état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble anxieux qu'une personne peut développer suite à l'exposition à « un événement traumatique majeur ». La prévalence en lien avec le vécu de l'accouchement est de 1,3 à 6%, 14% présentent un stress aigu et 60% souffrent de post-partum blues (Denis & Callahan, 2009) ou plus communément appelé « baby-blues ». De plus, il est rapporté qu'il existe une triple co-morbidité (jusqu'à 12% à six semaines postnatales et de 1,5 à 3% à six mois de l'accouchement) (Montmasson, al. 2012) entre l'anxiété, la dépression postnatale et un état de stress post-traumatique (Agius, al. 2016 ; Falah-Hassani, al. 2016 ; Zaers, al. 2008).

C'est pourquoi il est important de ne pas minimiser les facteurs de stress et d'assurer un soutien, un accompagnement de la part de tous les professionnels de santé et tout particulièrement la sage-femme qui possède une place privilégiée (CNOSF, 2010 ; Razurel, al. 2011) par ses compétences multiples, allant du suivi de grossesse, à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), à l'accouchement, en passant par le suivi gynécologique de prévention, et aux soins de la mère et de l'enfant pendant le post-partum (HAS, 2012).

L'Agence Régionale de la Santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur a souligné dans la révision de son projet régional de santé 2012-2016 « une prise en compte de l'environnement psychologique de la mère et de l'enfant insuffisamment évalué » et recommande un renforcement de la prise en charge (ARS, 2013). Cependant, l'échelle EPDS [annexe V] qui est un questionnaire de dépistage d'un état dépressif dans le post-partum est non recommandée en systématique (CNGOF, 2015) et ce, malgré toutes les conséquences évoquées.

En 2018, l'ARS a publié son schéma régional de santé 2018-2023 dans lequel l'objectif principal est de prévenir, soigner, accompagner et diminuer la souffrance psychique en organisant une prise en charge globale. Un des sous-objectifs concerne la santé mentale et la périnatalité : où il est conseillé de prendre en compte la dimension psychosociale autour de la naissance afin de dépister et de traiter précocement (ARS, 2018). De plus, dans la littérature, on retrouve entre 27 et 48% des femmes qui déclarent ne pas avoir pu aborder leurs préoccupations avec les soignants durant le post-partum précoce et qu'ils se sont peu souciés de leur état psychologique (Bernard, al. 2017) ce qui évoque une non application des recommandations concernant la prise en charge de l'état psychologique des patientes. Il est donc nécessaire de reconsidérer la prise en charge des femmes dans le post-partum et de pallier au manque de structures adéquates (Razurel, al. 2010).

En dépit de ses recommandations, la dimension du stress postnatal est peu explorée en consultation postnatale et ne l'est pas au Gynépôle de Marseille, malgré l'existence d'outils spécifiques comme l'échelle de Mme Razurel : PostNatal Perceived Stress Inventory (PNPSI) (Razurel, al. 2013) qui a identifié et rassemblé les facteurs de stress postnatal en une échelle de dix-neuf items.

La consultation postnatale permet de clôturer l'épisode de la naissance et des suites de couches et de faire un bilan complet six à huit semaines après l'accouchement (Franke, 2009). C'est donc le moment propice pour dépister les dernières vulnérabilités et de mettre en place une prise en charge adéquate.

Pour toutes ces raisons, et afin de mettre en place des mesures, il nous semble pertinent d'apprécier la perception des facteurs de stress à la consultation postnatale (donc six à huit semaines après l'accouchement) et d'évaluer l'évolution de ces facteurs depuis le post-partum précoce (Bernard, 2016), tout en faisant la comparaison entre les primipares chez qui, la perception du stress était la plus grande dans le post-partum précoce (Bernard, 2016) et les multipares.

Pour cela, nous avons formulé la question de recherche suivante : « *quelle est la perception des facteurs de stress postnatal à la consultation postnatale chez les femmes ayant accouché au Gynépôle de Marseille ?* ».

Notre objectif principal sera d'apprécier la perception du niveau de stress à la consultation postnatale à l'aide de l'échelle PNPSI (Razurel, al. 2013) et notre objectif secondaire sera d'identifier l'évolution entre les facteurs de stress du post-partum précoce en comparant les résultats de l'étude du mémoire d'une étudiante sage-femme (Bernard, 2016) qui a évalué la perception du stress postnatal pendant le séjour en maternité grâce à l'échelle PDPSI (Razurel, al. 2014) [annexe VI] avec ceux de notre étude réalisée au moment de la consultation postnatale, dans le but de sensibiliser les professionnels de santé au dépistage des situations à risque et à l'orientation des patientes vers des professionnels experts (psychologues ou psychiatres) en cas de dépistage de vulnérabilités (HAS, 2005).

Matériels et méthode

« Quelle est la perception des facteurs de stress postnatal à la consultation postnatale chez les femmes ayant accouché au Gynépôle de Marseille ? »

Objectifs de l'étude :

- Apprécier la perception du niveau de stress postnatal à la consultation postnatale à l'aide de l'échelle PNPSI (Razurel, al. 2013)
- Identifier l'évolution entre les facteurs de stress du post-partum précoce (Bernard, 2016) et ceux en postnatal au moment de la consultation postnatale.

Caractéristiques de l'étude :

L'étude menée a utilisé l'approche quantitative et a été dans un premier temps, prospective, à l'aide d'un questionnaire distribué aux patientes le jour de leur consultation postnatale, puis dans un second temps, comparative afin de comparer les primipares et les multipares, puis les facteurs de stress du post-partum précoce avec ceux du postnatal.

L'étude a été dirigée au Gynépôle de Marseille, c'est-à-dire dans les services de consultations de l'Hôpital de la Conception et de l'Hôpital Nord et s'est étendue sur une période de 11 mois, allant de novembre 2017 à fin septembre 2018.

Caractéristiques de la population étudiée :

- Les critères d'inclusion ont été : les primipares ou multipares, majeures, ayant accouché par voie basse ou césarienne après une grossesse simple ou multiple et venant à leur consultation postnatale que celle-ci soit réalisée par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien.
- Les critères de non-inclusion ont été : les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français.
- Les critères d'exclusion ont été : les personnes mineures, les questionnaires incomplets et les femmes sous tutelle ou curatelle.

Constitution du questionnaire :

Le questionnaire [annexe I] est composé de deux parties : la première, avec des renseignements généraux regroupés en treize questions afin de sélectionner et classer les patientes et la deuxième, composée de l'échelle PNPSI de Mme Razurel qui rassemble les dix-neuf facteurs de stress les plus fréquemment ressortis au cours d'entretiens avec des primipares et des multipares (Razurel, al. 2013).

Ces 19 items peuvent être regroupés en 6 groupes qui forment les facteurs de stress :

- La fatigue et l'organisation à domicile (items 1, 2 et 13)
- La relation avec le nouveau-né (items 3 à 7)
- Le rapport avec le corps (items 8, 9 et 17)
- L'alimentation du nouveau-né (items 10, 11 et 16)
- Les projections futures (items 12 à 15)
- Et le rapport avec le partenaire (items 18 et 19).

L'échelle permet pour chaque item d'évaluer son stress selon 5 possibilités :

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

Nous avons effectué des ajustements au niveau de l'échelle. En effet, l'item 5 initial de l'échelle PNPSI de Razurel employait le terme de « mort subite du nourrisson ». Nous l'avons par la suite remplacé par celui de « mort inattendue du nourrisson » parce qu'il a été modifié par la Haute Autorité de Santé en 2007 afin d'englober tous les cas de décès survenant brutalement chez le nourrisson.

Nous avons également rajouté le terme de nourrisson à côté de celui de « nouveau-né ». En effet, nous pouvons appeler un nouveau-né comme tel de sa naissance à ses vingt-huit premiers jours, et étant donné que la consultation postnatale est effectuée six à huit semaines après l'accouchement, il est important d'ajouter le terme de nourrisson aux items afin d'inclure la période après les vingt-huit premiers jours. Cette période s'étend jusqu'aux deux ans de l'enfant (Labrune, 2015).

Distribution des questionnaires :

Les questionnaires ont été proposés et distribués à chaque patiente parlant et comprenant le français et se présentant le jour de sa consultation postnatale que celle-ci soit réalisée par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien. Ils ont été remplis par les patientes sur la base du volontariat, le jour même de leur consultation postnatale en attendant le praticien.

Recueil de données :

Toutes les données ont été saisies dans une grille de recueil constituée sur un tableur Excel afin de manipuler les données quantitatives et qualitatives à l'aide de tableaux dynamiques croisés.

Ce recueil de données, a permis dans un premier temps de réaliser les premières statistiques (effectifs, pourcentages et moyennes) puis dans un second temps la comparaison entre les primipares et les multipares à l'aide du test de Student (comparaison de moyennes). Et dans un troisième temps, le coefficient de corrélation a été utilisé afin d'observer l'influence d'un facteur de stress sur les autres.

Résultats

300 questionnaires ont été imprimés : 134 questionnaires ont été récupérés sur une période de 11 mois sur le Gynépôle (92% de participation sur le site de la Conception et seulement 8% sur l'Hôpital Nord), 1 questionnaire a été exclu car il était incomplet, donc 133 questionnaires ont été retenus.

96 questionnaires ont été perdus sur le site de l'Hôpital Nord et 70 n'ont pas été rendus.

La population étudiée :

- Effectif total : 133 patientes :
 - 56 primipares
 - 77 multipares.
- La plus jeune patiente avait 19 ans et la plus âgée : 45 ans, avec un âge moyen de 29,6 ans pour les primipares, de 33 ans pour les multipares et de 31,6 ans pour les primipares et multipares confondues.

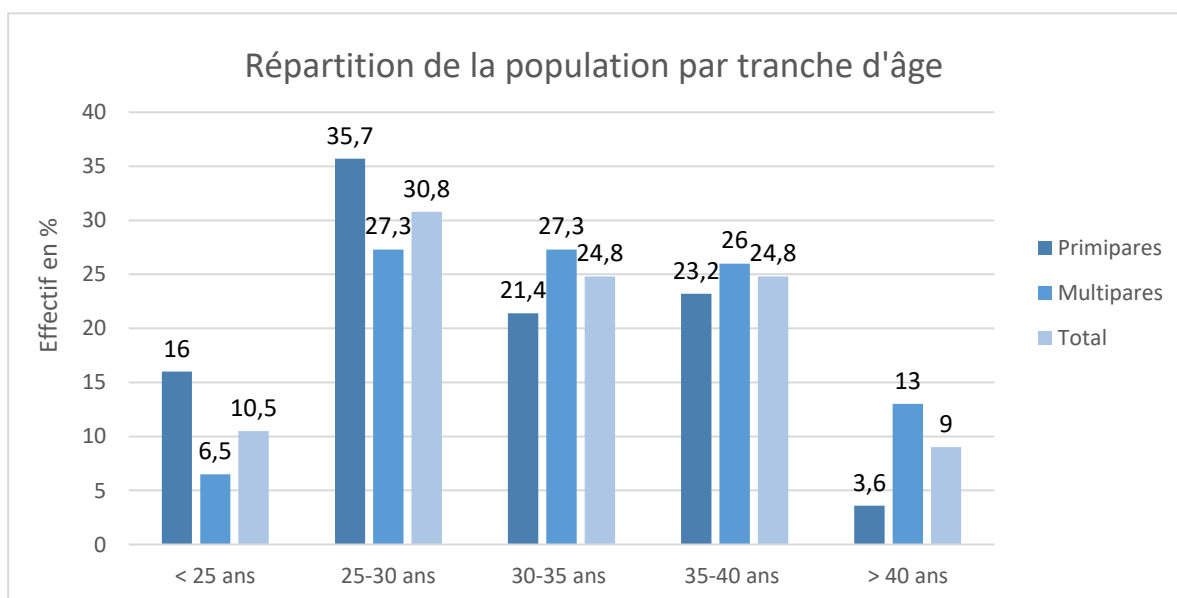


Figure 1 : répartition de la population étudiée par tranche d'âge

Caractéristiques de la population étudiée :

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

	Primipares		Multipares		Totaux	
	N	%	N	%	N	%
Grossesse pathologique	11	19,6	15	19,5	26	19,5
Grossesse physiologique	45	80,4	62	80,5	107	80,5
Accouchement voie basse instrumental	9	16,1	8	10,4	17	12,8
Accouchement voie basse spontané	30	53,6	53	68,8	83	62,4
Césarienne	17	30,4	16	20,8	33	24,8
Ventouse	8	14,3	5	6,5	13	9,8
Forceps	1	1,8	4	5,2	5	3,8
Épisiotomie	8	14,3	4	5,2	12	9
Déchirure périnéale	32	57,1	29	37,7	61	45,9
Naissance d'un seul enfant	55	98,2	74	96,1	129	97
Naissance de jumeaux	1	1,8	3	3,9	4	3
Séjour du nouveau-né en chambre	52	92,9	73	94,8	125	94
Séjour du nouveau-né en unité de soins intensifs	2	3,6	4	5,2	6	4,5
Séjour du nouveau-né en réanimation	2	3,6	0	0	2	1,5
Allaitement maternel (AM)	48	85,7	65	84,4	113	85
Alimentation artificielle	7	12,5	11	14,3	18	13,5
AM maintenu	35	62,5	57	74	92	69,2
Arrêt de l'AM	13	23,2	8	10,4	21	15,8
Allaitement mixte	1	1,8	1	1,3	2	1,5
Patiente mariée	31	55,4	50	64,9	81	60,9
Patiente non mariée	25	44,6	27	35,1	52	39,1
Logement commun avec le père	51	91,1	65	84,4	116	87,2
Logement distinct du père	5	8,9	12	15,6	17	12,8
Étudiante	3	5,4	5	6,5	8	6
En activité professionnelle	33	58,9	35	45,5	68	51,1
Sans activité professionnelle	23	41,1	42	54,5	65	48,9
Aides de la famille	42	75	36	46,8	78	58,6
Sans aide de la famille	14	25	41	53,2	55	41,4

L'échelle PNPSI :

Chaque facteur a été étudié pour la population globale (primipares et multipares confondues), puis pour les primipares seules et les multipares seules. Les tableaux descriptifs sont exposés en annexes afin d'en faciliter la lecture [annexe II, III et IV].

Légende des figures :

L'échelle de stress est cotée selon 5 possibilités :

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

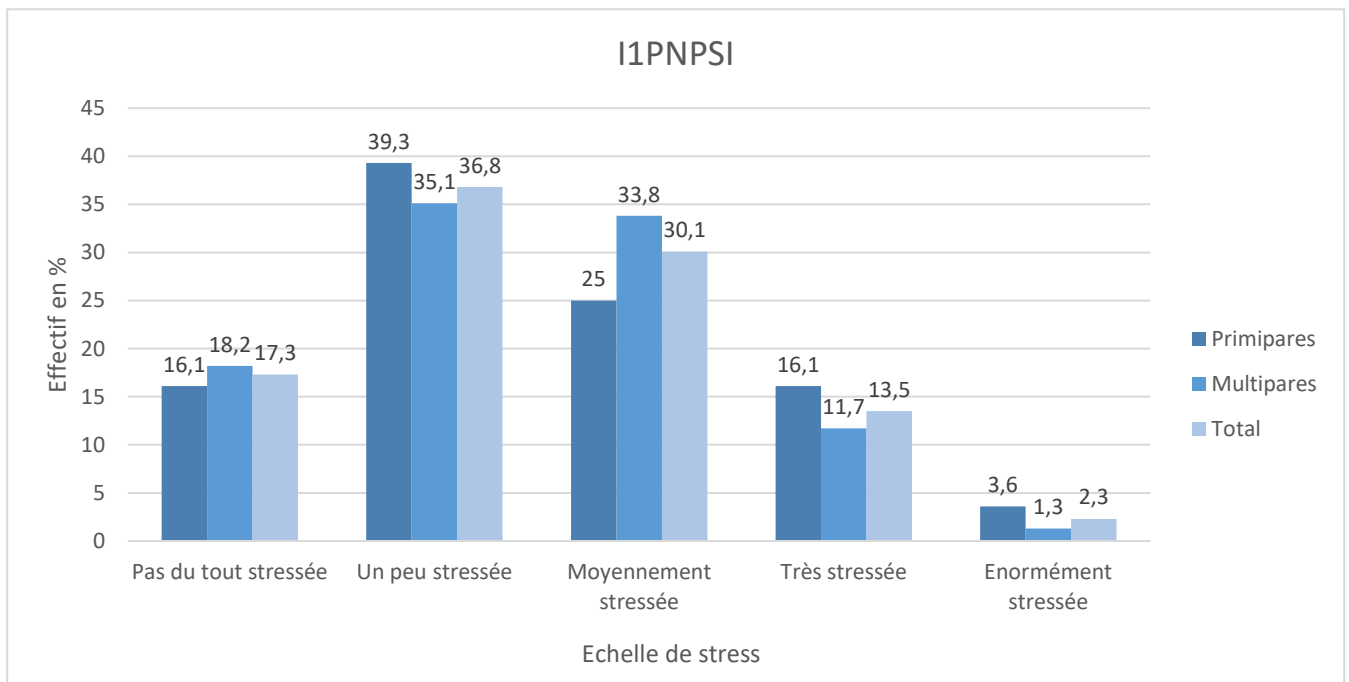


Figure 2 : I1PNPSI : la fatigue, le manque de sommeil

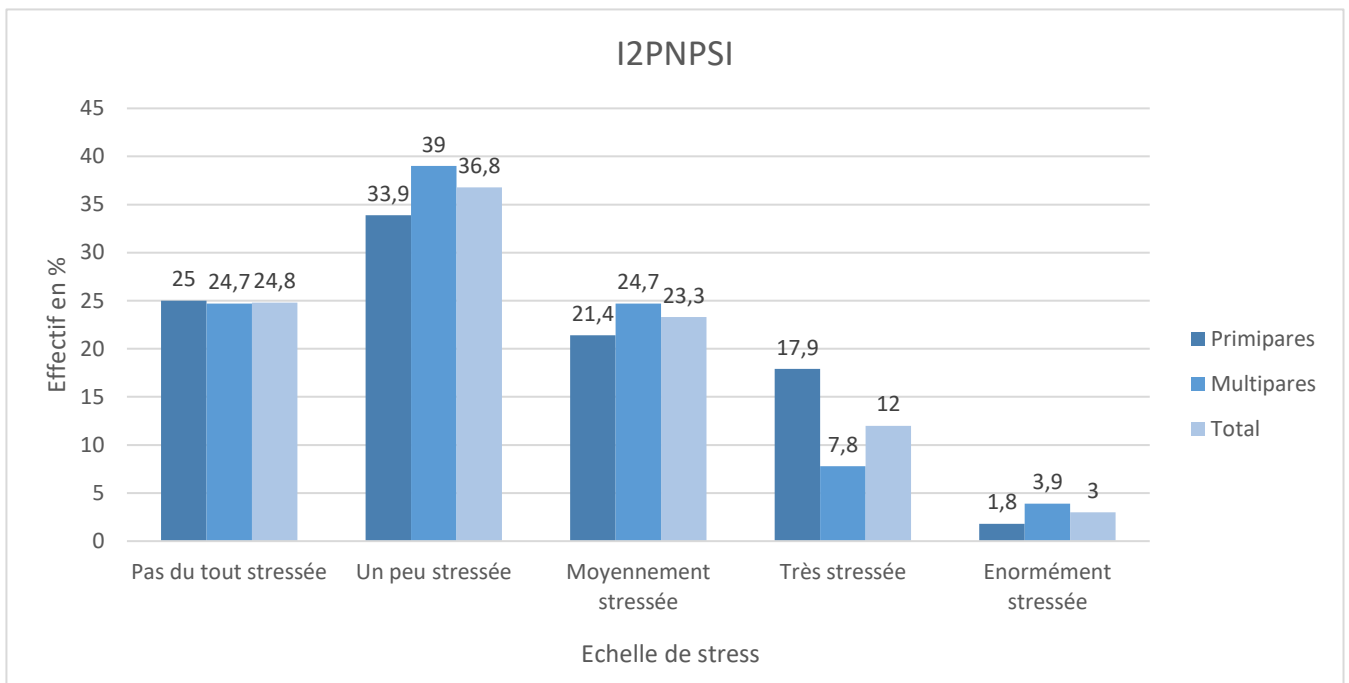


Figure 3 : I2PNPSI : le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour soi

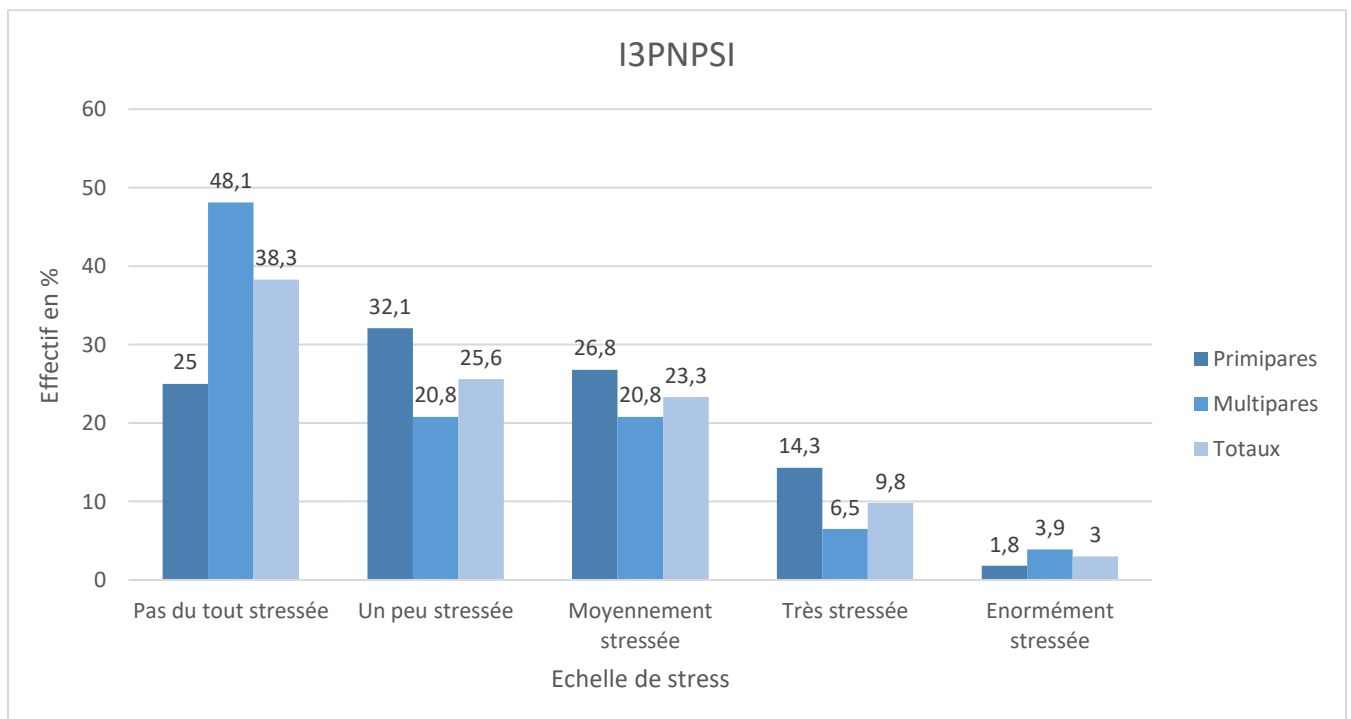


Figure 4 : I3PNPSI : le rythme du nouveau-né et du nourrisson

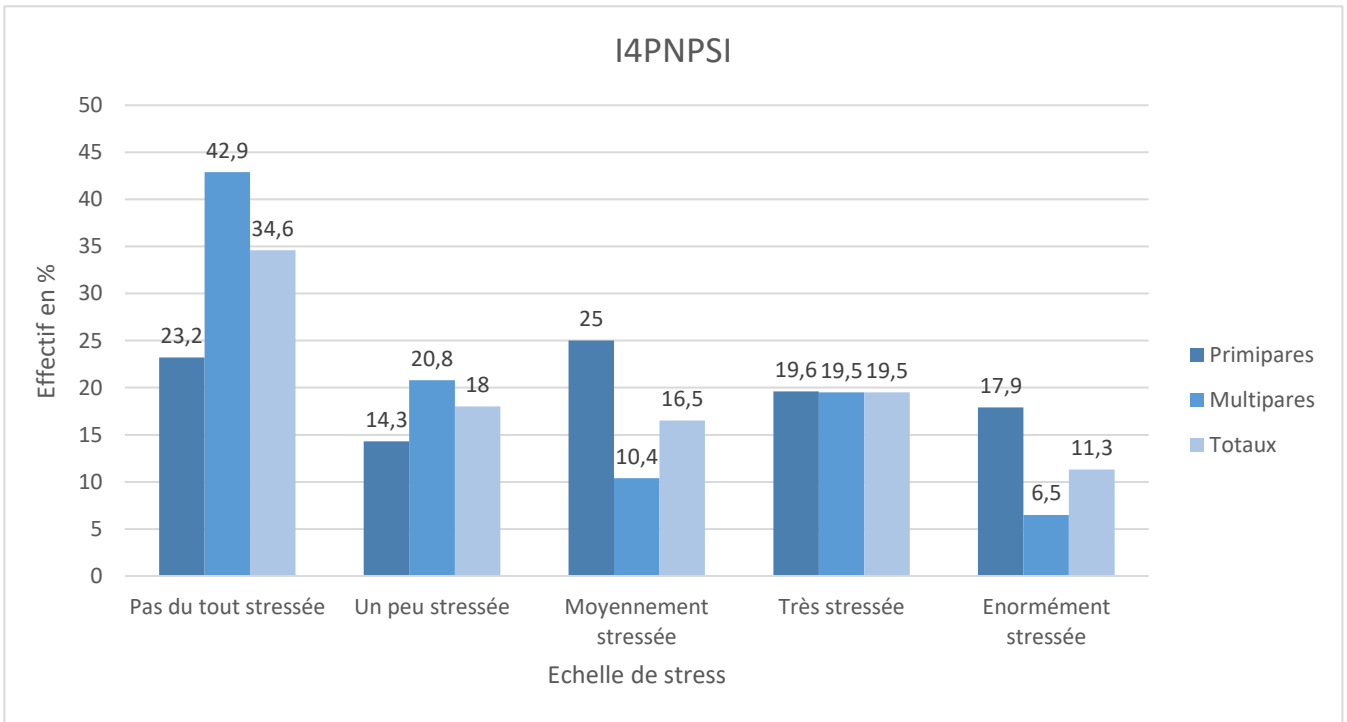


Figure 5 : I4PNPSI : l'état de santé du nouveau-né et du nourrisson

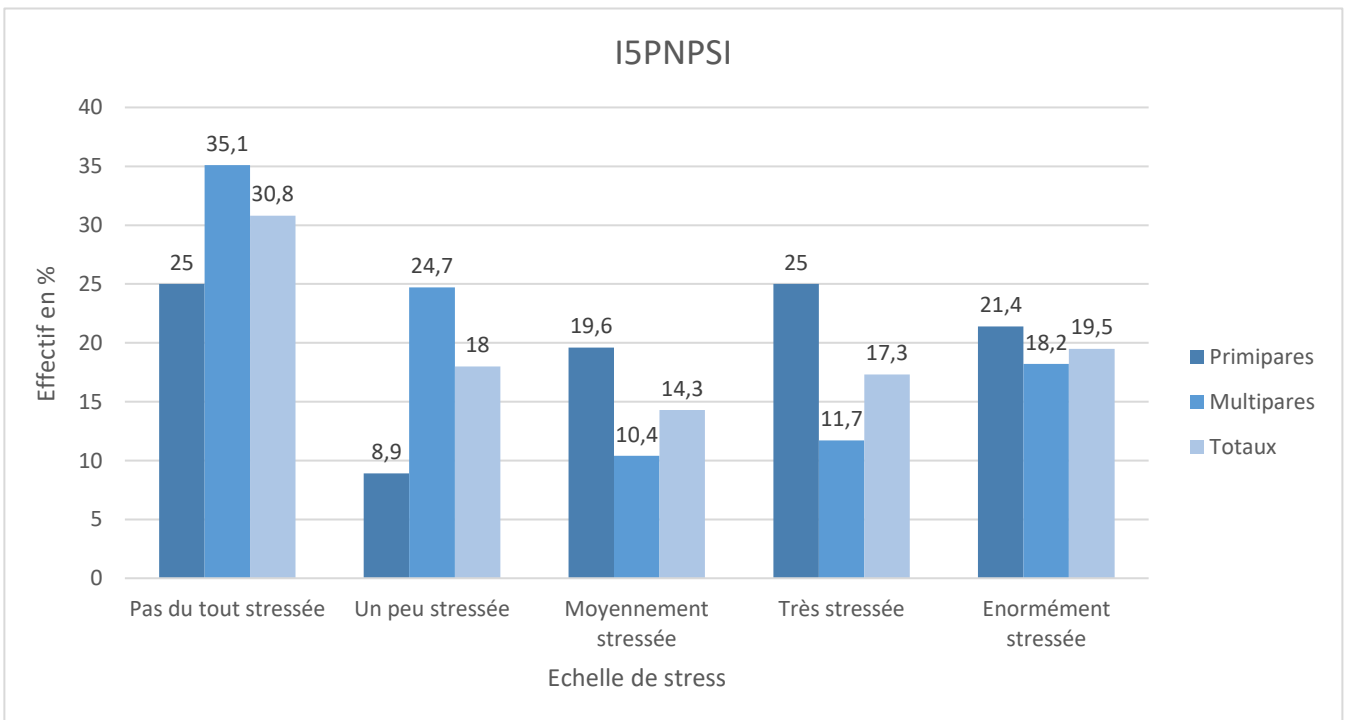


Figure 6 : I5PNPSI : l'idée de la mort inattendue du nourrisson

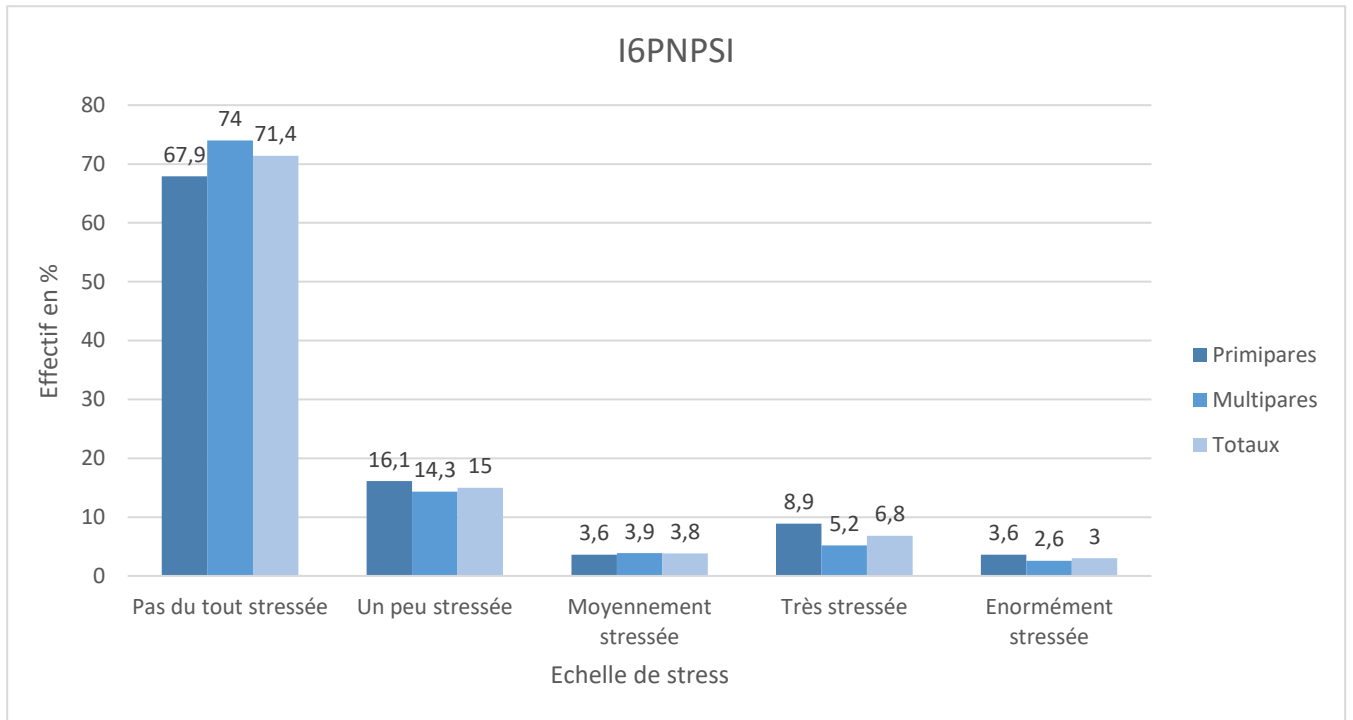


Figure 7 : I6PNPSI : le fait de donner les soins au nouveau-né et au nourrisson (bains, soins du cordon, changes...)

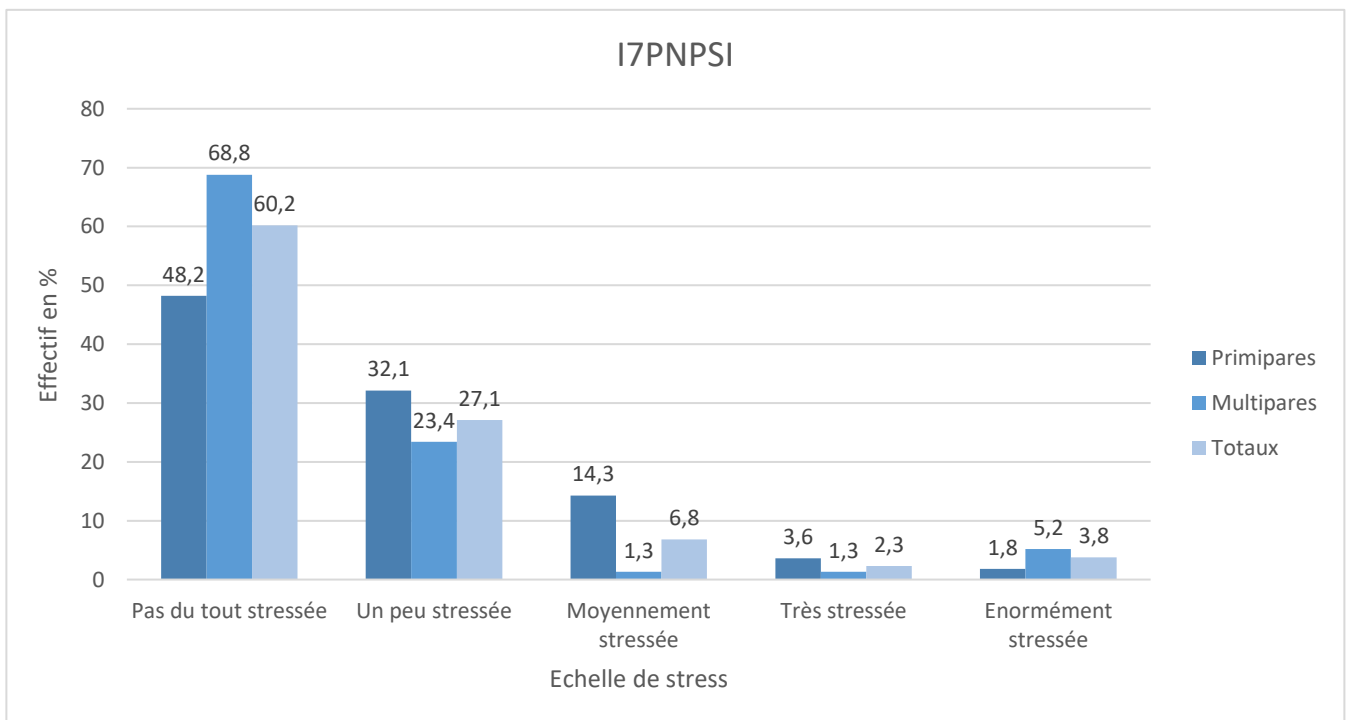


Figure 8 : I7PNPSI : l'impression de ne pas être à la hauteur

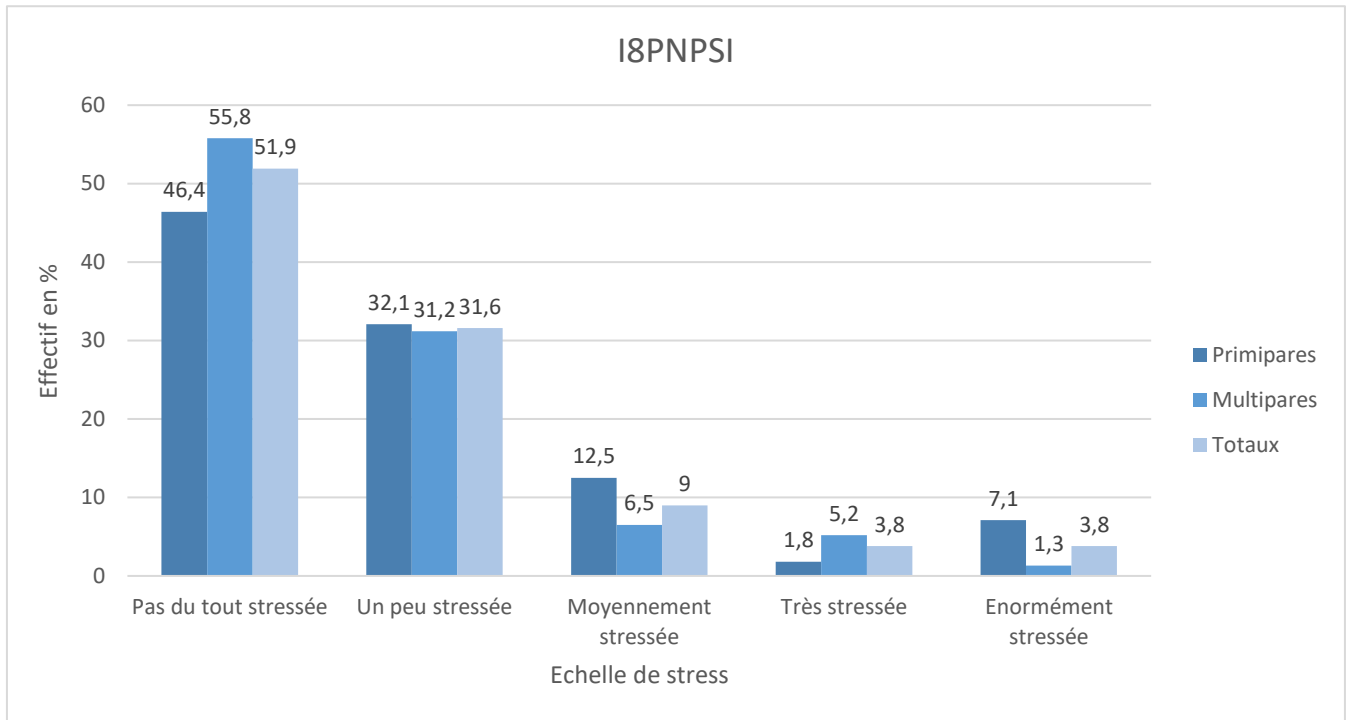


Figure 9 : I8PNPSI : la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement (le fait de ne pas reconnaître son corps)

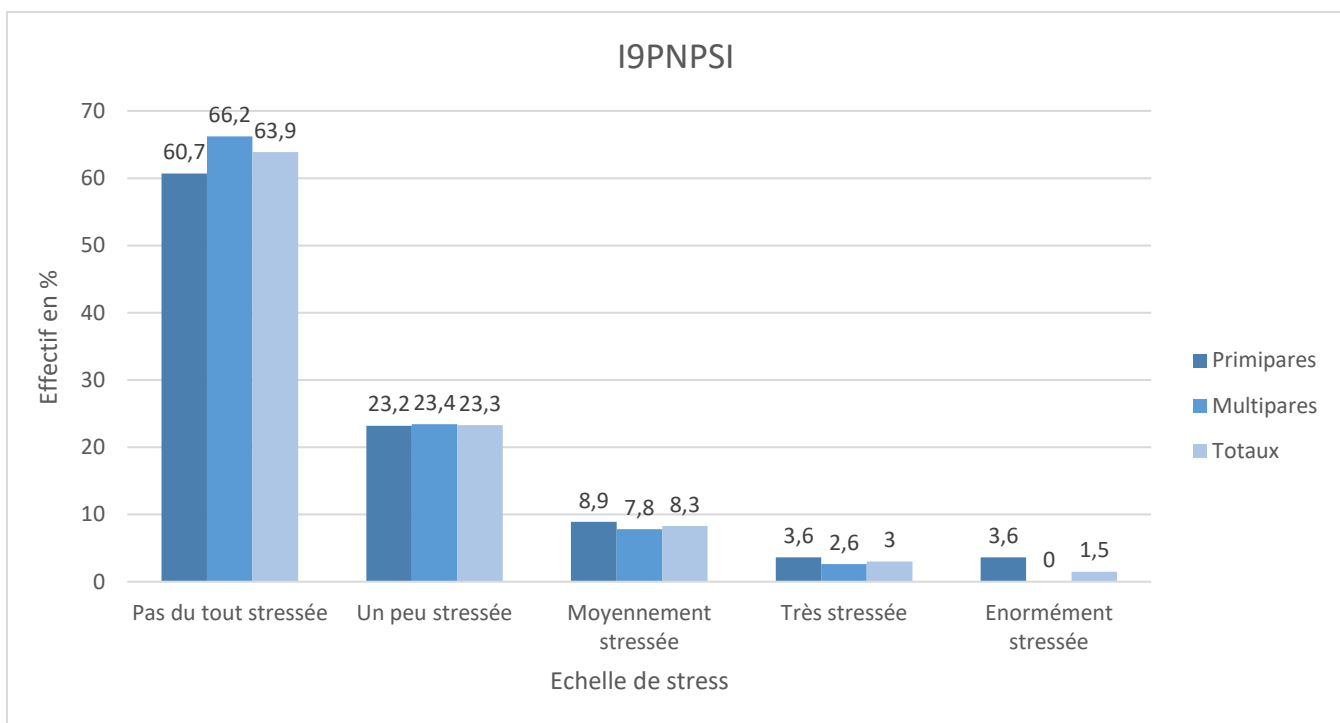


Figure 10 : I9PNPSI : la douleur de la cicatrice (d'épisiotomie ou de césarienne)

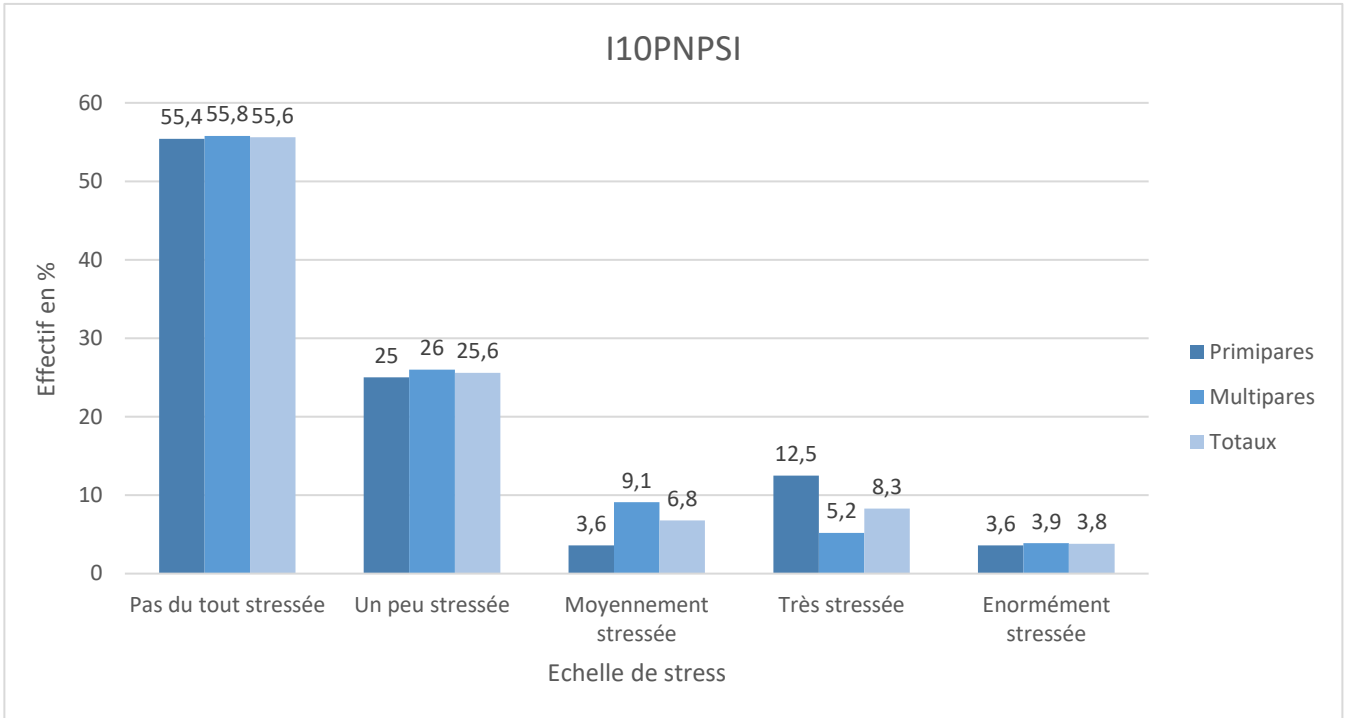


Figure 11 : I10PNPSI : le fait de ne pas savoir si son enfant mange suffisamment

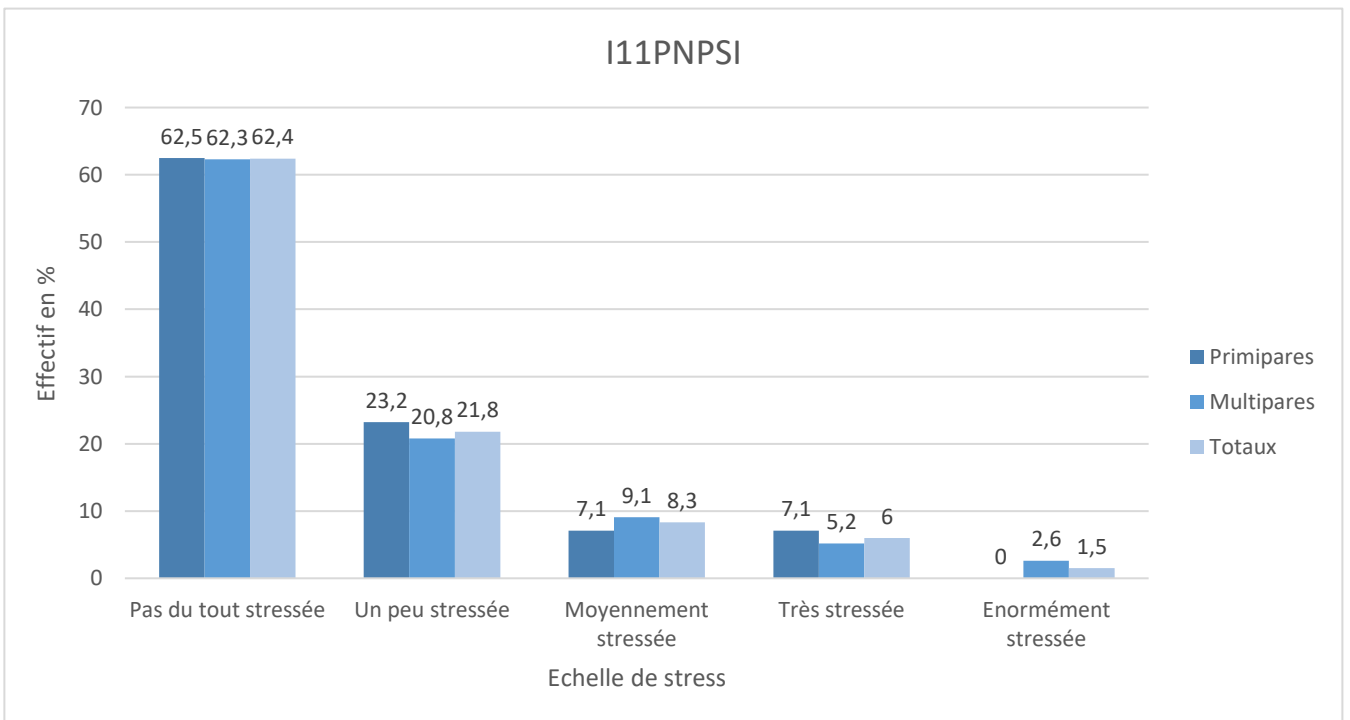


Figure 12 : I11PNPSI : la douleur de l'allaitement

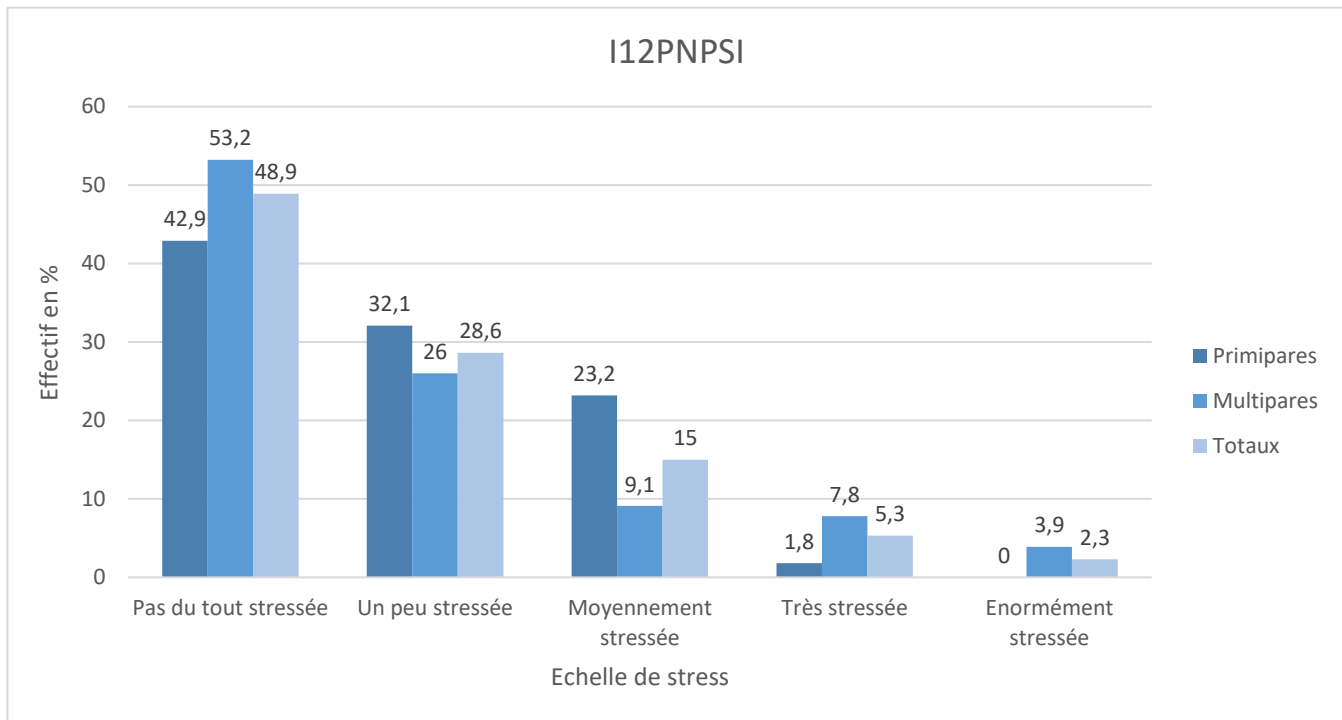


Figure 13 : I12PNPSI : le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (sortir, voyager...)

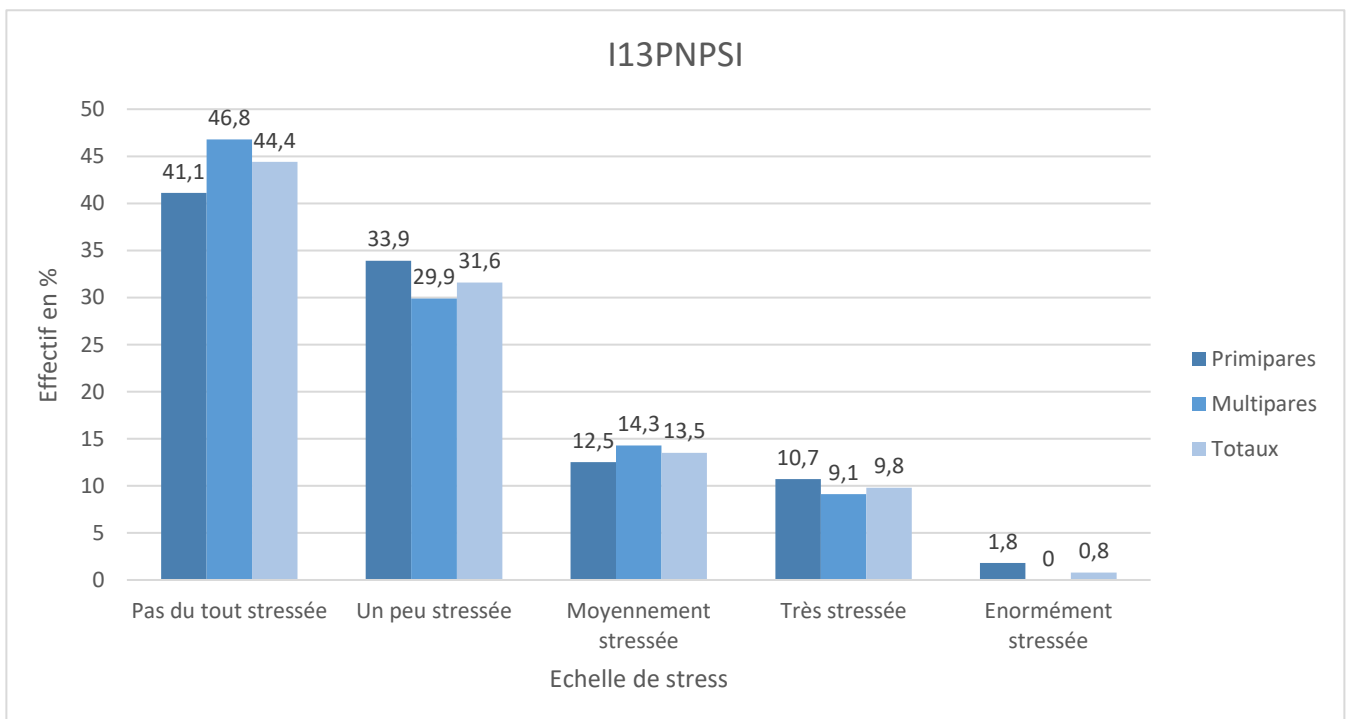


Figure 14 : I13PNPSI : l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu

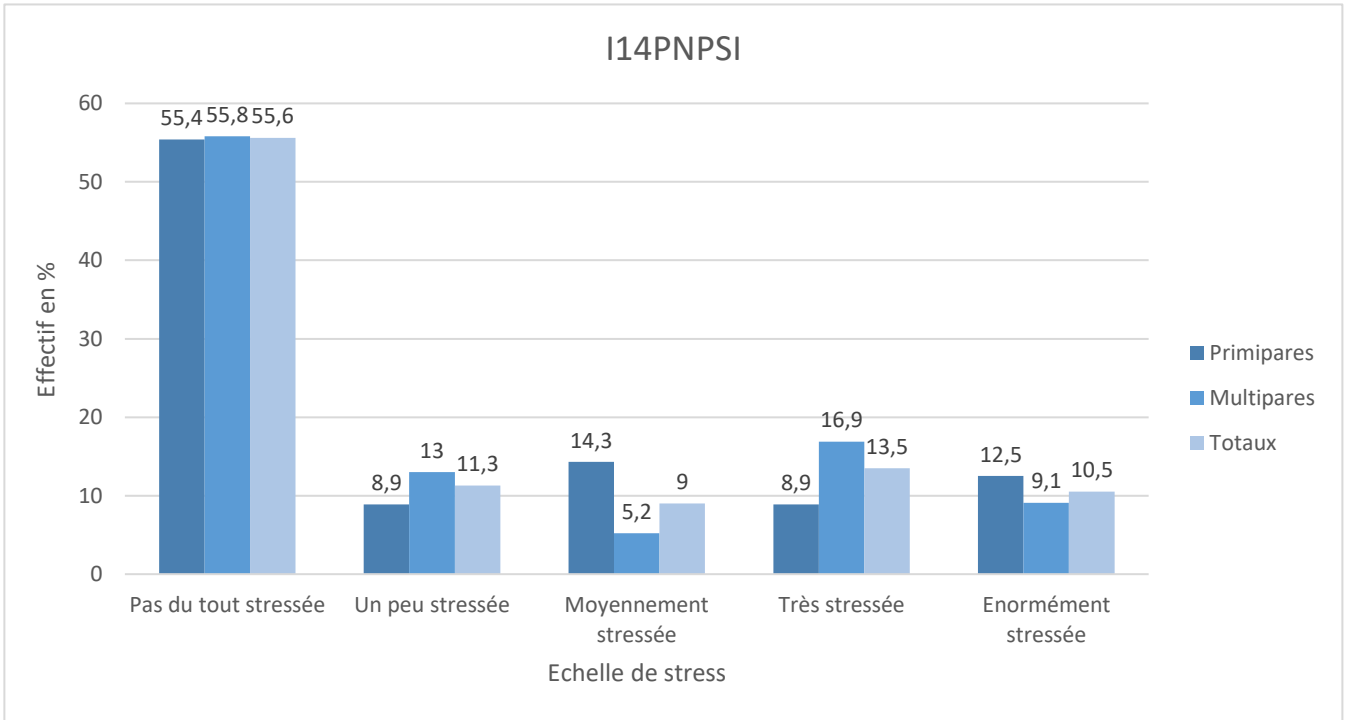


Figure 15 : I14PNPSI : la garde du nourrisson quand je reprendrai le travail

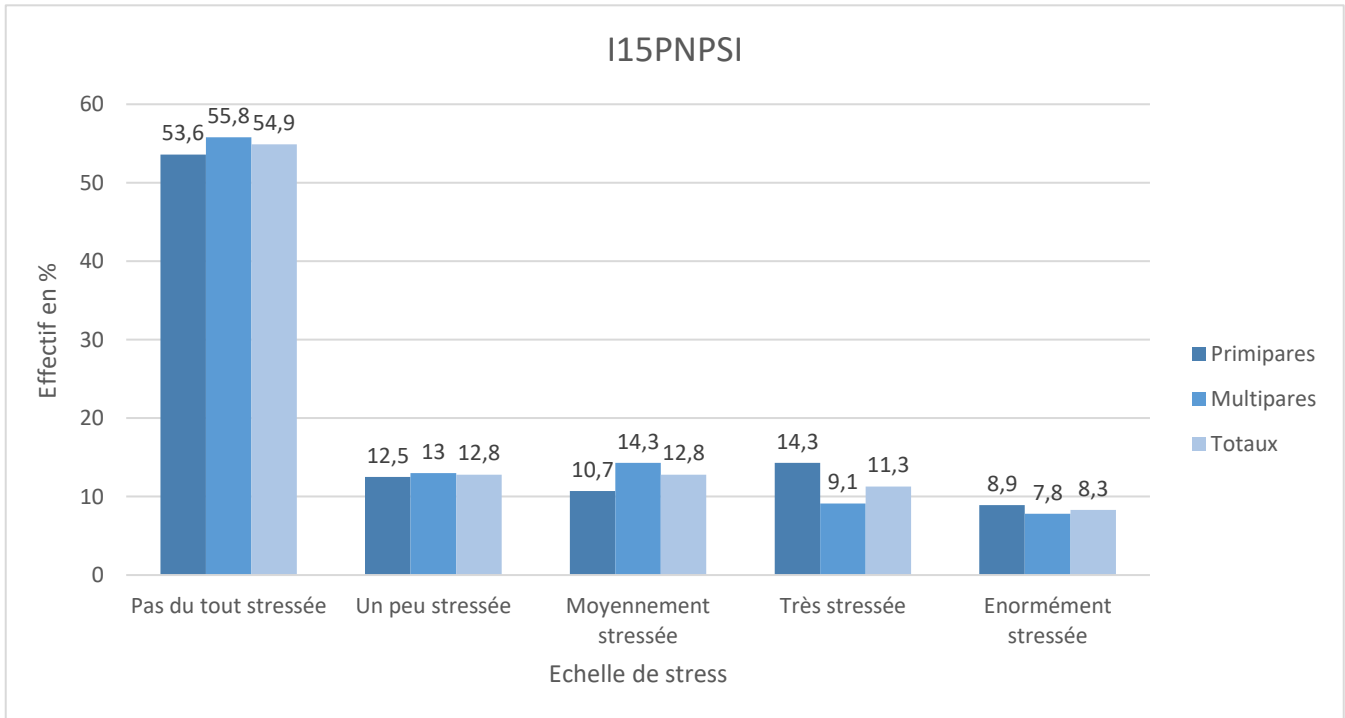


Figure 16 : I15PNPSI : la reprise de mon travail (ou de mes activités)

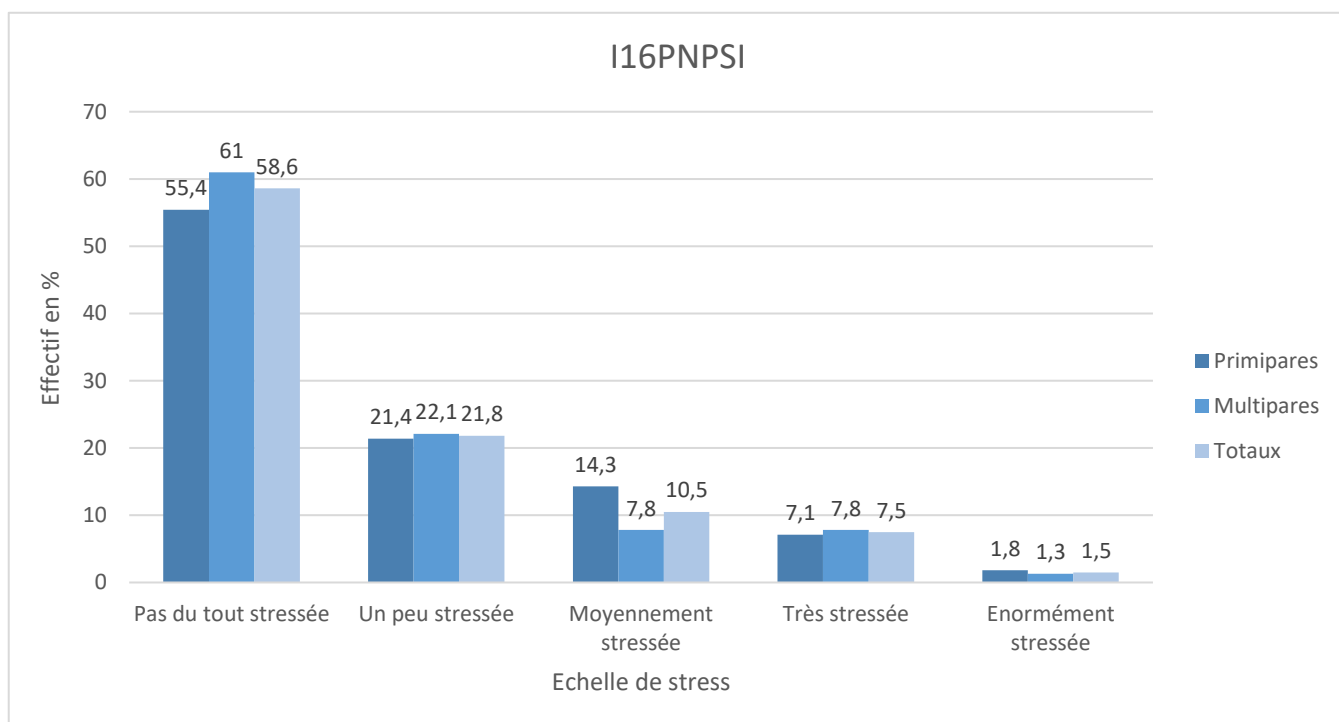


Figure 17 : I16PNPSI : les propos contradictoires des soignants

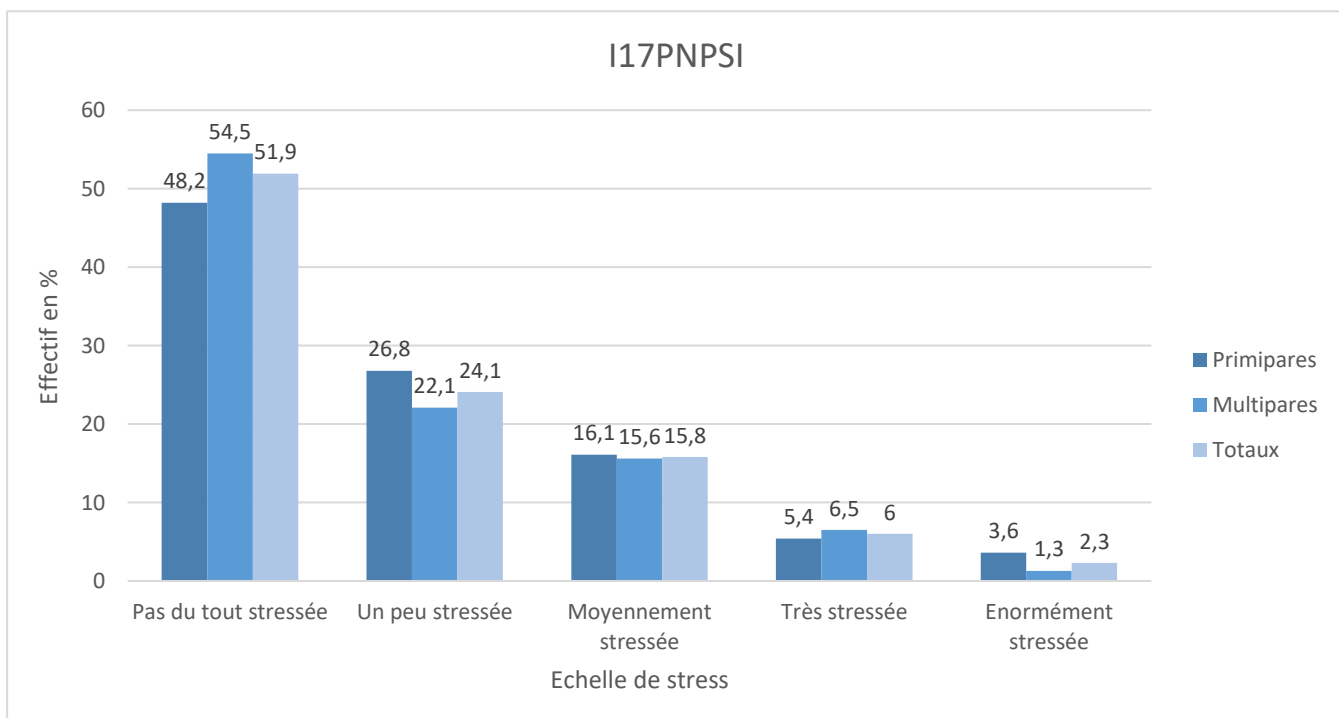


Figure 18 : I17PNPSI : la reprise de ma sexualité

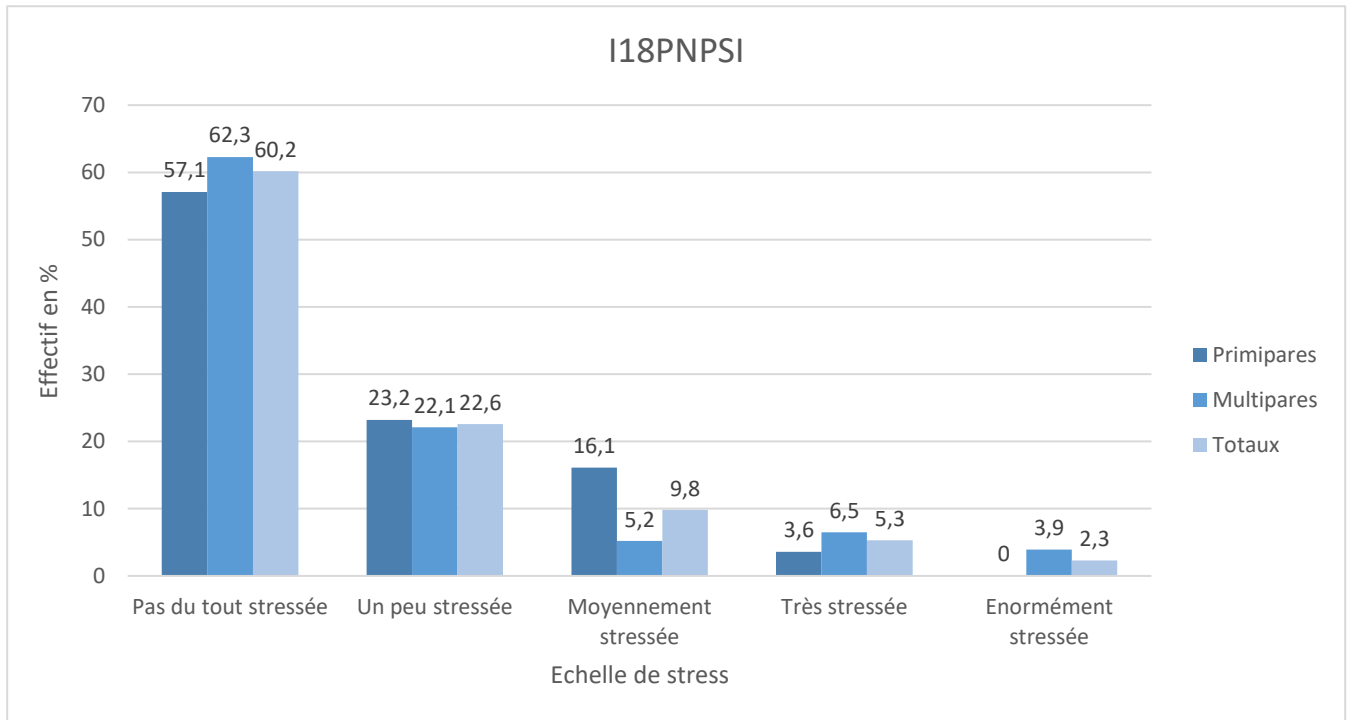


Figure 19 : I18PNPSI : la relation avec mon partenaire

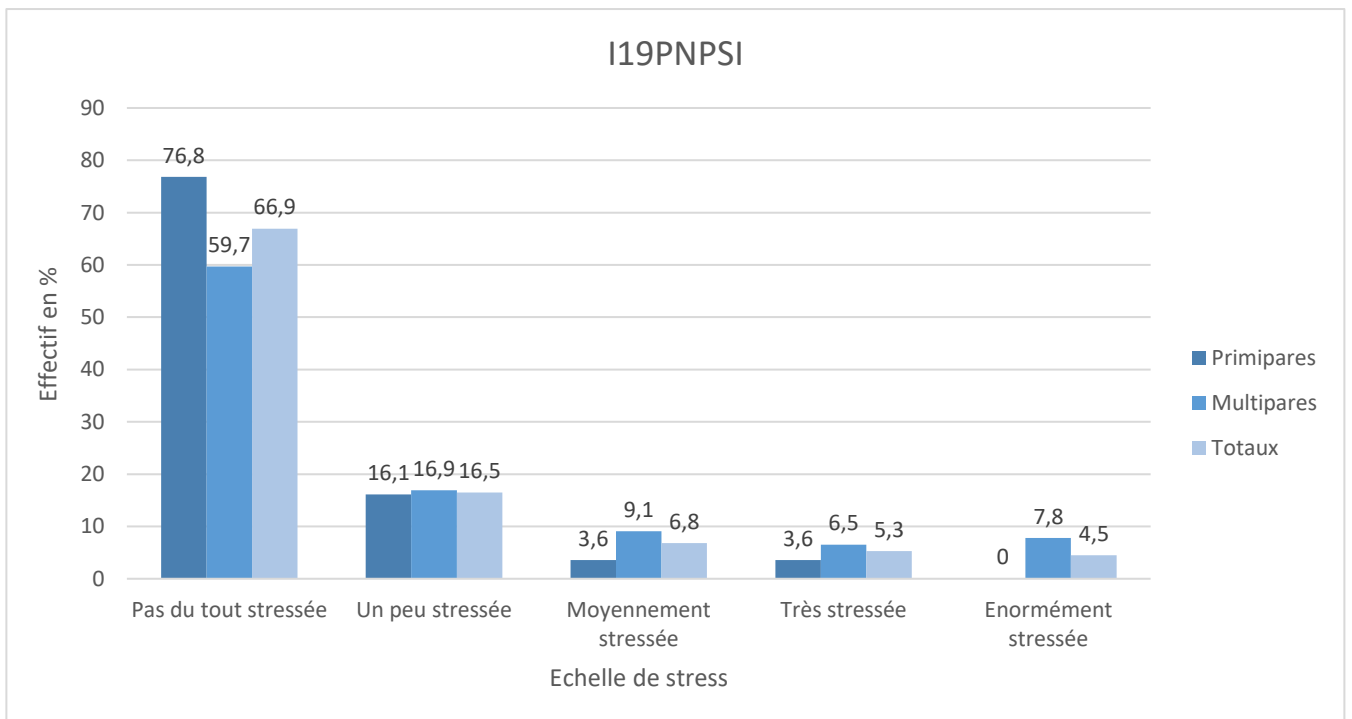


Figure 20 : I19PNPSI : la place du père auprès du nouveau-né et du nourrisson

Comparaison entre les primipares et les multipares :

Dans le but de comparer l'évolution des facteurs de stress entre le post-partum précoce (Bernard, 2016) et ceux de la consultation postnatale, nous avons réalisé la comparaison de nos deux populations : les primipares et les multipares à l'aide du test de Student.

Tableau 2 : comparaison entre les primipares et multipares selon le test de Student

Facteurs	Items	Primipares	Multipares	p
		N = 56	N = 77	
		Moyenne	Moyenne	
La fatigue et l'organisation à domicile	La fatigue, le manque de sommeil	2,52	2,43	NS
	Le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour soi	2,38	2,27	NS
	L'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu vis-à-vis de l'organisation à domicile	1,98	1,86	NS
La relation au nourrisson	Le rythme du nourrisson	2,36	1,97	p < 0,05
	La santé du nourrisson	2,95	2,26	p < 0,05
	L'idée de la mort inattendue du nourrisson	3,09	2,53	p < 0,05
	Les soins du nourrisson	1,64	1,48	NS
	L'impression de ne pas être à la hauteur pour m'occuper du nourrisson	1,79	1,51	NS
Le rapport au corps	La cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement	1,91	1,65	NS
	La douleur de la cicatrice (d'épisiotomie ou de césarienne)	1,66	1,47	NS
	La reprise de ma sexualité	1,89	1,78	NS
L'alimentation du nouveau-né	Le fait de ne pas savoir s'il mange suffisamment	1,84	1,75	NS
	La douleur de l'allaitement	1,59	1,65	NS
	Les propos contradictoires des soignants	1,79	1,66	NS
Les projections futures	Le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant	1,84	1,83	NS
	La garde du nourrisson quand je reprendrai le travail	2,14	2,1	NS
	La reprise de mon travail	2,13	2	NS
La relation au partenaire	La relation avec mon partenaire	1,66	1,68	NS
	La place du père auprès du nourrisson	1,34	1,86	p < 0,05

Légende :

- N : effectif
- NS : non significatif
- p < 0,05 : significatif

Le coefficient de corrélation :

Nous avons ensuite étudié la corrélation entre les différents facteurs afin d'observer l'influence d'un facteur de stress sur les autres.

Tableau 3 : coefficient de corrélation entre les différents items des facteurs de stress postnatal de l'échelle PNPSI

	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	
I1	/																			
I2	.55 **	/																		
I3	.47 **	.49 **	/																	
I4	.36 **	.23 *	.39 **	/																
I5	.19 *	.19 *	.27 **	.43 **	/															
I6	.17 *	.1	.37 **	.27 **	.07	/														
I7	.16 *	.14 *	.29 **	.19 *	.13	.44 **	/													
I8	.29 **	.27 **	.21 *	.29 **	.08	.24 *	.22 *	/												
I9	.24 *	.14	.18 *	.27 **	.1	.35 **	.08	.41 **	/											
I10	.22 *	.16 *	.33 **	.34 **	.18 *	.29 **	.42 **	.19 *	.24 *	/										
I11	.20 *	.17 *	.30 **	.24 *	.06	.35 **	.23 *	.44 **	.42 **	.23 *	/									
I12	.30 **	.37 **	.43 **	.26 **	.08	.41 **	.27 **	.33 **	.30 **	.31 **	.32 **	/								
I13	.37 **	.45 **	.42 **	.22 *	.22 *	.24 *	.20 *	.17 *	.31 **	.30 **	.19 *	.43 **	/							
I14	.26 **	.28 **	.31 **	.19 *	.29 **	.13	.26 **	.13	.1	.27 **	.22 *	.36 **	.31 **	/						
I15	.15 *	.36 **	.32 **	.14 *	.16 *	.17 *	.31 **	.11	.08	.21 *	.24 *	.35 **	.32 **	.73 **	/					
I16	.23 *	.27 **	.18 *	.32 **	.14	.23 *	.12	.38 **	.33 **	.25 *	.36 **	.33 **	.29 **	.34 **	.28 **	/				
I17	.06	.13	.14	.07	.01	.25 *	.17 *	.27 **	.11	.18 *	.17 *	.19 *	.19 *	.16 *	.20 *	.23 *	/			
I18	.03	.13	.20 *	.17 *	-.04	.38 **	.22 *	.27 **	.29 **	.20 *	.26 **	.32 **	.28 **	.06	.16 *	.17 *	.47 **	/		
I19	.16 *	.1	.20 *	.11	-.14	.39 **	.05	.17 *	.13	.07	.20 *	.24 *	.15 *	-.02	.03	.15 *	.21 *	.50 **	/	

Légende :

- I1 : item 1 : la fatigue, le manque de sommeil
- I2 : item 2 : le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour soi
- I3 : item 3 : le rythme du nouveau-né et du nourrisson
- I4 : item 4 : l'état de santé du nouveau-né et du nourrisson
- I5 : item 5 : l'idée de la mort inattendue du nourrisson
- I6 : item 6 : le fait de donner les soins au nouveau-né et au nourrisson
- I7 : item 7 : l'impression de ne pas être à la hauteur
- I8 : item 8 : la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement
- I9 : item 9 : la douleur de la cicatrice
- I10 : item 10 : le fait de ne pas savoir s'il mange suffisamment
- I11 : item 11 : la douleur de l'allaitement
- I12 : item 12 : le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant
- I13 : item 13 : l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu
- I14 : item 14 : la garde du nourrisson quand je reprendrai le travail
- I15 : item 15 : la reprise de mon travail ou de mes activités
- I16 : item 16 : les propos contradictoires des soignants
- I17 : item 17 : la reprise de ma sexualité
- I18 : item 18 : la relation avec mon partenaire
- I19 : item 19 : la place du père auprès du nouveau-né et du nourrisson
- * : corrélation significative à $p < 0,05$
- ** : corrélation très significative à $p < 0,001$

En résumé, tous les items sont significativement corrélés ($p < 0,05$ et $p < 0,001$) sauf les items suivants :

- I1 : « la fatigue, le manque de sommeil » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
 - I18 : « la relation avec mon partenaire »
- I2 : « le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I6 : « le fait de donner les soins au nouveau-né et nourrisson »
 - I9 : « la douleur de la cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie »
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
 - I18 : « la relation avec mon partenaire »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »
- I3 : « le rythme du bébé » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
- I4 : « l'état de santé de bébé » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I5 : « l'idée de la mort inattendue du nourrisson » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I6 : « le fait de donner les soins au nouveau-né et nourrisson »
 - I7 : « l'impression de ne pas être à la hauteur »
 - I8 : « la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement »
 - I9 : « la douleur de la cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie »
 - I11 : « la douleur de l'allaitement »
 - I12 : « le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant »
 - I16 : « les propos contradictoires des soignants »
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
 - I18 : « la relation avec mon partenaire »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I6 : « le fait de donner les soins au nouveau-né et nourrisson » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I14 : « la garde du bébé quand je reprendrai le travail »

- I7 : « l'impression de ne pas être à la hauteur » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I9 : « la douleur de la cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie »
 - I16 : « les propos contradictoires des soignants »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I8 : « la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I14 : « la garde du bébé quand je reprendrai le travail »
 - I15 : « la reprise de mon travail »

- I9 : « la douleur de la cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I14 : « la garde du bébé quand je reprendrai le travail »
 - I15 : « la reprise de mon travail »
 - I17 : « la reprise de ma sexualité »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I10 : « le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I14 : « la garde du bébé quand je reprendrai le travail » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I18 : « la relation avec mon partenaire »
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson »

- I15 : « la reprise de mon travail » n'a pas montré de corrélation avec :
 - I19 : « la place du père auprès du nourrisson ».

Analyse et discussion

Validité de l'étude :

Le biais :

En réalisant notre étude, nous avons pu identifier un biais : le biais de sélection. En effet, la participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat, ce qui signifie que l'échantillon n'est pas totalement représentatif de la population générale car les personnes qui n'étaient pas volontaires, sont peut-être des personnes en difficulté et donc sûrement stressées, de même pour les personnes ne parlant ou ne comprenant pas le français qui n'ont pas été incluses dans l'étude pour des questions de faisabilité et de compréhension.

Les limites :

Une des limites de l'étude repose sur la perte de 96 questionnaires sur le site de l'Hôpital Nord ce qui représente un déséquilibre des populations du Gynépôle. Nous nous retrouvons donc avec une sur-représentation de la population de la Conception avec un taux de participation de 92%.

Il faut aussi noter que Marseille possède, comparée à une autre ville, une population particulière avec 17,4 % d'étrangers (Insee, 2016). Sur le Gynépôle, 72% des accouchées sont de nationalité étrangère, principalement originaires des Comores, du Maghreb, des pays de l'Est et de l'Afrique subsaharienne (Bernard, al. 2017) ce qui entraîne un nombre important de patientes ne parlant pas bien ou ne comprenant pas le français et qui n'ont pas été incluses dans l'étude engendrant donc une non-représentativité de la population générale. De plus, le CHU de l'Hôpital Nord se situe dans les quartiers Nord à proximité du 14^e et du 15^e arrondissement où la pauvreté représente 42 et 43% avec un nombre important d'immigrés alors que dans le 5^e arrondissement, quartier de l'hôpital de la Conception, la pauvreté représente 21%, engendrant donc une différence entre les deux populations (Centre d'observation de la société, 2014).

Nous n'avons pas inclus la provenance des patientes dans notre questionnaire alors que dans la littérature (Hartman, 2012 ; Petrel, 2009 ; San, 2013), nous avons retrouvé que selon les origines, les parents ont des habitudes qui sont ancrées dans leur culture et qui ont pu influencer le facteur de stress de la relation au nouveau-né avec les items 3 à 7 de l'échelle ... Par exemple en Chine, c'est l'entourage qui s'occupe des soins du nouveau-né pendant les 40 premiers jours de l'enfant (San, 2013). Dans certaines familles, c'est même une nourrice qui en a la charge, le temps que la mère se repose. De ce fait, si une patiente dans notre échantillon est originaire de Chine, les items concernant les soins du nouveau-né (items 3 à 7) ont pu être influencés par ses habitudes culturelles.

En Afrique, en Inde ou au Népal, les bébés sont longuement massés et étirés afin de les défroisser, les fortifier et les modeler selon les traits de beauté de leur tribu (Hartman, 2012). Ceci implique que ces populations n'ont pas peur de toucher leur bébé et donc ces patientes ne sont sûrement pas stressées par le fait de réaliser les soins à leur nouveau-né. Nous pouvons en conclure qu'il existe bien une influence culturelle.

De même pour le sexe de l'enfant. Notre questionnaire ne prend pas en compte le sexe de l'enfant alors que dans la littérature (Petrel, 2009), on observe des différences dans la prise en charge des nouveau-nés. Par exemple dans la communauté marocaine, l'emballage semble différent selon le sexe du bébé : la petite fille est plus à l'étroit que le garçon, afin d'encourager leur disposition à la dépendance. Ce qui induit que le sexe de l'enfant peut, peut-être influencer le facteur de stress concernant la relation au nouveau-né avec notamment l'item sur les soins à prodiguer (I6).

Notre questionnaire n'aborde pas non plus le passé des patientes (abus sexuels, maltraitance, antécédents de dépression, désordres psychiatriques...) alors que dans la littérature (Barboza & Dominguez, 2017 ; Ramsauer, al. 2016 ; Seng, al. 2013 ; Wosu, al. 2015), les auteurs décrivent que ses patientes sont plus à risque d'anxiété, de stress et donc de dépression postnatale.

Et pour finir avec les limites de notre étude, nous avons pu retrouver une bibliographie nombreuse en anglais notamment sur les conséquences néonatales et maternelles du stress postnatal ce qui a pu entraîner des erreurs de compréhension.

Le questionnaire :

Nous n'avons volontairement pas abordé la question sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) car d'après l'étude de Razurel et al. (2010) sur « Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative », les femmes suivent ces cours de PNP essentiellement pour se préparer à l'accouchement et disent ne pas avoir été réceptives aux autres informations (comme l'allaitement ou les soins de l'enfant). De même dans l'étude de Tari & Riquet (2016) où les femmes disent « ne pas être réceptives aux informations concernant les soins liés à l'enfant et à son mode d'alimentation durant les séances de PNP ». Dans une autre étude de Razurel, al. (2011), on constate que les connaissances sont peu mobilisées car « les mères ont du mal à se projeter dans le futur et étaient focalisées sur l'évènement à venir : à savoir l'accouchement ». Razurel (2011) a souligné le peu d'efficacité de ces séances prénatales concernant les soins, les besoins et le rythme du nouveau-né. C'est pour ces raisons, que nous n'avons pas abordé la notion de préparation à la naissance dans notre questionnaire car mêmes les femmes qui ont suivi ces séances prénatales disent « ne pas être réceptives aux informations concernant les soins liés à l'enfant et son alimentation » car ce sont des thèmes trop lointains et abstraits (Bernard, 2016) pour qu'elles puissent assimiler les informations transmises.

L'échelle PNPSI :

L'échelle PNPSI repose sur une échelle de Likert (Oppenheim, 1966 ; Scallon, 2007) qui comporte cinq degrés d'appréciation pour chaque item. Pour cette échelle, le 1 étant « pas du tout stressée », le 2 : « un peu stressée », le 3 : « moyennement stressée », le 4 : « très stressée » et 5 étant « énormément stressée ». Néanmoins, Guilbert (1990) estime qu'une personne peut facilement prendre une position neutre et aller vers le niveau central de l'outil. C'est pour cette raison que nous pouvons nous interroger sur le fait que le niveau central de l'échelle « moyennement stressée » a pu atténuer des réponses, d'un côté comme de l'autre. Pour l'illustrer, nous avons fait trois catégories pour chaque item et pour la population entière. La première catégorie, regroupe les patientes ayant répondu « pas du tout stressée » et « un peu stressée ». La seconde concerne les femmes ayant répondu « moyennement stressée » et la dernière rassemble les patientes ayant répondu « très stressée » et « énormément stressée ». Nous pouvons observer entre 15 à 30 % de réponses de notre population qui se situe au niveau de la deuxième catégorie, c'est-à-dire qui ont répondu « moyennement stressée » pour les items 1 à 4 qui concernent la fatigue, le rythme et l'état de santé du nourrisson, 12 pour « le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment » et 17 pour la reprise de la sexualité. Donc nous pouvons nous interroger sur le fait que pour ses items, cette catégorie centrale a pu atténuer des réponses d'un côté comme de l'autre.

Concernant les primipares :

Des études ont été menées sur le post-partum précoce, c'est-à-dire durant le séjour en maternité (Bernard, 2016 ; Sénat, al. 2015) et qui montraient une perception du stress plus grande chez la primipare de par l'inexpérience, la découverte de devenir parent (Helen, 1994 ; Salari et al. 2013) et du fait, que la naissance d'un enfant est une nouvelle situation inconnue qui engendre la nécessité d'ajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs (Razurel, al. 2010).

Comme le dit l'article de Razurel et al. en 2010, les événements stressants cités concernent principalement l'enfant et la mère passe au second plan. L'étude de Tari & Riquet en 2016 rapporte aussi que les primipares ont besoin de revenir sur les informations concernant le bien-être physique de leur enfant, les soins à prodiguer, et le rythme des pleurs. L'étude montre que pour 66,4% des femmes, les soins et le bien-être physique sont des priorités essentielles et 54,8% pour l'adaptation et le bien-être émotionnel (rythmes, sommeil, pleurs...), ce qui confirme bien que les événements stressants pour les primipares concernent principalement l'enfant.

C'est aussi ce que nous avons retrouvé dans notre étude. Par exemple, pour les items 4 et 5 qui concernent l'état de santé du nouveau-né et du nourrisson et l'idée de la mort inattendue du nourrisson, nous retrouvons respectivement 37,5 % et 46,4 % des primipares qui se disent très ou énormément stressée. De même pour l'item 10 : « le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment », où 23,3 % des primipares se sentent très ou énormément stressées pour l'alimentation de leur nourrisson. Nous pouvons donc dire que notre étude retrouve les mêmes résultats que la littérature : les primipares sont plus stressées que les multipares et les événements qui stressent les primipares concerne essentiellement le nouveau-né avec son bien-être, son alimentation, sa santé, ses rythmes et l'idée de la mort inattendue du nourrisson.

Concernant les multipares :

Nous avons récupéré les questionnaires des multipares afin de les analyser. Sur les dix-neuf items de l'échelle psychométrique PNPSI (Razurel, al. 2013), trois items stressent les multipares. Elles se sentent « très » ou énormément stressées » concernant l'état de santé du nourrisson (I4) à 26%, 29,9 % le sont pour l'idée de la mort inattendue du nourrisson (I5) et 26 % des multipares sont « très » ou « énormément stressées » pour la garde de l'enfant lors de la reprise du travail (I14). Nous pouvons voir que pour les multipares, deux des items concernent aussi le nourrisson.

Nous avons ensuite voulu voir s'il y avait un profil particulier de multipares qui étaient stressées avec la mise en évidence de facteurs de risque. Pour cela, nous avons repris tous les questionnaires et analysé les réponses. Nous sommes arrivés à un profil : il s'agit d'une femme de 33 ans en moyenne, avec deux enfants, dont la grossesse a été harmonieuse, ayant eu un accouchement par voie basse, et qui allaite. Une femme qui a un emploi, qui est mariée, qui vit avec son conjoint et qui bénéficie de l'aide de la part de sa famille ou de sa belle-famille. Nous pouvons donc dire que les multipares qui sont stressées n'ont pas particulièrement de profil type, et de facteur de risque mis en évidence.

Comparaison des primipares et multipares :

Grâce au test de Student, nous avons pu constater que les primipares ont une perception plus stressante par rapport aux multipares sur la relation au nouveau-né notamment avec les items sur le rythme (I3), la santé (I4) et l'idée de la mort inattendue du nourrisson (I5). Dans la littérature (Helen, 1994 ; Salari et al. 2013), on retrouve également une perception du stress plus importante chez la primipare de par l'inexpérience et la découverte de devenir parent. De même dans l'étude de Bernard, al. en 2016, où l'on retrouve que les primipares sont significativement plus stressées que les multipares en ce qui concerne le rythme du nouveau-né et les soins à prodiguer.

Quant aux multipares, elles ont une perception plus stressante de la place du père (I19). La place du père auprès du nouveau-né et du nourrisson stresse beaucoup les multipares alors que d'après la publication de Jean Le Camus, en 2006, les pères sont de plus en plus présents et impliqués dans le caregiving qui est le fait de donner les soins (pas seulement dans le milieu de la maternité), que l'on appelle aussi le maternage. Il serait plus égalitaire de parler plutôt de caregiving où le mot anglais « care » gomme la notion féminine que l'on retrouve dans le mot maternage qui fait référence à la mère, en instaurant une notion neutre avec le « care/soin », qui peut aussi bien être réalisé par le père comme par la mère puisqu'une de ses nombreuses terminologies est le fait de donner des soins, « prendre soin de », (Zielinski, 2010) sans que la notion de genre intervienne.

Jadis, les soins, les tâches des repas, et les bains étaient réservés aux femmes, ce qui a valu le nom de maternage (Le Camus, 2006). Donc nous pouvons dire que si le père est resté dans cette optique, la mère se retrouvera seule pour accomplir les tâches au quotidien et pourra se poser des questions sur la place du père auprès de son enfant et percevoir du stress.

La place du père dépend de la représentation culturelle que l'on a. En effet selon certains contextes culturels le père peut être présent pour donner les soins, ou il peut être là seulement pour le jeu, le développement de son enfant, ou encore, il peut être physiquement présent dans l'environnement de l'enfant, sans être disponible sur le plan affectif (Roopnarine & Yildirim, 2016).

Dans la publication d'Agnès Echène en 2010 et dans le communiqué de presse de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en 2018, on retrouve aussi que l'homme y prend une place grandissante dans la relation à l'enfant : soins, bains, tâches des repas, éveil... Pourtant dans ce même communiqué, les pères disent avoir l'impression qu'on ne s'intéresse pas (ou mal) à eux. C'est pour cela, que l'UNAF a proposé de former les professionnels à intégrer systématiquement les pères dans la relation parents/professionnels autour de l'enfant : notamment les enseignants, les professionnels de soutien à la parentalité, les métiers de la justice familiale et les professionnels de santé.

Seuls 68% des pères ont recours au congé paternité (DREES, 2016). Les pères ne pouvant pas prendre leur congé paternité invoquent leurs contraintes professionnelles. C'est pour cela que l'UNAF a proposé de favoriser le recours au congé paternité par tous les pères et de rendre le congé parental (et son partage) attractif en augmentant son indemnisation afin de valoriser la place des pères et pour qu'ils puissent s'intégrer au maximum dans leur rôle de père et être au plus près de leur compagne/femme et enfant(s).

De plus, le soutien social dont le soutien du compagnon joue un rôle protecteur et a des effets positifs sur le bien-être physique et psychique de la mère et l'enfant ce qui semble moduler l'impact du stress sur la santé (Glazier, al. 2004 ; Razurel, al. 2010 ; Razurel, al. 2011) d'où l'importance du soutien social et de la place du père.

Donc même si les multipares ont déjà vécu au moins une naissance, il demeure important de les écouter, les soutenir, et les accompagner tout en intégrant le père pour qu'il puisse remplir son rôle au maximum.

Corrélation entre les items composant les facteurs de stress postnatal :

Nous avons ensuite étudié la corrélation entre les items de l'échelle PNPSI (Razurel, al. 2013). Nous pouvons constater que tous les items sont fortement corrélés ($p < 0,001$) avec les items concernant la relation au nouveau-né et les projections futures, ce qui prouve bien que l'arrivée d'un enfant engendre des ajustements dans le quotidien des parents.

L'item 5 sur la mort inattendue du nourrisson est celui qui a été le moins corrélé. Il faut noter que la mort inattendue du nourrisson est l'élément le plus stressant pour les mères (37%) et principalement pour les primipares (46%). Ce stress est corrélé significativement ($p < 0,05$) avec celui perçu par les mères sur leur fatigue, leur manque de sommeil, le sentiment d'être débordée et de ne pas savoir si leurs nourrissons mangent suffisamment. La perception du stress sur les rythmes, la santé du nourrisson et la garde de l'enfant lors de la reprise du travail est très significativement ($p < 0,001$) corrélée avec celle sur la mort inattendue du nourrisson.

L'item 4 sur l'état de santé du nourrisson, est le deuxième élément qui stresse les mères (31%) et encore principalement les primipares (37,5%). Cet item est fortement corrélé ($p < 0,001$) avec les items des facteurs de stress : « la relation au nouveau-né » et « le rapport au corps » et significativement corrélé ($p < 0,05$) avec les items du facteur de stress « les projections futures ».

L'item 14 concernant la garde de l'enfant lors de la reprise du travail est le troisième élément qui stresse les mères (24%). Et ce sont les multipares (26%) qui le sont le plus. Cet item est très significativement corrélé ($p < 0,001$) avec les items des facteurs de stress : « la relation au nouveau-né » et « les projections futures ».

Nous pouvons donc en conclure qu'il y a bien une corrélation entre les différents items du même facteur de stress. Pour le facteur de stress « la fatigue », l'item 1 et 2 sont fortement corrélés ($p < 0,001$). Pour celui de la relation au nouveau-né : les items 3 à 7 sont aussi très significativement corrélés ($p < 0,001$). De même pour les projections futures avec les items 12 à 15 ($p < 0,001$) et le rapport avec le partenaire avec les items 17 à 19 ($p < 0,001$). Quant au facteur de stress : « l'alimentation du nouveau-né », les items 10 et 11 sont seulement corrélés significativement avec un $p < 0,05$. Le facteur de stress « la relation aux soignants », ne contient qu'un item (I16) et ne peut donc être corrélé avec aucun item de sa catégorie.

L'évolution des facteurs de stress :

Pour pouvoir apprécier l'évolution des facteurs de stress, nous avons comparé les échelles PDPSI (Razurel, al. 2014) qui est faite pour évaluer le stress lors du post-partum précoce et PNPSI (Razurel, al. 2013) qui est faite pour le post-partum tardif.

- Nous pouvons observer que des items ont disparu notamment : ceux sur le séjour en maternité (le fait que les autres mères de la même chambre semblaient mieux se débrouiller que moi, les visites, la difficulté de se reposer à la maternité), sur l'accouchement (le pré-travail, la durée du travail, la douleur des contractions, la douleur de la poussée et de l'expulsion). Nous pouvons aussi voir la disparition du vécu de l'accouchement alors que c'est l'un des items qui stressait le plus : jusqu'à 20% des femmes se disaient « énormément stressée » et 24% « très stressée » (Bernard, al. 2017).
- Nous retrouvons des items identiques aux deux échelles, comme le rythme du bébé, les soins à prodiguer, la fatigue, la douleur de l'allaitement, et les propos contradictoires des soignants.
- De nouveaux items ont fait leur apparition comme le rapport au corps (avec la douleur et la cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne), le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour soi, l'état de santé du nourrisson, l'idée de la mort inattendue du nourrisson, le rythme de vie avec le bébé (le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant, l'impression de ne pas être à la hauteur, et la garde du nourrisson), l'écart entre mon imagination et la réalité, la reprise du travail, la reprise de la sexualité, la relation avec le partenaire et la place du père auprès du nourrisson.

Avant de comparer nos résultats avec ceux de l'étude d'Emilie Bernard (Bernard, 2016), nous avons dû appareiller notre population avec celle de son étude car nous ne pouvons pas mélanger des accouchements par voie basse avec des césariennes, des grossesses uniques avec des grossesses multiples, des séjours du nouveau-né en maternité avec des séjours en réanimation ou en unité de soins intensifs... notamment pour le vécu du stress maternel.

Nous avons donc pu garder 100 mères, 39 primipares et 61 multipares que nous pouvons maintenant comparer avec les 206 mères, 96 primipares et 110 multipares, interrogées lors de leur séjour en maternité.

Tableau 4 : évolution des facteurs de stress du post-partum précoce (Bernard, 2016) et ceux de la consultation postnatale

			Post-partum précoce à la maternité			Post-partum à la consultation postnatale		
Facteurs de stress	Items	Niveau de stress	Pop. totale N=206	Primipares % (N=96)	Multipares % (N=110)	Pop. totale N=100	Primipares % (N=39)	Multipares % (N=61)
Relation au nouveau-né	La relation au nouveau-né	1	90,3(186)	85,4(82)	94,6(104)	66(66)	58,9(23)	75,4(46)
		2	5,3(11)	18,3(8)	2,7(3)	13(13)	17,9(7)	9,8(6)
		3	4,3(9)	6,2(6)	2,7(3)	21(21)	23,1(9)	14,7(9)
	Le rythme du nourrisson	1	74,8(154)	63,5(61)	84,5(93)	64(64)	56,4(22)	68,8(42)
		2	14,1(29)	19,8(19)	9,1(10)	23(23)	28,2(11)	19,6(12)
		3	11,2(23)	16,7(16)	6,4(7)	13(13)	15,3(6)	11,4(7)
	Les soins à prodiguer	1	82,5(170)	73(70)	90,9(100)	86(86)	87,1(34)	86,8(53)
		2	11,7(24)	16,7(16)	7,3(8)	4(4)	2,6(1)	4,9(3)
		3	5,8(12)	10,4(10)	1,8(2)	10(10)	10,2(4)	8,1(5)
La fatigue	La fatigue	1	58,3(120)	55,2(53)	60,9(67)	54(54)	53,8(21)	52,4(32)
		2	22,8(47)	21,9(21)	23,6(26)	30(30)	25,6(10)	34,4(21)
		3	18,9(39)	22,9(22)	15,5(17)	16(16)	20,5(8)	13,1(8)
L'alimentation du nouveau-né	La douleur de l'allaitement	1	69(142)	59,3(57)	77,3(85)	84(84)	89,7(35)	83,6(51)
		2	11,2(23)	14,6(14)	8,2(9)	8(8)	5,1(2)	9,8(6)
		3	18,9(39)	21,6(25)	14,6(16)	8(8)	5,1(2)	8,1(5)
	Les propos contradictoires	1	83,5(172)	81,2(78)	85,5(94)	80(80)	79,4(31)	83,6(51)
		2	10,2(21)	11,5(11)	9,1(10)	11(11)	12,8(5)	9,8(6)
		3	3,6(13)	7,3(7)	5,4(6)	9(9)	7,6(3)	8,1(5)

Légende :

- N : effectif
- 1 : « pas du tout » et « un peu stressée »
- 2 : « moyennement stressée »
- 3 : « très » et « énormément stressée »

En comparant les deux études, et donc en comparant les facteurs de stress du post-partum précoce et ceux de la consultation postnatale, nous pouvons constater qu'il y a une nette amélioration de la perception du stress pour les soins à prodiguer notamment pour les primipares avec une augmentation de 14%.

Dans la littérature (Razurel et al. 2011 et Razurel et al. 2013), l'allaitement qui était un facteur de stress au moment du post-partum précoce (Bernard, al. 2017) n'est plus un facteur de stress au moment de la consultation postnatale : avec une amélioration de la perception du stress. Effectivement, on peut observer une augmentation de 15% pour la cotation « pas du tout stressée » et « un peu stressée » de la part de la population générale et une diminution de 10,9% pour la cotation « très stressée » et « énormément stressée », et plus particulièrement pour les primipares qui sont passées de 21,6% (Bernard, al.2017) à 5,1% au moment de la consultation postnatale.

Cependant, on peut observer une diminution de la perception du stress pour le facteur de la fatigue pour la cotation « pas du tout stressée » et « un peu stressée » : où la population générale est passée de 58,3% « pas du tout ou un peu stressée » à 54% à la consultation postnatale. En effet, que ce soit pour les primipares ou les multipares, on observe une augmentation des réponses pour la position neutre avec la cotation « moyennement stressée » (+7,2%). On peut donc conclure que les femmes, qu'elles soient primipares ou multipares ressentent plus de stress à la consultation postnatale concernant la fatigue. Cette fatigue ne doit pas être négligée car elle peut influencer la relation avec le nouveau-né.

De même pour les propos contradictoires des soignants où on observe une diminution de 3,5% des réponses pour la cotation « pas du tout ou un peu stressée » et une augmentation de 5,4% des réponses pour la cotation « très ou énormément stressée ». Mais les mères restent quand même « pas du tout ou un peu stressée » par les propos contradictoires des soignants concernant l'alimentation du nourrisson à 80% donc largement la majorité.

Nous pouvons donc en conclure qu'il y a une nette amélioration de la perception du stress concernant les soins à prodiguer, notamment de la part des primipares. De même pour l'allaitement, qui n'est plus un facteur qui stresse au moment de la consultation postnatale où 69,2% des femmes allaitent encore. Cependant, on observe une augmentation de la perception du stress pour la fatigue de la part des primipares et des multipares.

D'après l'étude qui a permis de valider l'échelle (Razurel, al. 2013) et le mémoire d'une étudiante sage-femme (Bernard, 2016) : les facteurs perçus comme les plus stressants au moment du post-partum précoce étaient « la relation avec le nouveau-né » et l'allaitement maternel. Nous retrouvons encore « la relation avec le nouveau-né » dans le post-partum tardif avec notamment les items concernant la santé du nourrisson où 30,8% des femmes se disent « très » ou « énormément stressées » et l'idée de la mort inattendue du nourrisson où 36,8% des femmes se disent « très » ou « énormément stressées ».

Les pistes d'amélioration :

Les auteurs décrivent que plus de 20% des femmes attendaient une aide à la sortie de la maternité et que la préparation à la sortie de la maternité est jugée insatisfaisante. Elles sont jusqu'à 35% à être « pas du tout satisfaites » des informations et des conseils reçus lors du séjour pour continuer à assurer les soins lors de leur retour à domicile (Tari & Riquet, 2016). 13% des femmes se disent encore très ou énormément stressées dans le post-partum (Razurel, 2015).

D'après les recommandations de la HAS (2005) sur la préparation à la naissance et à la parentalité, il est recommandé de poursuivre les séances de PNP durant le séjour en maternité et lors du retour à domicile. C'est pour ses raisons que depuis 2009, la maternité du CHU Nord de Marseille propose à tous les parents un **entretien éducatif de groupe** pendant le séjour en maternité sur les soins de puériculture à apporter au nouveau-né pour préparer le retour à domicile avant la sortie de la maternité (Riquet, al. 2019). Durant cet entretien, trois vidéos de la HAS sont diffusées : une sur le couchage et la prévention de la mort inattendue du nourrisson, une sur la prévention des infections et la dernière sur la fièvre du nouveau-né. Les soins de puériculture sont également abordés et animés par les soignants : les soins d'hygiène (bain, change, soins du cordon...), les rythmes du nouveau-né (sommeil, pleurs...) et l'alimentation (Riquet, al. 2019). Leur étude, a permis d'évaluer l'entretien éducatif auprès des usagers avec la satisfaction des parents (où 80% sont très largement satisfaits de cet entretien) et le sentiment d'efficacité personnelle. 69% des parents se disent maîtriser la prévention de la mort subite inattendue du nourrisson, 64 % pour les rythmes et les pleurs du nouveau-né (Riquet, al. 2019). Cet entretien permettrait d'apporter aux parents des compétences en puériculture pour faciliter le retour à domicile mais aussi de diminuer le facteur de stress « la relation au nouveau-né » avec les items sur la santé du nouveau-né et l'idée de la mort inattendue du nourrisson qui stresse encore les femmes à la consultation postnatale (30,8 et 36,8%). Mais dans la littérature (Claudet, al. 2012), 43% des motifs de consultations sur l'hôpital Nord concernent des conseils en puériculture et d'inquiétude des parents donc étendre ce dispositif à d'autres maternités est une proposition intéressante mais qui ne résoudra pas la perception du stress des mères sur la mort inattendue du nourrisson car c'est la relation avec leur partenaire et la place de celui-ci auprès du nourrisson qui sont très significativement corrélés avec le stress des mères pour prodiguer les soins (tableau 3).

Il semblerait intéressant de réaliser systématiquement un **entretien postnatal précoce** (EPNP) (Tari & Riquet, 2016). C'est un outil de prévention et d'éducation en santé périnatale qui permet aux femmes, aux couples de bénéficier d'un temps et d'un espace de parole afin d'exprimer librement leur ressenti, leurs angoisses, leurs besoins et le stress vécu, au moment où l'enfant est présent et d'adapter le suivi à domicile. D'après cette étude (Tari & Riquet, 2016), elles sont 36,8% à souhaiter bénéficier d'un EPNP et ce sont essentiellement des primipares qui le sollicitent le plus (41,94%). Les mères ont privilégiées les thématiques se rapportant au nouveau-né avec notamment « son bien-être et les soins à prodiguer » (94%), « son alimentation » (88,8%) et « l'adaptation des rythmes » (91,6%). Mais les mères ont aussi évoqué la thématique du retour à domicile comme étant une priorité essentielle (34,4%) et l'équilibre du couple avec la place du

père et le partage des tâches comme étant assez important à 36,4%. D'après cette étude, les mères expriment leur préférence de le réaliser à domicile (60%) entre le cinquième et le quinzième jour après la sortie de la maternité (56%).

60% des femmes expriment le besoin d'accompagnement concernant les soins au nouveau-né et l'allaitement et plus de 50 % pour les rythmes de nouveau-né lors du retour à domicile (Tari & Riquet, 2016). Nous pouvons constater qu'à la consultation postnatale, les soins à prodiguer, les rythmes du nourrisson et l'allaitement, ne sont plus des facteurs de stress postnatal, ce qui prouve l'efficacité de cet EPNP.

L'entretien postnatal précoce est un temps en éducation périnatale qui a été proposé dans les recommandations de la HAS (2014) sur l'organisation et le retour à domicile des mères et des nouveau-nés. Cet entretien permet d'ajuster le diagnostic éducatif aux besoins des femmes et des familles quand l'enfant est présent, car les informations transmises plus tôt au cours de la grossesse, ne sont pas toujours retenues car les thèmes abordés en préparation à la naissance et à la parentalité, et plus particulièrement, les soins, les besoins et le rythme du nouveau-né sont trop lointains et abstraits (Razurel, al. 2011). Cet entretien permet d'élaborer les objectifs pédagogiques pour les séances postnatales de PNP et de promouvoir la santé émotionnelle en participant à la prévention de la dépression du post-partum. Ces **deux séances postnatales** sont prises en charge par l'assurance maladie entre le huitième jour suivant l'accouchement et la consultation postnatale à effectuer entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement et sont encore très peu utilisées (Tari & Riquet, 2016). Pourtant, ces séances permettent de compléter ses connaissances, d'accompagner les soins du nouveau-né, d'avoir du soutien pour l'allaitement, de favoriser les liens d'attachement, de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant, de rechercher des signes de dépression du post-partum et de recevoir du soutien à la parentalité et à la confiance en soi (Inpes, 2010).

Dans l'étude de Razurel, al. publiée en 2010, les femmes regrettent même qu'il n'y ait pas de cours pendant la période postnatale, pour renforcer, notamment les connaissances liées à l'allaitement et au rythme de l'enfant, car elles se disent ne pas avoir été réceptives à ces informations pendant la période prénatale. Ce qui prouve bien que les femmes sont mal informées de la prise en charge existante en postnatale car il existe bien deux séances postnatales remboursées par la sécurité sociale.

Ces deux séances postnatales peuvent être utilisées par les mères aussi bien par les primipares que les multipares, en orientant le contenu de ces séances, si les patientes le souhaitent, car c'est un parcours éducatif personnalisable, vers de la prévention contre la mort inattendue du nourrisson, si elles ressentent le besoin, puisque c'est le facteur qui stresse le plus à la consultation postnatale (36,8%) et plus particulièrement les primipares (46%).

Ces séances pourront aussi servir d'accompagnement pour les multipares et leurs conjoints afin qu'ils trouvent au mieux leur place dans ce nouveau rôle de parent puisque les multipares sont significativement ($p < 0,05$) plus stressées que les primipares sur la place du père auprès du nouveau-né et nourrisson. La sage-femme possède une place privilégiée pour soutenir et accompagner la parentalité et délivrer un accompagnement conjugal.

Si les deux séances postnatales n'ont pas suffi et que les parents ressentent toujours un besoin d'accompagnement notamment sur la santé et les soins du nouveau-né et du jeune enfant, nous pouvons proposer des éducations complémentaires qui correspondent à des interventions éducatives proposées par l'association du Laboratoire Education et Pratiques de Santé (LEPS), de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Il s'agit d'un modèle **d'Education à la Santé Familiale (ESF)** basée sur les compétences et le savoir-faire en soins et en secours de proximité (Riquet, al. 2016). C'est une formation d'une douzaine d'heures qui comporte un tronc commun de 4 modules qui concernent la « Santé et famille au quotidien », les « Traumatismes et agressions extérieures », les « Urgences familiales » et les « Situations d'exceptions » et 3 modules spécifiques au choix en fonction des besoins d'apprentissage avec notamment un module « Puériculture et Pédiatrie » qui concerne la santé et les soins du nouveau-né et du jeune enfant, la « Gériatrie et personnes âgées » et « Agir en tant que jeune ». C'est un accompagnement pédagogique dont le but est d'appuyer les savoirs, d'approfondir les connaissances et d'apprendre à développer une démarche de résolution des problèmes grâce à des tables rondes, des échanges, des jeux, des mises en situation, et des documents à emporter. Dans cette étude (Riquet, al. 2016), plus de 80% des participants se disent prêts après cette formation à prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé.



¹ 7 séances individuelles ou en groupe.

² Education individuelle informelle tout au long du séjour +/- séance(s) d'éducation formalisée(s) en groupe.

³ 2 séances individuelles.

⁴ Educatons complémentaires : éducation à la santé familiale, programme de réussite éducative à la parentalité. ...

Figure 21 : Parcours éducatif en périnatalité (Tari & Riquet, 2016)

De plus, accompagner les mères sur un **modèle d'entretien psychoéducatif** (Razurel, 2015) a démontré son intérêt pour agir sur le stress et améliorer leur relation à l'enfant. Il est composé de 4 étapes : investiguer le stress perçu, travailler autour de l'élément stressant, travailler les stratégies de coping et les éléments ressources à disposition et investiguer le soutien social dans le but de modifier l'événement qui pose problème et apprendre à utiliser ses propres ressources à domicile. Cet entretien peut permettre de travailler sur la mort inattendue du nourrisson, la place du père mais aussi afin de clarifier les propos contradictoires des soignants où 9% des mères se sentent très ou énormément stressées. Il pourra aussi être abordé le sujet de la vaccination, d'autant plus depuis 2018 avec les 11 vaccins devenus obligatoires qui peuvent stresser les parents car l'état de santé est significativement corrélé au stress maternel et notamment pour les primipares (tableau 2).

En résumé, l'accompagnement postnatal est riche : il doit juste être connu de tous : que ce soit les professionnels de santé ou les futurs et jeunes parents. Dès le début du séjour, on peut bénéficier d'une éducation grâce aux conseils et aux explications donnés au quotidien, avec des séances d'éducation formalisée en groupe selon les maternités. Puis dès le retour à domicile, la prise en charge postnatale débute par l'EPNP qui va permettre d'adapter le parcours éducatif en fonction des besoins. Puis nous disposons de deux séances éducatives postnatales à réaliser entre le huitième jour après l'accouchement et la consultation postnatale et si cela ne suffit pas, il reste encore les éducations complémentaires avec l'éducation à la santé familiale.

D'après l'étude de Maimburg & Vaeth publiée en 2015 et celle de Razurel, al. publiée en 2010, même le fait d'avoir reçu des interventions en anténatal n'est pas suffisant pour prévenir la dépression postnatale à six semaines après la naissance. Mais des interventions intensives proposées en période postnatale ont un effet préventif sur la dépression postnatale (Razurel, al. 2010) d'où l'importance de faire connaître cette prise en charge.

Il serait intéressant de promouvoir et de distribuer des **prospectus** afin de faire connaître cette prise en charge. Un prospectus a déjà été créé sur le réseau d'associations de soutien à la parentalité par Sophie Juillard (2018) [annexe VII], qu'il serait très utile de distribuer afin que les parents sachent qu'il existe des solutions en cas de besoin. Le fait d'afficher des **posters** dans les maternités pourrait informer les professionnels de santé et les futurs et jeunes parents de l'existence de la prise en charge postnatale et du réseau d'associations de soutien à la parentalité.

Et pour finir, il faudrait proposer un **dépistage de la dépression postnatale avec l'échelle EPDS** [annexe V] chez les mères qui se ressentent très ou énormément stressées sur l'ensemble des items qui composent le facteur de stress 1 concernant la fatigue et l'organisation à domicile car ils sont très significativement corrélés (tableau 3). Il serait aussi intéressant de le proposer pour les primipares qui sont très ou énormément stressées sur l'ensemble des items du facteur de stress 2 qui concerne la relation au nourrisson car ils sont aussi très significativement corrélés (tableau 3), ainsi que pour les multipares qui évoquent être très ou énormément stressées par la place du père auprès du nourrisson ou dans la relation avec leur partenaire.

Conclusion

La sage-femme possède une place privilégiée auprès des femmes, des pères, des couples et des familles pour les soutenir, les accompagner dans leur nouveau rôle de parent mais a aussi un rôle de dépistage en cas de difficultés d'adaptation à ce nouveau rôle qui serait source de stress. Le stress postnatal entraîne de nombreuses conséquences sur le nouveau-né, la mère mais aussi sur le conjoint, le couple et l'équilibre familial.

Nous avons pu constater que les primipares ressentaient significativement du stress vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né avec les items sur les rythmes, l'état de santé de l'enfant et l'idée de la mort inattendue du nourrisson alors que les multipares, étaient significativement plus stressées pour la place du père auprès du nourrisson.

Nous avons pu observer entre le post-partum précoce et la consultation postnatale, une nette amélioration de la perception du stress de la part des primipares et des multipares concernant les soins à prodiguer, et l'allaitement qui ne sont plus des facteurs qui stressent à la visite postnatale. Cependant on observe une augmentation de la perception du stress de la part des primipares et des multipares concernant la fatigue avec une augmentation de 7,2% pour la réponse « moyennement stressée ».

Le parcours éducatif en périnatalité est riche et modulable en fonction des besoins : avec un entretien éducatif de groupe pendant le séjour à la maternité à étendre aux autres maternités, l'EPNP, deux séances éducatives postnatales, et l'éducation à la santé familiale. Mais ce parcours éducatif est encore mal connu. C'est pour ça qu'il est important de le faire connaître en établissant des posters à afficher dans les maternités afin d'informer les professionnels de santé et les futurs parents. De plus la distribution de prospectus concernant le réseau de périnatalité existant pourrait aider les parents à trouver des réponses et de l'aide en cas de besoin.

Liste des abréviations

- AM : Allaitement Maternel
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale
- EPNP : Entretien PostNatal Précoce
- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- ESF : Education à la Santé Familiale
- ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- LEPS : Laboratoire Education et Pratiques de Santé
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PDPSI : Post-Delivery Perceived Stress Inventory
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PNPSI : PostNatal Perceived Stress Inventory
- UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Introduction p.1

Matériels et méthode p.5

- Objectifs de l'étude
- Caractéristiques de l'étude
- Caractéristiques de la population étudiée
- Constitution du questionnaire p.6
- Distribution du questionnaire
- Recueil des données

Résultats p.8

- La population étudiée
 - Figure 1 : répartition de la population étudiée par tranche d'âge
- Les caractéristiques de la population étudiée p.9
 - Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée
- L'échelle PNPSI p.10
 - Figure 2 : I1PNPSI : la fatigue et le manque de sommeil
 - Figure 3 : I2PNPSI : le fait d'être débordée p.11
 - Figure 4 : I3PNPSI : le rythme du nourrisson
 - Figure 5 : I4PNPSI : l'état de santé de l'enfant p.12
 - Figure 6 : I5PNPSI : l'idée de la mort inattendue du nourrisson
 - Figure 7 : I6PNPSI : le fait de donner les soins p.13
 - Figure 8 : I7PNPSI : l'impression de ne pas être à la hauteur
 - Figure 9 : I8PNPSI : la cicatrice et les lésions p.14
 - Figure 10 : I9PNPSI : la douleur de la cicatrice
 - Figure 11 : I10PNPSI : le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment p.15
 - Figure 12 : I11PNPSI : la douleur de l'allaitement
 - Figure 13 : I12PNPSI : le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (sortir, voyager...) p.16
 - Figure 14 : I13PNPSI : l'écart entre mon imagination et la réalité
 - Figure 15 : I14PNPSI : la garde du nourrisson p. 17
 - Figure 16 : I15PNPSI : la reprise de mon travail
 - Figure 17 : I16PNPSI : les propos contradictoires des soignants ... p.18

- Figure 18 : I17PNPSI : la reprise de ma sexualité
- Figure 19 : I18PNPSI : la relation avec mon partenaire p.19
- Figure 20 : I19PNPSI : la place du père auprès du nourrisson
- Comparaison entre les primipares et les multipares p.20
 - Tableau 2 : comparaison entre les primipares et les multipares selon le test de Student
- Le coefficient de corrélation p.21
 - Tableau 3 : coefficient de corrélation entre les différents items des facteurs de stress postnatal de l'échelle PNPSI

Analyse et discussion p.24

- Validité de l'étude
- Le questionnaire p.25
- L'échelle PNPSI p.26
- Les primipares
- Les multipares p.27
- Comparaison des primipares et multipares
- Corrélation entre les items composant les facteurs de stress postnatal p.29
- L'évolution des facteurs de stress p.30
 - Tableau 4 : évolution des facteurs de stress du post-partum précoce et ceux de la consultation postnatale p. 31
- Les pistes d'amélioration p.33
 - Figure 21 : parcours éducatif en périnatalité p.35

Conclusion p.37

Liste des abréviations p.38

Table des matières

Bibliographie

Annexes

- Annexe I : le questionnaire de l'étude
- Annexe II : tableau 5 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI, les primipares et les multipares confondues
- Annexe III : tableau 6 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI des primipares
- Annexe IV : tableau 7 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI des multipares
- Annexe V : l'échelle EPDS
- Annexe VI : l'échelle PDPSI
- Annexe VII : plaquette d'informations : associations de soutien à la parentalité

Bibliographie

- Agius.A, Xuereb.RB, Carrick-Sen.D, Sultana.R, Rankin.J (2016), « The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period : a systematic review », *Midwifery*, n°36, p70-79
- ARS (2013), *Composante du projet régional de santé PACA 2012-2016, révision du 27 décembre 2013*, version PDF, disponible sur https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Revision_SROS_PRS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013_0.pdf, consulté le 01.11.2017
- ARS (2018). *Schéma Régional de Santé 2018-2023 Provence-Alpes-Côte-d'Azur*, disponible sur le site : <https://www.paca.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2018-2023-0>, consulté le 22.12.2018
- Barboza.GE, Dominguez.S (2017), « Longitudinal growth of post-traumatic stress and depressive symptoms following a child maltreatment allegation: An examination of violence exposure, family risk and placement type », *Children and Youth Services Review*, n°81, p368-378
- Bell.AF, Andersson.E (2016), « The birth experience and women's postnatal depression : a systematic review », *Midwifery*, n°39, p112-123
- Bernard.E (2016), *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*, Mémoire Sage-femme, Université d'Aix-Marseille, EU3M
- Bernard.E, Zakarian.C, Pauly.V, Riquet.S (2017), « Evaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynépôle de Marseille », *Santé publique*, vol.29, n°5, p611-622
- Capgras-Baberon.D & Lefèvre-Penel.A (2014), « Le « désert » de l'accompagnement postnatal », *Vocation Sage-femme*, vol. 13, n°109, p12-14
- Centre d'observation de la société (2014). *La pauvreté dans les arrondissements de Paris, Lyon et Marseille*, version en ligne, disponible sur le site <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-pauvrete-dans-les-arrondissements-de-paris-lyon-et-marseille.html>, consulté le 09.03.2019
- Chiu.M, Coull.A, Cohen.S, Wooley.A (2012), « Prenatal and Postnatal Maternal Stress and Wheeze in Urban Children », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 186, n°2, p147-154

- Claudet.I, De Montis.P, Debuissou.C, Maréchal.C, Honorat.R, Grouteau.E (2012), « Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés », *Archives de pédiatrie*, vol. 19, n°9, p900-906
- CNGOF (2015). *Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum*, version PDF, disponible sur <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2015/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>, consulté le 01.11.2017
- CNOF (2010). *Référentiel métier sages-femmes*, version PDF, disponible sur http://www.ordre-sagesfemmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf, consulté le 19.10.2017
- CNOF (2012). *Code de déontologie des sages-femmes*, version PDF, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>, consulté le 19.10.2017
- Denis.A, Callahan.S (2009), « Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de la littérature », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, n°19, p116-119
- DRESS (2016), *Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix*, version PDF, disponible sur le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er957.pdf>, consulté le 09.02.2019
- Échène.A (2010), « La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation », *Dialogue*, n°190, p147-158
- Faisal-Cury.A, Tedesci.JJA, Kahhale.S, Menezes.PR, Zugaib.M (2004), « Postpartum depression : in relation to life events and patterns of coping », *Archives of Women's Mental Health*, n°7, p123-131
- Falah-Hassani.K, Shiri.R, Dennis.C-L (2016), « Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety », *Journal of Affective Disorders*, n°198, p142-147
- Franke.S (2009), *La consultation postnatale : un créneau à prendre*, Mémoire Sage-Femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, Ecole de sage-femme Metz
- Glazier.R, Elgar.F, Goel.V, Holzappel.S (2004), « Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women », *Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 25, n°3-4, p247-255

- Guilbert.J-J (1990). *Guide pédagogique pour les personnels de santé*, version PDF, disponible sur le site <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42119>, consulté le 22.02.2019
- Hartman.M, (2012), *A la hauteur des bébés*, Editions de La Martinière
- HAS (2005), *Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, version PDF, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf, consulté le 01.11.2017
- HAS (2007), *Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)*, version PDF, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_mort_inattendue_nourrisson.pdf, consulté le 08.02.2019
- HAS (2012), *DPC des sages-femmes*, guide HAS, version en ligne, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437729/fr/dpc-des-sages-femmes-oumaieutique, consulté le 01.11.2017
- HAS (2014), *Recommandations de bonne pratique : Sortie de maternité après l'accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, version PDF, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2 clics_sortie_de_maternite-120314.pdf, consulté le 06.01.2019
- Helen.I, Lugina & Denise.M-P (1994), « Postpartum concerns : A study of Tanzanian mothers », *Health Care for Women International*, vol. 3, n°15, p225-233
- Hohmann.CF, Beard.NA, Kari-Kari.P, Jarvis.N, Simmons.Q (2012), « Effects of Brief Stress Exposure during Early Postnatal Development in Balb/CByJ Mice : II. Altered Cortical Morphology », *Developmental Psychobiology*, vol.54, n°7, p723-735
- Inpes (2010). *Fiche d'action n°12 : Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité*, version PDF, disponible sur le site <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf> consulté le 10.03.2019
- Insee (2016). *Marseille concentre la moitié de la population des quartiers de la politique de la ville de la région*, version en ligne, disponible sur le site : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019628>, consulté le 28.01.2019
- Jawahar.MC, Murgatroyd.C, Harrison.EL, Baune.BT (2015), « Epigenetic alterations following early postnatal stress : a review on novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders », *Clinical Epigenetics*, n°7, p122-135

- Juillard.S (2018), *Identification des besoins des sages-femmes en vue d'améliorer la pratique de l'évaluation postnatale, étude menée dans les Bouches-du-Rhône*, Mémoire Sage-femme, Université d'Aix-Marseille, EU3M
- Labrune.P (2015), « Examen clinique du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant », *Pédiatrie-Maladies infectieuses*, vol.10, n°3, p1-8
- Larousse (2015) : définition du post-partum
- Le Camus.J (2006), « Le devenir père », *Informations sociales*, n°132, p26-35
- Lee.A, Chiu.Y-HM, Rosa.MJ, Jara.C, Wright.RO, Coull.BA, Wright.RJ (2016), « Prenatal and postnatal stress and asthma in children : temporal- and sex-specific associations », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol.138, n°3, p740-747
- Lee.Y-A, Kim.Y-J, Goto.Y (2016), « Cognitive and affective alterations by prenatal and postnatal stress interaction », *Physiology & Behavior*, n°165, p146-153
- Liu.R, Yang.X-D, Liao.X-M, Xie.X-M, Su.Y-A, Li.J-T, Wang.X-D, Si.T-M (2016), « Early postnatal stress suppresses the developmental trajectory of hippocampal pyramidal neurons: the role of CRHR1 », *Brain Structure & Function*, vol.221, n°9, p4526-4536
- Loizzo.A, Spampinato.SM, Campana.G, Vella.S, Fortuna.A, Costa.L, Capasso.A, Monteleone.P, Renzi.P, Loizzo.S (2012), « Enhanced brain performance in mice following postnatal stress », *Journal of Endocrinology*, n°215, p413-424
- Maimburg.RD, Vaeth.M (2015), « Postpartum depression among first-time mothers-results from a parallel randomised trial », *Sexual & Reproductive Healthcare*, n°6, p95-100
- McPherson.RJ, Mascher-Denen.M, Juul.SE (2009), « Postnatal stress produces hyperglycemia in adult rats exposed to hypoxia-ischemia », *Pediatric research*, vol.66, n°3, p278-282
- Montmasson.H, Bertrand.P, Perrotin.F, El-Hage.W (2012), « Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n°41, p553-560
- Moreau.A, Kopff-Landas.A, Séjourné.N, Chabrol.H (2009), « Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 37, n°3, p236-239
- OMS (1999). *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique*, version PDF, disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66396/1/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf, consulté le 04.12.2017

- Oppenheim.A-N (1966), *Questionnaire Design and Attitude Measurement*, London, Heinemann, Collection : Heinemann books on sociology
- Petrel.E (2009), *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de la 1^{ère} et 2^{ème} génération*, Mémoire Sage-Femme, Université Henri Pointcaré, Nancy I, Ecole de sage-femme Pierre Morlanne
- Ramsauer.B, Mühlhan.C, Mueller.J, Schulte-Markwort.M (2016), « Parenting stress and postpartum depression/anxiety in mothers with personality disorders : indications for differential intervention priorities », *European Child & Adolescent Psychiatry*, n°25, p589-600
- Razurel.C, Benchouk.M, Bonnet.J, El Alama.S, Jarabo.G, Pierret.B (2010), « Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative », *La revue Sage-Femme*, n°9, p240-249
- Razurel.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
- Razurel.C, Kaiser.B, Dupuis.M, Antonietti.J-P, Sellenet.C, Epiney.M (2013) « Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French Speaking Population of Primiparous Women », *JOGNN*, vol.42, n°6, p685-696
- Razurel.C, Kaiser.B, Dupuis.M, Antonietti.J-P, Sellenet.C, Epiney.M (2014), « Validation of the post-delivery perceived stress inventory », *Psychology, Health & Medicine*, vol.19, n°1, p70-82
- Razurel.C (2015), *Se révéler et se construire comme mère, L'entretien psycho-éducatif périnatal*, Chêne-Bourg, Edition Médecine et Hygiène
- Riquet.S, Brun.N, Frete.F, Ammirati.C, Gagnayre.R, d'Ivernois.J-F (2016), « L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours : l'éducation à la santé familiale auprès d'adolescents », *Education thérapeutique du patient*, vol.8, n°2, p201-207
- Riquet.S, Margat.A, Giroguy.C, Palmaccio.G, Bechadergue.V, Zakarian.C (2019), « Evaluation et proposition d'un entretien éducatif de groupe en puériculture préparant à la sortie de la maternité », *Recherche en soins infirmiers*, n°136
- Robertson.E, Grace.S, Wallington.T, Stewart.DE (2004), « Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature », *General Hospital Psychiatry*, n°26, p289-295

- Roopnarine.JL, Yildirim ED (2016). *Le rôle de père dans divers contextes culturels : un portrait émergent. Commentaires généraux sur le rôle de père*, version en ligne, disponible sur le site Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : <http://www.enfant-encyclopedie.com/pere-paternite/selon-experts/le-role-de-pere-dans-divers-contextes-culturels-un-portrait-emergent>, consulté le 09.03.2019
- 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
- San.A (2013), *Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité. Les difficultés rencontrées*, Mémoire Sage-Femme, Université Paris Descartes, Ecole de sage-femme Baudelocque
- Scallon.G (2007), *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*, De Boek, Collection : Pédagogies en développement, 2^{ème} édition
- 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.
- Seng.JS, Sperlich.M, Low.LK, Ronis.DL, Muzik.M, Liberzon.I (2013), « Childhood abuse history, post-traumatic stress disorder, post-partum mental health, and bonding : a prospective cohort study », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol.58, n°1, p57-68
- Sutter-Dallay.A-L, Dequae-Merchadou.L, Glatigny-Dallay.E, Bourgeois.M-L, Verdoux.H (2008), « Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans », *Devenir*, vol.20, n°1, p47-63
- Tari.C, Riquet.S (2016), « L'entretien postnatal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale », *Education thérapeutique du patient*, vol.8, n°2, p201-205
- UNAF (2018), *Pourquoi et comment valoriser la place du père ?* Communiqué de presse, version en ligne, disponible sur le site : <https://www.unaf.fr/spip.php?article23610> , consulté le 12.12.2018
- Williams.C, Taylor.EP, Schwannauer.M (2016), « A web-based survey of mother-infant bond, attachment experiences, and metacognition in posttraumatic stress following childbirth », *Infant mental health journal*, vol. 37, n°3, p259-273

- Winnicott.D (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, Collection : Science de l'homme
- Wosu.AC, Gelaye.B, Williams.MA (2015), « Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women : review of the literature », *Archives of Women's Mental Health*, n°18, p61-72
- Zaers.S, Waschke.M, Ehlert.U (2008), « Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth », *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, vol.29, n°1, p61-71
- Zielinski.A (2010), « L'éthique du care : une nouvelle façon de prendre soin », *Etudes*, tome 413, p631-641

Annexes

- Annexe I : notre questionnaire
- Annexe II : tableau 5 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI, primipares et multipares confondues
- Annexe III : tableau 6 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI des primipares seules
- Annexe IV : tableau 7 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI des multipares seules
- Annexe V : l'échelle EPDS (1987)
- Annexe VI : l'échelle PDPSI (Razurel, al. 2014)
- Annexe VII : plaquette d'informations : associations de soutien à la parentalité (Julliard, 2018)

Annexe I



Bonjour Madame,

Je suis étudiante sage-femme en 4e année.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite étudier l'évolution du stress perçu par les mères lors de leur visite postnatale. Pour cela, j'ai besoin de votre aide : c'est anonyme et répondre à mon questionnaire ne vous prendra que quelques minutes en attendant votre rendez-vous.

Merci de votre participation !

oooooooooooooooooooooooooooooooo

Avant de remplir le questionnaire, il est d'abord important de répondre à quelques renseignements :

- Quel âge avez-vous ?
- Combien d'enfant(s) avez-vous ?
- Avez-vous eu une maladie particulière pendant la grossesse (hypertension, diabète, retard de croissance pour votre enfant, etc...) ?

OUI / NON (entourez la réponse correspondante)

- Si oui, veuillez préciser :
- Vous avez accouché par : **voie naturelle / césarienne** (entourez la réponse correspondante)
- Avez-vous eu : **une ventouse / des forceps / une épisiotomie / des points** (entourez la ou les réponses correspondantes)
- Avez-vous donné naissance à : **1 enfant / des jumeaux / ou plus** (entourez la réponse correspondante)
- Votre enfant a séjourné à la maternité : **Dans votre chambre / en réanimation / en unité de soins intensifs** (entourez la réponse correspondante)
- Avez-vous donné le sein ? **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)
 - Si oui, pendant combien de temps ?..... ou le donnez-vous **TOUJOURS** (entourez toujours si tel est le cas)
- Êtes-vous mariée ? : **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)
- Vivez-vous sous le même toit que votre conjoint ? : **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)
- Êtes-vous étudiante ? **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)
- Aviez-vous une profession avant la grossesse : **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)
 - Si oui, laquelle :
- Votre famille ou belle-famille est-elle présente pour vous aider ? **OUI / NON** (entourez la réponse correspondante)



Tournez svp

Échelle de stress perçu pour les femmes lors du post-natal (PNPSI)

Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J-P., Sellenet, C., Epiney, M. (2013). Validation of the PostNatal Perceived Stress Inventory (PNPSI) in a French-speaking population of primiparous women. JOGNN, 42, 685-696

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.

	<i>Je suis plus ou moins stressée par ...</i>	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyenne ment	4 Très	5 Énorm ément
1	... ma fatigue, mon manque de sommeil					
2	... le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi					
3	... le rythme du bébé (bébé qui pleure, qui demande beaucoup)					
4	... l'état de santé de bébé					
5	... l'idée de la mort subite du nourrisson					
6	... le fait de donner les soins de bébé (bain, soins du cordon, changes...)					
7	...l'impression de ne pas être à la hauteur pour m'occuper du bébé					
8	... la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement (le fait de ne pas reconnaître mon corps)					
9	... la douleur de la cicatrice (épisiotomie ou césarienne)					
10	... le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment					
11	... la douleur de l'allaitement					
12	... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (sortir, voyager ...)					
13	... l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu vis-à-vis de : l'allaitement, du rythme du bébé, de l'organisation de la maison (soulignez ce qui vous convient)					
14	... la garde du bébé quand je reprendrai le travail					
15	... la reprise de mon travail (ou de mes activités)					
16	... les propos contradictoires des soignants					
17	... la reprise de ma sexualité					
18	... ma relation avec mon partenaire					
19	... la place du père auprès du bébé					

Merci de votre participation !

Et merci de bien vouloir rendre le questionnaire à la personne qui vous l'a distribué !

Annexe II

Tableau 5 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI, les primipares et les multipares confondues

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	%
... ma fatigue, mon manque de sommeil	23	17,3	49	36,8	40	30,1	18	13,5	3	2,3
... le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi	33	24,8	49	36,8	31	23,3	16	12	4	3
... le rythme du nourrisson	51	38,3	34	25,6	31	23,3	13	9,8	4	3
... l'état de santé du nourrisson	46	34,6	24	18	22	16,5	26	19,5	15	11,3
... l'idée de la mort inattendue du nourrisson	41	30,8	24	18	19	14,3	23	17,3	26	19,5
... le fait de donner les soins de bébé	95	71,4	20	15	5	3,8	9	6,8	4	3
...l'impression de ne pas être à la hauteur	80	60,2	36	27,1	9	6,8	3	2,3	5	3,8
... la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement	69	51,9	42	31,6	12	9	5	3,8	5	3,8
... la douleur de la cicatrice (épisiotomie ou césarienne)	85	63,9	31	23,3	11	8,3	4	3	2	1,5
... le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment	74	55,6	34	25,6	9	6,8	11	8,3	5	3,8
... la douleur de l'allaitement	83	62,4	29	21,8	11	8,3	8	6	2	1,5
... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant	65	48,9	38	28,6	20	15	7	5,3	3	2,3
... l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu	59	44,4	42	31,6	18	13,5	13	9,8	1	0,8
... la garde du bébé quand je reprendrai le travail	74	55,6	15	11,3	12	9	18	13,5	14	10,5
... la reprise de mon travail (ou de mes activités)	73	54,9	17	12,8	17	12,8	15	11,3	11	8,3
... les propos contradictoires des soignants	78	58,6	29	21,8	14	10,5	10	7,5	2	1,5
... la reprise de ma sexualité	69	51,9	32	24,1	21	15,8	8	6	3	2,3
... ma relation avec mon partenaire	80	60,2	30	22,6	13	9,8	7	5,3	3	2,3
... la place du père auprès du nourrisson	89	66,9	22	16,5	9	6,8	7	5,3	6	4,5

Annexe III

Tableau 6 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI, concernant les primipares seules

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	%
... ma fatigue, mon manque de sommeil	9	16,1	22	39,3	14	25	9	16,1	2	3,6
... le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi	14	25	19	33,9	12	21,4	10	17,9	1	1,8
... le rythme du nourrisson	14	25	18	32,1	15	26,8	8	14,3	1	1,8
... l'état de santé du nourrisson	13	23,2	8	14,3	14	25	11	19,6	10	17,9
... l'idée de la mort inattendue du nourrisson	14	25	5	8,9	11	19,6	14	25	12	21,4
... le fait de donner les soins	38	67,9	9	16,1	2	3,6	5	8,9	2	3,6
...l'impression de ne pas être à la hauteur	27	48,2	18	32,1	8	14,3	2	3,6	1	1,8
... la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement	26	46,4	18	32,1	7	12,5	1	1,8	4	7,1
... la douleur de la cicatrice (épi-siotomie ou césarienne)	34	60,7	13	23,2	5	8,9	2	3,6	2	3,6
... le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment	31	55,4	14	25	2	3,6	7	12,5	2	3,6
... la douleur de l'allaitement	35	62,5	13	23,2	4	7,1	4	7,1	0	0
... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant	24	42,9	18	32,1	13	23,2	1	1,8	0	0
... l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu	23	41,1	19	33,9	7	12,5	6	10,7	1	1,8
... la garde du bébé quand je reprendrai le travail	31	55,4	5	8,9	8	14,3	5	8,9	7	12,5
... la reprise de mon travail (ou de mes activités)	30	53,6	7	12,5	6	10,7	8	14,3	5	8,9
... les propos contradictoires des soignants	31	55,4	12	21,4	8	14,3	4	7,1	1	1,8
... la reprise de ma sexualité	27	48,2	15	26,8	9	16,1	3	5,4	2	3,6
... ma relation avec mon partenaire	32	57,1	13	23,2	9	16,1	2	3,6	0	0
... la place du père auprès du nourrisson	43	76,8	9	16,1	2	3,6	2	3,6	0	0

Annexe IV

Tableau 7 : tableau descriptif basé sur l'échelle PNPSI, concernant les multipares seules

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	%
... ma fatigue, mon manque de sommeil	14	18,2	27	35,1	26	33,8	9	11,7	1	1,3
... le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi	19	24,7	30	39	19	24,7	6	7,8	3	3,9
... le rythme du nourrisson	37	48,1	16	20,8	16	20,8	5	6,5	3	3,9
... l'état de santé du nourrisson	33	42,9	16	20,8	8	10,4	15	19,5	5	6,5
... l'idée de la mort inattendue du nourrisson	27	35,1	19	24,7	8	10,4	9	11,7	14	18,2
... le fait de donner les soins	57	74	11	14,3	3	3,9	4	5,2	2	2,6
...l'impression de ne pas être à la hauteur	53	68,8	18	23,4	1	1,3	1	1,3	4	5,2
... la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement	43	55,8	24	31,2	5	6,5	4	5,2	1	1,3
... la douleur de la cicatrice (épisiotomie ou césarienne)	51	66,2	18	23,4	6	7,8	2	2,6	0	0
... le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment	43	55,8	20	26	7	9,1	4	5,2	3	3,9
... la douleur de l'allaitement	48	62,3	16	20,8	7	9,1	4	5,2	2	2,6
.... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant	41	53,2	20	26	7	9,1	6	7,8	3	3,9
... l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu	36	46,8	23	29,9	11	14,3	7	9,1	0	0
... la garde du bébé quand je reprendrai le travail	43	55,8	10	13	4	5,2	13	16,9	7	9,1
... la reprise de mon travail (ou de mes activités)	43	55,8	10	13	11	14,3	7	9,1	6	7,8
... les propos contradictoires des soignants	47	61	17	22,1	6	7,8	6	7,8	1	1,3
... la reprise de ma sexualité	42	54,5	17	22,1	12	15,6	5	6,5	1	1,3
... ma relation avec mon partenaire	48	62,3	17	22,1	4	5,2	5	6,5	3	3,9
... la place du père auprès du nourrisson	46	59,7	13	16,9	7	9,1	5	6,5	6	7,8

Annexe V



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
 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

Annexe VI

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					

ASSOCIATIONS DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

AIDE À DOMICILE

- SAAD (Services d'Aide A Domicile)

ALLAITEMENT MATERNEL

- AFCL (Association Française des Consultants en Lactation)
- COFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)
- IPA (Information Pour l'Allaitement)
- La Leche League France
- Solidarilait

CÉSARIENNE

- Cesarine

NAISSANCES MULTIPLES

- Jumeaux et plus

PRÉMATURITÉ

- SOS Préma



Devenir parent est un événement merveilleux. Divers moyens sont à votre disposition pour vous accompagner dans cette aventure.

Vous avez peut-être entendu parlé du PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour Au Domicile) ? Dans ce cadre, une sage-femme peut venir à votre domicile, dès le lendemain de la sortie de la maternité, pour assurer les suivis médicaux de la maman et du bébé.

Savez-vous que vous pouvez bénéficier également de deux séances éducatives postnatales réalisées par une sage-femme entre le huitième jour suivant la naissance et la visite postnatale (programmée environ 6 semaines après l'accouchement) ? Vous pouvez également profiter d'un entretien postnatal précoce pour échanger sur le déroulement de votre accouchement et faire le point sur votre situation.

Le PRADO, les séances postnatales et l'entretien postnatal précoce sont remboursés à 100% par la Sécurité Sociale. Au besoin, demandez plus d'informations au personnel soignant.

Vous trouverez par ailleurs dans cette plaquette, les coordonnées d'associations qui proposent conseils et soutien. A cette occasion, vous pourrez également faire de nouvelles rencontres, avec d'autres parents, dans la même situation que vous.

N'hésitez donc pas à vous rapprocher de ces associations !



ASSOCIATIONS LOCALES

AIX EN PROVENCE

- Bulles d'air - Bonheur en Famille
- Ensemble naturellement

AUBAGNE

- Baobab Café des Enfants
- Maison ouverte


SALON DE PROVENCE

- Salon action pour la santé

VENTABREN

- Dessine moi un bébé

RÉGIONAL

- Sacrés Parents 13
- 

ASSOCIATIONS NATIONALES

- ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels)
 - CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance)
 - CLER Amour et Famille
 - Co-naitre
 - EPE (Ecole des Parents et des Educateurs)
 - Familles Rurales
 - Grandir nature
 - IFAC (Institut de Formation, d'Animation et de Conseil)
 - LAEP (Lieux d'Accueil Enfant Parent)
 - Maman blues
 - Perinat France
 - PMI (Protection Maternelle Infantile)
 - RAM (Relais Assistantes Maternelles)
 - REAAP (Réseaux d'Ecoute, d'Appui et Accompagnement des Parents)
 - UNAF (Union Nationale des Associations Familiales)
- 

ASSOCIATIONS CONNECTÉES

BLOC

- Cool Parents Make Happy Kids

SOUTIEN TÉLÉPHONIQUE

- Allo Parents Bébé
- 

Résumé

Evaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille

Introduction – Le post-partum, synonyme de suites de couches est censé s’achever 6 à 8 semaines après la naissance. C’est une période critique de transition pour la mère sur le plan physiologique, affectif et social pouvant entraîner un stress important. A la consultation postnatale, les facteurs de stress postnatal ont été appréciés chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille. Puis une observation entre la perception de stress postnatal et celle du stress post-accouchement, évalué antérieurement à la maternité, a été menée.

Objectifs : L’objectif principal était d’apprécier la perception du niveau de stress à la visite postnatale puis secondairement d’identifier l’évolution entre les facteurs de stress du post-partum précoce (Bernard, 2016) et ceux de la visite postnatale.

Matériels et méthode – Une étude descriptive des mères (n=133), puis comparative entre primipares (n=56) et multipares (n=77) a été réalisée. L’échelle psychométrique *Post-Natal Perceived Stress Inventory* (PNPSI) a servi à récolter les données. La corrélation des différents items de la PNPSI a été investiguée.

Résultats – Les primipares se perçoivent significativement ($p<0.05$) plus stressées sur le facteur de la relation avec leurs nourrissons alors que les multipares sont significativement ($p<0.05$) plus stressées sur la place du père auprès de l’enfant. La mort inattendue du nourrisson est l’élément le plus stressant pour les mères et principalement les primipares (46%). Ce stress est corrélé significativement ($p<0.05$) avec celui perçu par les mères sur leur fatigue, leur manque de sommeil, le sentiment d’être débordée et de ne pas savoir si leurs nourrissons mangent suffisamment. La perception du stress sur les rythmes et la santé du nourrisson est très significativement ($p<0.001$) corrélée avec celle sur la mort inattendue. Différemment les mères ne sont plus du tout stressées (71%) par les soins à donner à leurs enfants. A la consultation postnatale les mères semblent moins stressées par l’allaitement contrairement à la période du post-partum précoce durant le séjour en maternité.

Conclusion – Ces résultats suggèrent de développer l’entretien postnatal précoce. Il permettrait de soutenir et d’accompagner les mères et les couples dans l’adaptation de leurs rôles parentaux et d’échanger avec eux sur la mort inattendue du nourrisson après la sortie de la maternité.

Mots-clés : Stress perçu – Postnatal – Mort inattendue du nourrisson – Entretien postnatal précoce

Abstract

Assessment of postnatal stress at postnatal consultation for mothers who gave birth at the Gynépôle de Marseille

Introduction - The postpartum is expected between 6 to 8 weeks after birth. It is a critical period of transition for the mother with physiological, emotional and social modifications that can cause a significant stress. During the postnatal consultation, the postnatal factors of stress were appreciated in mothers who gave birth in the Gynépôle of Marseille. Then an observation between the perception of postnatal stress and that of post-childbirth stress, assessed first at the maternity ward, have been conducted.

Aims - The main objective was to appreciate the perception of the stress level at the postnatal consultation and secondary to identify the evolution between the stress factors of the early postpartum (Bernard, 2016) and those of the postnatal consultation.

Materials and method – A descriptive study of mothers (n=133), then comparative between primiparous (n=56) and multiparous (n=77) was conducted. The postnatal psychometric scale perceived Stress Inventory (PNPSI) was used to collect the data. The correlation of the various items in the PNPSI has been investigated.

Results - The primiparous perceive significantly more stressed ($p<0.05$) on the factor of the relationship with their infants while the multipares are significantly more stressed ($p<0.05$) on the father's place with the child. The sudden infant death syndrome is the most stressful thing for the mothers and especially primiparous (46%). This stress is significantly correlated ($p<0.05$) with that perceived by mothers about their tiredness, lack of sleep, feeling overwhelmed and not knowing if their infants are eating enough. The perception of stress on the rhythms and the health of the infant is significantly related ($p<0.001$) to that of sudden infant death syndrome. Differently mothers are not stressed at all (71%) by the care to give their child. At the postnatal consultation the mothers seem less stressed by breastfeeding unlike the early postpartum period during the maternity stay.

Conclusion – These findings suggest to develop early postnatal interview. It represents a mean to support mothers and couples in the adaptation of their parenting roles and exchange with them on the sudden infant death syndrome after the maternity leaving.

Key words : Stress perceived – Postnatal - Sudden infant death syndrome - Early postnatal interview