

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

***QUELLES PRATIQUES INFIRMIERES PERMETTENT DE
REpondre AUX BESOINS DES MERES LORS DE LA
PERIODE DE TRANSITION A LA NAISSANCE AFIN DE
LIMITER LE RISQUE D'EPUISEMENT POSTNATAL?***

Travail de Bachelor

**CANE Gaëlle N°12654877
GABRIEL Larissa N°12657250
GUERRA Coralie N°09343559**

Directrice : COULON Delphine - Chargée d'enseignement HES
Membre du jury externe : LANORD Esther - Infirmière Hôpital des enfants HUG

Genève, 7 août 2015

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 7 août 2015

CANE Gaëlle, GABRIEL Larissa, GUERRA Coralie

Remerciements

Par les quelques lignes suivantes, nous aimerions remercier les personnes qui ont rendu possible la rédaction de ce travail de bachelor.

Nous tenons tout d'abord à remercier très chaleureusement notre directrice de travail de Bachelor, Madame COULON Delphine pour ses conseils, son écoute et ses corrections.

Nous remercions également le jury, Madame LANORD Esther, infirmière à l'hôpital de l'enfant aux HUG, d'avoir accepté d'être notre jury et de s'être investie dans notre travail.

Un grand merci à nos familles pour la relecture du travail et pour leur aide précieuse.

Finalement, nous remercions vivement toute l'équipe des bibliothécaires pour leur disponibilité, leur patience et leur dévouement à chaque sollicitation de notre part.

Résumé :

Contexte : Le risque d'épuisement ou de dépression durant la période postnatale est un sujet encore peu étudié; les femmes, souvent, ne parlent pas des difficultés rencontrées durant cette période par peur d'être jugées sous le poids des représentations sociétales.

But : Conçu sous forme de revue de la littérature, ce travail de Bachelor consiste à identifier les besoins principaux des mères lors de la période de transition à la naissance, ainsi que les pratiques infirmières permettant de prévenir ou de dépister le risque d'épuisement.

Méthode : La recherche est réalisée sur la base de données CINAHL, à l'aide de mots clés préalablement définis. Les articles ont été sélectionnés par la pertinence de leur titre puis par la lecture des abstracts et la concordance avec les thématiques principales traitées. Finalement, douze études qualitatives, quantitatives ou revues systématiques ont été analysées.

Résultats : Les besoins principaux des mères en cette période de transition sont le soutien social et professionnel, le repos, et la confiance en elles et en leurs capacités à prendre soin de leur bébé.

Les pratiques soignantes auprès des mères consistent principalement en un soutien émotionnel et informatif basé sur leurs propres besoins et ceux du nouveau-né et renforçant leurs compétences.

Conclusion : Cette revue de la littérature permet de sensibiliser les futurs parents et les professionnels de santé sur les risques engendrés par la période de transition à la naissance. Elle met également en évidence le rôle infirmier dans la prévention et le dépistage d'un épuisement postnatal.

Mots-clés :

Dépression postnatale, Pratiques infirmières, Epuisement, Soins périnataux centrés sur la famille, Soutien social

Key words :

Postnatal Depression, Practical Nurses, Exhaustion, Perinatal Family centred care, Social Support

Liste des abréviations

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DASS	Depression Anxiety Stress Scales
EDS	Edinburgh Depression Scale
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève

Liste des tableaux

Tableau 1. Tableau synthétique des études retenues pour l'analyse critique29

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles14

Figure 2 : Adaptation physiologique de l'enfant apaisé et de la mère reposée.....19

Figure 3 : Cercle vicieux des pleurs de l'enfant et de la fatigue maternelle, et effets négatifs.
.....20

Table des matières

1.	Introduction.....	1
1.1.	Problématique	1
1.1.1.	Contexte.....	2
1.1.2.	Définitions	4
1.2.	Cadre théorique.....	5
1.2.1.	Ancrage disciplinaire	5
1.2.2.	Métaconcepts.....	6
1.2.3.	Concepts généraux	7
1.3.	Question de recherche	8
2.	Méthode	10
2.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	10
2.1.1.	Mots clés retenus	10
2.1.2.	Question de recherche PICOT	11
2.1.3.	Equations de recherche	11
2.1.4.	Critères d'inclusion et d'exclusion	13
2.2.	Diagramme de flux	14
3.	Résultats	15
3.1.	Analyse critique des articles retenus	15
3.1.1.	Estime de soi.....	15
3.1.2.	Soutien social.....	16
3.1.3.	Repos	18
3.1.4.	Pratiques soignantes.....	20
3.2.	Tableau synthétique des articles retenus.....	28
4.	Discussion	41
4.1.	Interventions professionnelles en lien avec la transition à la naissance	41
4.2.	Développement de pratiques basées sur les forces selon McGill	43
5.	Conclusion.....	47
5.1.	Apports et limites du travail.....	47
5.2.	Recommandations.....	48
6.	Références	49
6.1.	Liste de références bibliographiques	49
6.2.	Liste bibliographique.....	52
7.	Annexes	53
7.1.	Annexe I	53
7.2.	Annexe II	59

1. INTRODUCTION

La période de transition à la naissance est synonyme d'évènement heureux. Or, beaucoup de mères se retrouvent en difficultés et la société qui prône la normalité les freine à demander de l'aide ou à se permettre des pensées négatives telles que : Est-ce normal que je sois si fatiguée ? Pourquoi je n'arrive pas à consoler mon enfant ? Qu'est-ce qui ne va pas chez moi ? Suis-je une bonne mère ?

La narration de l'expérience d'une maman ayant éprouvé des difficultés, après plusieurs mois, dans la période de transition à la naissance a initié une réflexion et ce travail de Bachelor. Puis une prise de conscience s'est effectuée sur l'importance de la soulever tant professionnellement, en améliorant la prise en charge infirmière auprès des mères, que personnellement.

L'accompagnement de la santé psychique des mères est peu connu et suscite des incertitudes. Lorsqu'il s'agit d'une maladie somatique, la prise en charge est plus automatisée grâce à des protocoles de soins efficaces. Leur souffrance psychique est ainsi plus difficile à évaluer et à soigner que la maladie somatique.

Ce domaine est peu connu et engendre certaines incertitudes. Est-il possible d'agir et d'avoir un impact sur l'incidence de la dépression post-partum ? Pourquoi certaines femmes sont plus vulnérables que d'autres ? Quelles stratégies adoptent-elles pour améliorer leur bien-être ?

Le but de ce travail de Bachelor est donc de mettre en avant les différentes pratiques infirmières permettant de prévenir les risques d'épuisement ou de dépression post-partum auprès des mères, et de déterminer quels seraient leurs besoins lors de cette période de transition afin qu'elle se déroule le plus sereinement possible. Par ailleurs, afin de renforcer le rôle infirmier et de permettre une prise en soin holistique, la théorie de McGill, qui permet de valoriser les forces de la famille en respectant leurs représentations, sera exploitée.

1.1. Problématique

Le témoignage d'une mère rencontrée pendant ce travail permet de situer la problématique dans un contexte. En devenant mère, elle a constaté que tout le monde ne s'intéressait qu'au bébé, à son bien-être mais personne ne pensait à lui demander comment elle se sentait. La « solitude » ressentie durant cette période a également été évoquée. En effet, elle devait rester à la maison pour allaiter, était très fatiguée et n'avait donc pas forcément le courage de sortir. Heureusement elle a réussi à traverser cela et à ne pas se laisser dépasser par cette période remplie de stress.

La majorité des femmes vivent une grossesse et la naissance d'un enfant. Cette transition de vie, riche en émotions, peut-être synonyme de joie et de bonheur, mais peut également s'avérer stressante. En effet, elle peut être source de crise identitaire, d'un réaménagement des rôles de chacun, de la naissance d'une mère, d'un conflit entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel; c'est le début d'un nouveau rôle et cela implique une adaptation de la part des nouvelles mères (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011, p.48).

Ce sujet actuel encore trop peu connu demande à être approfondi car certains événements reconnus comme stressants peuvent engendrer sur le long terme un épuisement ou une dépression.

Selon Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Citherlet, Epiney, et Sellenet (2014), les événements reconnus comme stressants par les mamans en post-partum sont les suivants :

- Le bébé (le rythme du bébé, les pleurs des premières nuits,...)
- L'accouchement (la durée du travail de l'accouchement)
- La fatigue (la difficulté à se reposer à la maternité (horaires, bruit, visites,...))
- L'allaitement (les difficultés pour nourrir le bébé)
- La relation aux soignants (leurs propos contradictoires)
- La fatigue et organisation à la maison (le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour soi)
- La relation au bébé (le fait de donner les soins au bébé)
- Le rapport au corps (la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement (le fait de ne pas reconnaître mon corps))
- L'alimentation de l'enfant (le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment)
- Les projections futures (la garde du bébé quand je reprendrai mon travail)
- La relation au partenaire (la place du père auprès du bébé) (p.473).

1.1.1. Contexte

L'association britannique « Boots Family Trust » s'est intéressée aux origines et causes de la dépression périnatale. Un sondage a été mené auprès de mille cinq cents femmes enceintes et jeunes mamans souffrant de dépression en lien avec leur grossesse, sur ces mille cinq cents femmes:

- 12% ont l'impression qu'elles ne vont pas s'en sortir financièrement avec l'arrivée du bébé ;

- 22% ressentent une trop forte pression sociale pour être « parfaite » : être une « bonne mère », mener de front vie familiale et vie professionnelle, retrouver la ligne en un temps record, etc. ;
- 21% reconnaissent souffrir d'un manque de soutien matériel et émotionnel au quotidien ;
- 43% des mamans dépressives n'ont plus envie de sortir de chez elles ;
- 22% disent avoir déjà eu des idées suicidaires ;
- 40% ne reçoivent aucun traitement lié à leur dépression.

Une autre problématique demande également à être discutée. Sur ces mille cinq cents femmes interrogées, les trois quarts ne se sentent pas capables de parler de leur état à un professionnel de la santé. En effet, 34% d'entre elles appréhendent que les services sociaux leur enlèvent leur bébé, et 31% des femmes enceintes n'ont pas de contact avec la même sage-femme à chaque consultation à la maternité. La relation de confiance est donc plus difficile à établir.

De plus, ils mettent en évidence le manque de formation des professionnels de la santé concernant l'état psychologique des futures et des jeunes mamans (Boots Family Trust, 2013).

A Genève, les femmes ont accès à un suivi à domicile jusqu'au 10ème jour post-partum et jusqu'à la fin de la 8ème semaine post-partum sur ordre médical. Dès la 9ème semaine, trois consultations d'allaitement sont remboursées pendant toute la durée de l'allaitement. Une consultation gynécologique de contrôle post-partum est également proposée après six semaines.

Les infirmières exercent un rôle de premier plan dans l'accompagnement des futures ou des jeunes mamans. Elles accompagnent la famille qui se voit traverser une période de la vie qui leur est nouvelle. Les chiffres présentés ci-dessus démontrent l'importance du problème ainsi que la nécessité de le traiter.

Le dépistage de la dépression postnatale est très difficile car les symptômes principaux tels que la difficulté à dormir, la fatigue et le fait d'être dépassé par les événements sont « normaux » après une naissance. De manière générale, le Dr Nanzer souligne qu'en principe les femmes souffrant de dépression postnatale ne ressentent pas la déprime. Elles ont plutôt le sentiment de ne pas être de bonnes mères et en ont honte. Ce sont d'ailleurs très souvent les proches qui s'inquiètent et qui lancent le signal d'alarme relevant un certain nombre de symptômes de la dépression. Cependant, ce sont les sages-femmes à domicile ou le pédiatre qui détectent généralement la dépression postnatale. Des visites fréquentes des

mamans ainsi que l'attitude du bébé peuvent également être des signes d'alerte. En effet, un enfant qui pleure constamment, qui a des difficultés pour s'alimenter, ou des troubles du sommeil peuvent traduire un mal-être du parent (Nanzer & Epiney, 2013, pp.1841-1842 ; La Tour réseau de soins, 2014).

De plus, cette période postnatale engendre des changements biologiques, sociaux et affectifs très rapides. Les femmes sont très vulnérables physiquement, émotionnellement et psychologiquement, leur santé mentale peut avoir des conséquences directes sur leur bien-être, ainsi que sur celui de l'enfant et du reste de la famille (Ho et al., 2009, traduction libre, p.68).

1.1.2. Définitions

Le baby blues est une réaction physiologique au changement hormonal induit par l'accouchement. Il apparaît rapidement après la naissance et disparaît de lui-même après une semaine au maximum. Le baby blues touche 50 à 70% des mamans et se traduit par une forte émotivité, des crises de larmes, ainsi qu'une irritabilité. Il ne s'agit pas d'une maladie.

La dépression périnatale peut apparaître durant la grossesse ou pendant la première année post-partum. Généralement, il n'y a pas de causes particulières. Elle peut débuter jusqu'à une année après l'accouchement. Cette forme de dépression est une réelle maladie, qui touche 13% des jeunes mamans. Non traitée, elle peut durer plusieurs années et avoir de graves conséquences sur la femme, le couple, l'enfant et les relations interpersonnelles (Nanzer, 2014).

Il s'agit d'une dépression lorsque les symptômes dépressifs sont présents plus de deux semaines. La durée de cette maladie peut s'étendre sur plusieurs semaines ou années. Elle touche tant les femmes que les hommes et peut exercer un impact direct sur l'enfant notamment sur son développement (Hôpitaux universitaires de Genève, 2010 ; Thome & Arnardottir, 2012, p.806).

L'EPDS, l'échelle de mesure d'Edinburgh, est le questionnaire permettant de dépister une éventuelle dépression post-partum. Elle est composée de dix questions et chaque femme ou homme doit sélectionner la réponse qui lui correspond le mieux, en tenant compte uniquement de son ressenti des sept derniers jours. Chaque question vaut entre zéro et trois points, le score maximal étant de 30. On suspecte un risque de dépression ou du moins, des symptômes dépressifs à partir d'un score de dix.

Cette échelle a été renommée Edinburgh Depression Scale (EDS) afin d'évaluer les symptômes dépressifs en période post-partum, mais également en période prénatale (Thome & Arnardottir, 2012, p.808).

1.2. Cadre théorique

Le modèle de McGill développé par Moyra Allen dans les années 70 appartient à l'école de l'apprentissage de la santé qui met l'accent sur les attitudes menant à l'amélioration de la santé avec le partenariat de l'infirmière avec la personne et sa famille (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.63). Ce modèle fait partie du paradigme de l'intégration. Ce paradigme considère la personne comme un être biopsychosocial culturel et spirituel toujours influencé par son expérience de vie et en interaction avec son environnement. Un événement de santé n'aura donc pas le même impact sur une personne selon son état d'esprit ou suivant dans quelle période de vie elle se trouve. (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, pp.29-30)

Le modèle de McGill est un modèle conceptuel qui comprend trois approches essentielles : la philosophie des soins de santé primaires, l'approche systémique et la théorie de l'apprentissage social.

Les valeurs et les postulats sont les suivants: « La santé d'une nation est sa ressource la plus importante », « Les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et sont motivés à y parvenir », « La santé s'apprend par la participation active et par la découverte personnelle », « La santé est un phénomène familial », « Les soins infirmiers constituent la ressource de santé principale pour les familles et la communauté » puis finalement, « La relation infirmière-personne en est une de collaboration » (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20).

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Le modèle de McGill est choisi en lien avec la thématique du travail. Cette théorie met l'accent sur les ressources, les forces et les liens familiaux.

Ce modèle de soins a pour concept principal de considérer la famille comme indissociable de la personne. La famille ou les proches sont des ressources pour la personne et en tant qu'infirmiers, il est important de tenir compte de ses éléments pour améliorer la prise en charge (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). Ce modèle semble pertinent pour évaluer les besoins des mères ainsi que leurs ressources afin de prévenir l'épuisement lié à cette période de transition.

1.2.2. Métaconcepts

Dans toute théorie en soins infirmiers il existe quatre concepts principaux qui sont la personne, l'environnement, la santé et le soin que l'on appelle des « métaconcepts ». Selon McGill, ils se présentent comme suit :

1.2.2.1. La personne / la famille

La personne comprend la famille. Elle est considérée comme un système, c'est-à-dire un ensemble d'éléments qui interagissent constamment. Selon ce modèle, on ne peut pas dissocier la personne de la famille, l'un ne va pas sans l'autre. L'accent est mis sur l'influence réciproque des membres de la famille d'où le fait de parler de personne/famille. L'approche systémique dans ce modèle McGill permet de comprendre la famille. La personne n'est pas considérée comme statique et est en capacité d'apprendre à s'ajuster et faire face aux situations rencontrées. En lien avec les événements stressants ainsi que le risque de dépression postnatale, la personne englobe toute la famille. Assurément un mal-être a des répercussions sur le noyau familial comme par exemple au niveau de la relation de couple, mais également au niveau du lien maternel avec l'enfant ainsi que sur son développement (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26).

1.2.2.2. L'environnement

Selon McGill, l'environnement représente le contexte social dans lequel l'apprentissage en lien avec la santé se fait. Il englobe les lieux de travail, d'enseignement, de loisirs, la communauté et le milieu des soins. En premier lieu, la capacité de coping ainsi que la santé sont apprises au sein de la famille, puis évoluent au sein de l'environnement (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26).

1.2.2.3. La santé

Pour McGill, la santé caractérise la façon d'être, de vivre et de se développer. C'est un concept qui est toujours en mouvement et qui évolue dans le temps. La santé est un savoir-faire, c'est-à-dire des compétences acquises par l'expérience, et non un état que nous nous approprions. Selon McGill, la santé ne signifie pas une absence de maladie, mais peut coexister avec.

L'absence de maladie n'est pas synonyme d'une bonne santé. Une santé optimale correspond à l'adoption de comportements de santé positifs. Selon le modèle de McGill, la personne découvre ce qu'est la santé grâce à l'interaction avec sa famille et avec l'environnement. Elle représente également la capacité de la personne à faire face aux événements quotidiens.

Les concepts clés concernant la santé sont le coping et le développement.

Le coping est la stratégie mise en place par la personne et sa famille pour faire face à des événements imprévus de la vie, ainsi que la capacité à développer des moyens d'adaptation et de résolution de problèmes en lien avec ses réactions propres et celles de sa famille. Le coping sert également à diminuer le stress lié à la situation problématique. Il s'apprend au sein de la famille et de son environnement mais évolue selon les situations vécues par l'individu tout au long de la vie.

En ce qui concerne le développement, celui-ci a pour but de permettre à la personne de reconnaître et mobiliser son potentiel pour s'accomplir en tant qu'être unique et de réussir sa vie, en tirant profit des habiletés acquises. Les ressources sont à renforcer ou à créer. Des buts sont à définir (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26).

1.2.2.4. Le soin

Le but des soins selon McGill est de promouvoir la santé en collaborant avec la personne et sa famille afin d'adopter des attitudes bénéfiques pour la santé. La collaboration se fait en fonction de leurs besoins, leurs buts et leurs ressources. Le rôle infirmier est d'accompagner et de stimuler la personne et sa famille à être acteur de leur santé en créant un environnement propice à l'apprentissage de meilleures habitudes de vie. L'infirmière cible principalement les forces et le potentiel de la personne/famille. Il est important pour la promotion de la santé, que la personne/famille soit un participant actif, dans le but de favoriser les échanges.

L'infirmière entretient avec la personne/famille une relation de partenariat, et doit pour cela accepter la vision et la perception de la situation de santé qu'a la personne/famille. Cette relation est dite de complémentarité, car chacun a un rôle dans la situation, tant la personne/famille que l'infirmière. Cette dernière apporte, par exemple, des savoirs en lien avec la science alors que la personne/famille apportera une expertise et un ressenti de la situation qu'elle vit. Il est également important que cette relation soit basée sur le respect afin de favoriser les échanges (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26).

1.2.3. Concepts généraux

Les concepts généraux de la théorie de McGill sont la personne/famille, l'apprentissage, la santé et la collaboration.

La personne/famille est considérée comme le centre de toutes les interventions, elle est capable et possède la motivation nécessaire pour améliorer sa santé, ce concept met également en évidence la relation influente qu'exerce la famille sur la personne et vice-versa.

L'apprentissage est une donnée familiale et apprise qui s'actualise tout au long de sa vie de par l'observation, la réflexion et la mise en situation et qui suppose une participation active de la personne.

La santé est le but visé par les interventions effectuées, elle est la richesse la plus importante de toute nation. Elle inclut également la façon de vivre et d'être et est considérée comme idéale lorsqu'elle est caractérisée par plusieurs concepts de santé ainsi qu'une absence de maladie.

La collaboration quant à elle définit l'essence même de la relation entre l'infirmière et la personne/famille. Cette collaboration induit une négociation ainsi qu'un partage des responsabilités et des décisions entre les deux partis. C'est une collaboration interdisciplinaire qui implique une gestion participative (Girard & Lafaille, 2006, p.10).

Corrélation entre le modèle conceptuel et la problématique

Cette théorie de soins a été choisie car elle est celle qui semble la plus appropriée en lien avec la problématique. En effet, comme expliqué ci-dessus la théorie de McGill englobe la personne, c'est-à-dire la mère, ainsi que sa famille et ce point est très important car les événements stressants liés aux premiers mois post-partum ont un impact sur l'ensemble de la famille et sont souvent directement liés. En effet, cette dernière est une ressource non négligeable et parfois même la plus importante. Elle est, dans cette situation, celle qui sera la plus à même d'apporter un soutien.

1.3. Question de recherche

Des pistes de questions de départ ont été proposées : Quelles pratiques infirmières lors des événements stressants de la première année de vie? Quelles interventions infirmières permettent de prévenir les risques de la négligence ou de la dépression périnatale? Quel type de soutien social peut être proposé, directif ou favorisant les habiletés parentales ?

Afin d'obtenir une problématique plus ciblée, il a été question dans un premier temps de porter un intérêt tout particulier aux différents termes qui composent cette question. Comme la question de départ pouvait engendrer plusieurs interrogations, elle a été ciblée plus particulièrement sur la dépression post-partum et le risque de négligence. La question de recherche qui en a découlé fut la suivante: Quelles pratiques infirmières pour prévenir la dépression postnatale auprès des jeunes mères ainsi que le risque de négligence sur le nouveau-né?

L'isolement, la solitude et la fatigue sont les points clés mis en avant par le témoignage présenté précédemment. Ces thématiques ont inspiré une nouvelle question de recherche.

En effet, la dépression post-partum est une maladie qui ne concerne pas toutes les mères. En revanche, les signes de fatigue et de solitude peuvent affecter n'importe quel parent qui traverse cette période de transition.

La notion de pratiques infirmières étant essentielle dans ce travail, la problématique qui en découle donc est la suivante : Quelles pratiques infirmières permettent de répondre aux besoins des mères lors de la période de transition à la naissance afin de prévenir le risque d'épuisement postnatal ?

Afin de pouvoir répondre à cette interrogation, plusieurs sous-questions ont servi de fils conducteurs pour la rédaction du travail :

- Quels sont les signes d'épuisement ou les symptômes dépressifs ?
- Quelles sont les causes potentielles d'épuisement parental ?
- Quels sont les besoins des mères lors de la période de transition à la naissance ?
- Quelles pratiques infirmières peuvent être mises en place ?

2. MÉTHODE

Cette partie du travail est consacrée à l'explication de la méthodologie mise en place pour la réalisation de ce travail de Bachelor. Dans un premier temps les mots clés seront expliqués et mis en évidence. La façon de procéder pour la recherche d'article sera exposée en citant les bases de données utilisées ainsi que les équations de recherche qui ont été mises en place pour mener à des articles pertinents. Par la suite un « diagramme de flux » sera présenté afin de mieux comprendre le cheminement lors de cette recherche d'articles. Finalement une définition de la méthode PICOT sera donnée ainsi qu'une explication concernant le choix des articles retenus.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Après avoir déterminé la problématique, les mots clés, également appelés « Meshterms », ont été traduits en anglais grâce à l'outil « Honselct ». Cet outil permet de mieux cibler et d'accélérer la recherche d'informations médicales en traduisant les mots clés. Après avoir créé une liste de « Meshterms », les recherches sur les bases de données ont pu commencer.

2.1.1. Mots clés retenus

<u>Termes en français</u>	<u>Meshterms cinahl</u>
Prévention de la santé	Preventive Health Care
Dépression postnatale	Postnatal depression
Soutien social	Social Support
Soins postnataux	Postnatal care
Soins infirmiers	Nursing care
Période postpartum	Postpartum Period
Education thérapeutique	Education Program
Pleurs du bébé	Crying Babies
Soins à la famille	Family nursing
Épuisement	Exhaustion
Santé mentale périnatale	Perinatal mental care
Consultation infirmière	Nurse consultation

Compétences maternelles	Maternal competence
Prévention	Prevention
Interventions	Interventions

2.1.2. Question de recherche PICOT

En fonction de la problématique établie, la méthode PICOT suivante a pu être effectuée :

P (patient ou pathologie) : Femmes adultes en période post-partum.

I (intervention évaluée) : Pratiques infirmières pour prévenir l'épuisement maternel en période post-partum ainsi que l'identification des besoins des mères durant cette période de transition.

C (comparateur) : Non évalué.

O (outcome) : Diminuer le risque d'épuisement et de dépression post-partum en palliant aux besoins des mères.

T (temps) : Dans la première année suivant la naissance.

2.1.3. Equations de recherche

Les bases de données « Pubmed » et « Cinahl » ont été utilisées mais principalement la base de données « Cinahl » qui est la référence en matière d'articles scientifiques infirmiers, car c'est celle qui a conduit aux résultats les plus fructueux en lien avec la problématique établie précédemment.

Les recherches documentaires ont débuté au mois de septembre 2014, puis suite à la lecture de certains articles il a fallu modifier les questions de recherches afin d'en trouver d'autres plus pertinents. Cette période de recherche s'étend donc de septembre 2014 à juin 2015.

Afin de trouver des articles scientifiques pertinents pour la problématique, plusieurs équations ont été effectuées. Pour chaque recherche l'année de parution des articles a été réduite à la période allant de 2000 à 2015. Le nombre d'articles proposés par la base de données sera donné, puis le nombre d'articles retenus, en fonction de leur pertinence avec le sujet, sera indiqué.

Première équation

Le soutien social en postpartum est interrogé.

Cinahl : « Postpartum Period » AND « Social Support » ; 192 résultats proposés, trois articles retenus:

1. Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2013). *Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. Maternal and child health journal, 17(4), 616-623.*
2. Salonen, A. H., Oommen, H. & Kaunonen, M. (2014). *Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. Midwifery, 30(4), 476-485.*
3. Corrigan, C. P., Kwasky, A. N. & Groh, C. J. (2015). *Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. The Journal of Perinatal Education, 24(1), 48-60.*

Deuxième équation

Cinahl: « Postnatal depression » AND « Education Program » AND « Prevention »; treize résultats proposés, un article retenu:

1. Ho, S. M., Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L. H., Fu, Y. Y. & Wang, L. L. (2009). *Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. Patient education and counseling, 77(1), 68-71.*

Troisième équation

Cinahl: « Perinatal mental care » AND « Nurse consultation » ; deux résultats proposés, un article retenu:

1. Harvey, S. T., Fisher, L. J. & Green, V. M. (2012). *Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health. International journal of mental health nursing, 21(1), 75-81.*

Quatrième équation

Cinahl : « Postnatal depression » AND « Maternal competence » ; onze résultats obtenus, un article retenu:

1. Denis, A., Ponsin, M. & Callahan, S. (2012). *The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30(4), 388-397.*

Cinquième équation

Cinahl : « Postpartum period » AND « Preventive health care » AND « Postnatal depression »; six résultats obtenus, un article retenu:

1. Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012). *A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. Scandinavian journal of caring sciences, 26(3), 458-466.*

Sixième équation

Cinahl: « Exhaustion » AND « Crying Babies »; trois résultats, un article retenu:

1. Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hösli, I., & Stutz, E. Z. (2011). *Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. Midwifery, 27(2), 187-194.*

Septième équation

Cinahl : « Interventions » AND « Postnatal depression » AND « Prevention » ; soixante-six résultats, un article retenu :

1. Dennis, C. L. (2005). *Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. British medical journal, 331(7507), 15.*

En parcourant la bibliographie de cet article, une étude supplémentaire est sélectionnée :

1. Lumley, J., Austin, M. P. & Mitchell, C. (2004). Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. *International journal of technology assessment in health care, 20(02), 128-144.*

Une dernière équation a été posée.

Elle a permis d'obtenir des données spécifiques en lien avec les soins infirmiers notamment auprès des familles.

Cinahl: « Family nursing » AND « Postnatal depression » AND « Nursing care »; trente-cinq résultats, deux articles retenus:

1. Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M. T. (2013). *Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression: Tarja Tammentie and colleagues report on a study into how community services in Finland work with families to support mothers and babies. Primary Health Care, 23(1), 26-31.*
2. Thome, M., & Arnardottir, S. B. (2013). *Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. Journal of advanced nursing, 69(4), 805-816.*

2.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Il semblait pertinent de ne pas garder des articles datant d'avant l'année 2000 afin d'être le plus proche possible de l'actualité. Tous les articles concernant les pratiques infirmières ou les interventions de professionnels de soins visant à prévenir ou à identifier le risque d'épuisement ou de dépression post-partum ont été retenus d'office. Les articles concernant les besoins des mères en période postnatale ainsi que ceux traitant des facteurs favorisant l'épuisement ont été également retenus en fonction de leur pertinence avec la problématique choisie. Les articles concernant les mères adolescentes ont été exclus étant donné la particularité de la situation.

2.2. Diagramme de flux

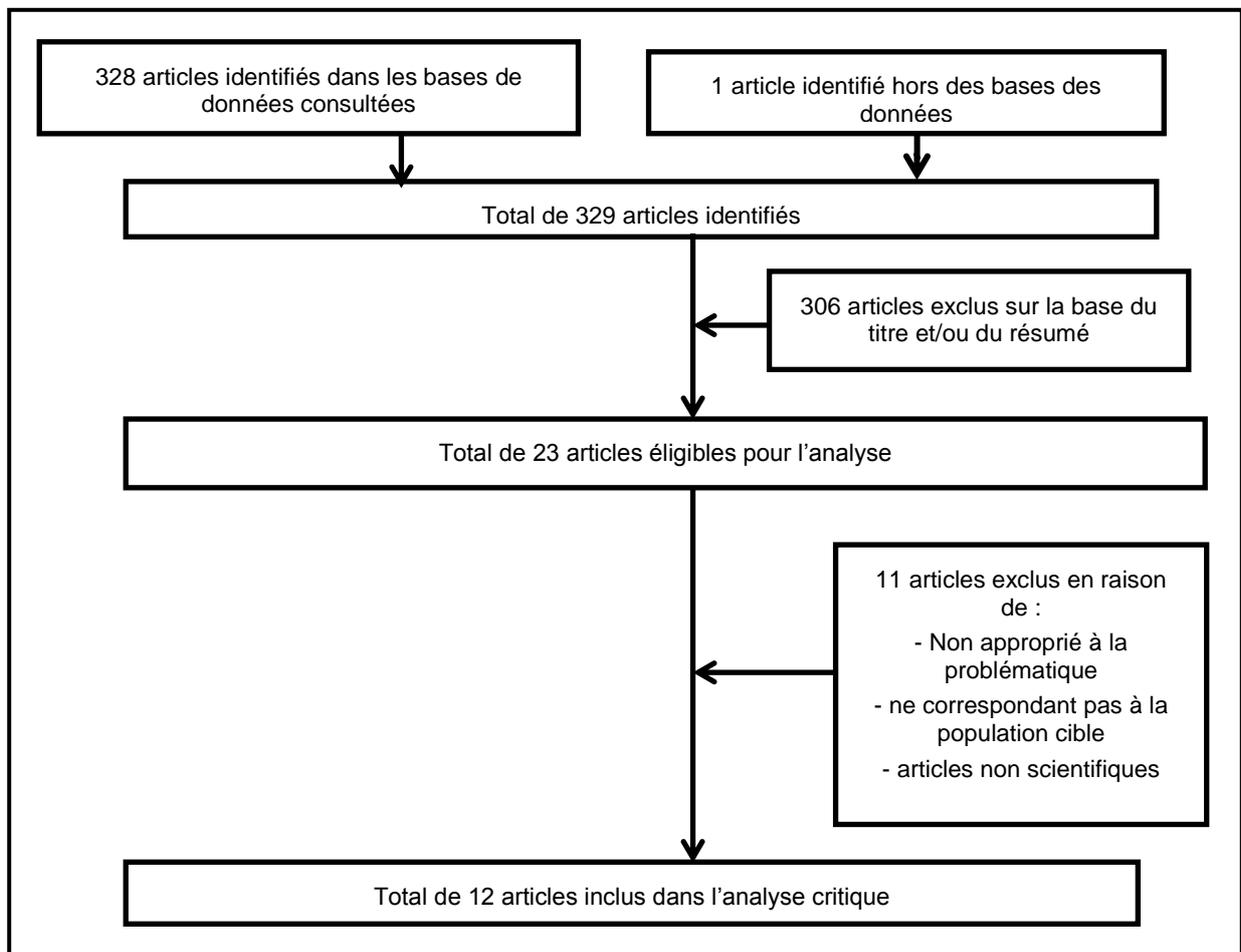


Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3. RÉSULTATS

3.1. Analyse critique des articles retenus

Suite à la lecture des articles choisis, il a été démontré que le moyen le plus efficace de limiter l'épuisement lié à cette période de transition à la naissance était d'identifier et de répondre aux besoins des mères. Les résultats sont donc divisés en quatre parties; les trois besoins principaux identifiés et les pratiques soignantes. Les besoins ont été choisis en fonction de leur récurrence dans les lectures effectuées et sont les suivants; l'estime de soi maternelle, le soutien social et le repos. Finalement le dernier thème traite des pratiques soignantes visant à répondre à leurs besoins et à mettre en place des interventions visant à limiter l'épuisement.

3.1.1. Estime de soi

Plusieurs facteurs favorisant la diminution de l'estime de soi ont émergé de l'analyse des articles. Il s'agit principalement d'un manque de confiance en soi préexistant avant la naissance, le manque d'informations concernant les risques liés à l'épuisement postnatal, une capacité de coping diminuée et de l'incapacité à nourrir l'enfant au sein. Tous ces facteurs semblent être les éléments déclencheurs d'une diminution de l'estime de soi ainsi que sur les capacités à prendre en soin le nourrisson.

Selon l'étude de Denis, Ponsin et Callahan (2012) une corrélation importante existe entre les symptômes du baby blues et l'estime de soi maternelle. En effet, le baby blues dépendrait de plusieurs variables distinctes; le manque de confiance en sa capacité à prendre en soin l'enfant ($p < 0,05$), le manque de confiance en soi ($p < 0,05$), le manque de confiance en sa capacité de nourrir l'enfant au sein ($p < 0,05$) et finalement le tempérament de l'enfant reconnu comme particulièrement difficile ($p < 0,05$). Selon l'étude de Negron, Martin, Almog, Balbierz et Howell (2012) les besoins principaux exprimés par les quatre groupes de femmes composant l'échantillon (deux groupes comprennent des femmes d'origine latino-américaines ($n=11$), un est composé de femmes parlant anglais et l'autre espagnol. Un troisième groupe comprend des femmes noires d'origine africaines ou américaines ($n=9$), et le dernier groupe comprend des femmes blanches non hispaniques ($n=10$)) sont le fait de satisfaire leurs besoins de soins personnels (se doucher, se coiffer, manger), de dormir, de faire le ménage et de cuisiner. Selon elles, pallier à ces besoins les aide à se sentir plus « apte » à gérer le stress lié à cette période de vie.

Selon Corrigan, Kwasky et Groh (2015) bien souvent les femmes ne connaissent pas l'existence du baby blues ou de la dépression post-partum et le manque d'information les empêche de chercher de l'aide car elles ont peur d'être incomprises et jugées.

Selon Haga, Lynne, Slinning et Kraft (2012), pour les mères, deux approches sont liés étroitement aux symptômes dépressifs et au bien-être subjectif auto-déclaré par les mamans.

Lors de la période de grossesse, de la transition à la naissance, et en post-partum, les mamans vont anticiper ces instants de vie de différentes manières. Certaines entreprendront une approche plus « détendue » et d'autres, plus « contrôlée ». Ces approches auront une influence directe sur la manière dont les mères avaient imaginé la période post-partum et comment, finalement, elles l'ont expérimentée émotionnellement. Le besoin de contrôle et de maîtrise aura un impact sur la période de maternité. En effet, la période post-partum entraîne plus d'imprévisibilité et de défis qui ne peuvent facilement être maîtrisés, ce qui rend les jeunes mamans plus stressées et déprimées. Les mères « détendues » se projettent moins et sont plus ouvertes en ce qui concerne l'expérience de la naissance. Leurs attentes sont également moins nombreuses que les femmes qui ont un besoin de contrôle. En effet, plus les attentes sont hautes (imposantes) et plus la déception est importante si elles ne sont pas atteintes.

L'allaitement maternel, objet de préoccupations maternelles, peut retentir sur l'estime de soi. Chaque femme interrogée a longuement parlé de l'importance de réussir la mise au sein et l'allaitement. Onze d'entre elles (sur douze) ont estimé que la société, y compris les professionnels de la santé, exerce une immense pression à l'égard de l'allaitement maternel, et « être une bonne mère » exige d'allaiter. Plusieurs femmes ont déclaré avoir beaucoup lutté avec l'allaitement pendant les premières semaines ou premiers mois. A chaque fin de séances d'allaitement, elles redoutaient la prochaine, et surtout la nuit. Ainsi, la réussite d'allaiter semble être étroitement liée à leur bien-être.

3.1.2. Soutien social

Selon l'étude de Negron et al. (2013) les femmes des quatre groupes expriment attendre du soutien social tout particulièrement de la part de leur conjoint ainsi que de leur propre mère. Elles mentionnent ensuite les amis, ainsi que d'autres membres de la famille. La majorité des femmes latino-américaines et afro-américaines pensent que ce soutien devrait venir naturellement sans avoir besoin de le solliciter. Elles souhaiteraient pouvoir parler à quelqu'un de ce qu'elles sont en train de vivre et recevoir des encouragements et être «

cocoonées ». Le partenaire est identifié comme étant la première ressource de soutien social.

Concernant leurs moyens de mobiliser du soutien, il existe des différences entre les groupes. Les femmes latino-américaines parlant espagnol ainsi que les femmes afro-américaines « éduquent » leur partenaire en leur donnant des instructions sur la manière de faire ou encore en utilisant des listes avec l'essentiel à savoir pour s'occuper correctement du bébé. Elles disent également se diviser les tâches ménagères ainsi que la prise en charge du bébé avec leur partenaire. Les femmes latino-américaines parlant espagnol mentionnent que leur réseau de soutien social est très limité et que souvent, elles ne reçoivent de l'aide que de leur partenaire. Elles disent arriver très bien à communiquer à leur partenaire ce dont elles ont besoin. Elles soulignent également l'importance du soutien des infirmières qui viennent à domicile après l'accouchement, mais expliquent qu'elles font appel à elles uniquement lorsqu'elles n'ont pas d'autres options, ne recevant pas de soutien de leur entourage. Les femmes afro-américaines et latino-américaines parlant espagnol citent également l'importance d'utiliser la prière et la réflexion sur soi lorsqu'elles n'ont personne d'autre à qui parler, cela les aiderait à faire face à l'absence de proches et à la surmonter.

Les femmes caucasiennes, quant à elles, disent que la famille semble moins impliquée mais qu'elles n'en ressentent pas pour autant un manque et ne se sentent pas frustrées par cela. La plupart des femmes de ce groupe disent avoir organisé avant la naissance la présence d'infirmières ou de soignants après l'accouchement afin de leur donner un coup de main durant cette période de transition et d'éviter d'impliquer leur mère ou belle-mère plus qu'il ne le faudrait et créer des tensions entre elles.

Finalement, concernant les barrières au soutien social, les quatre groupes de femmes se rejoignent en disant qu'il est très difficile pour chacune d'elle de demander de l'aide, elles ont peur d'être jugée sur leur capacité à être mère. Elles ont également peur d'être un fardeau pour leurs proches. La fierté et l'indépendance semblent être les deux barrières principales exprimées par les mamans de tous les groupes. Elles ne veulent pas sembler « ingrates » en se sentant dépassées par la naissance alors que cela est censé être une expérience de joie pour tout le monde. Tous ces éléments ont tendance à inhiber la sollicitation de soutien social de la part des mamans.

Selon Corrigan et al. (2015) le soutien social majeur pour les mères est leur partenaire (n=51) suivi de leur mère (n=6).

Les résultats montrent une corrélation négative entre le niveau de soutien social et le score sur l'échelle d'Edinburgh. En effet, les mères ayant un haut niveau de soutien social ont tendance à présenter un score inférieur sur l'échelle d'Edinburgh.

Selon Haga et al. (2012), l'importance du soutien social est également ressortie dans chaque interview. Le plus demandé est celui du partenaire. Tant au niveau émotionnel que pratique, le partenaire est un élément majeur à l'amélioration du bien-être de la femme. Durant cette période, elles soulignent avoir besoin d'attention et d'aide, comme par exemple pour les réveils la nuit ou les changements de couches. Negron et al. (2012) citent également que le manque de soutien social dans ses tâches du quotidien serait un facteur favorisant les symptômes dépressifs.

Les femmes ont également besoin que les maris valident leurs sentiments et leurs inquiétudes, parce qu'il est très facile de se sentir seule lors de cette période. De plus, la présence de la famille et des amis est également essentiel pour le bien-être de la jeune maman.

Les groupes de soutien lors de la période post-partum ont été mentionnés comme ayant une place importante, où les femmes peuvent parler, comparer et obtenir un sentiment d'être comme les autres. Ces groupes informels sont proposés en clinique.

Plusieurs des mamans sont cependant déçues par le peu de soutien que proposent les pédiatres en ce qui concerne leur bien-être. En effet, ils s'occupent bien des bébés mais ne se sentent pas vraiment concernés par la santé de la maman. Plusieurs des mères qui se sentaient d'humeur dépressive ont eu l'impression d'une banalisation et, d'après elles, les pédiatres étaient plutôt concentrés à normaliser leurs sentiments, qu'à les écouter et à les aider (Haga et al., 2012).

Selon Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki et Tarkka (2013), les mères se sentant soutenues par leur conjoint et par des professionnels de santé considèrent cette étape de transition à la naissance comme une expérience positive.

3.1.3. Repos

Selon l'étude de Denis et al. (2012) une analyse a montré que l'intensité des symptômes du blues post-partum peut être prédite par la perception que la maman a de son bébé comme étant « difficile » ($p < 0,05$). Par « difficile » on entend le fait d'avoir un bébé qui pleure beaucoup.

La revue de littérature de Kurth et al. (2011) met en évidence le lien entre la quantité de pleurs du bébé et le degré de fatigue de la mère. En effet, les mères rapportant des pleurs importants de la part de leur bébé sont celles présentant un taux de fatigue et d'épuisement

le plus élevé. Seule l'étude transversale de Becker, Pauli-Pott et Beckmann (1998) n'a pas trouvé de lien entre les pleurs du bébé et la fatigue de la mère.

Une attitude ressentie comme « difficile » d'un bébé a été reconnue comme liée également au degré de fatigue de la mère. Les conséquences de la fatigue de la mère sur sa capacité à prendre soin de son bébé émergent et un léger impact négatif a été démontré et a augmenté durant la période de une à neuf semaines après la naissance ($p < 0.05$).

Un lien entre des pleurs excessifs, la difficulté pour la mère de se reposer et par conséquent l'épuisement ressenti par la mère a également été mis en évidence. Ces dernières identifient plusieurs effets négatifs au niveau émotionnel et mental de la fatigue : des difficultés à se concentrer, une patience diminuée, de la frustration, un sentiment d'impuissance ou de culpabilité, une peur de devenir agressive envers l'enfant.

Divers aspects de la relation parents-enfants touchée par des pleurs excessifs sont évoqués, et on peut retrouver une réciprocité sentimentale négative entre le parent et l'enfant. Des pleurs persistants diminuent les interactions positives entre le parent et l'enfant et le fait de ne pas parvenir à réconforter l'enfant en pleurs fait ressentir au parent un sentiment de frustration.

Selon Kurth et al. (2011), voici le schéma type d'un cercle adapté pour le bien-être et le repos tant du bébé que de la maman:

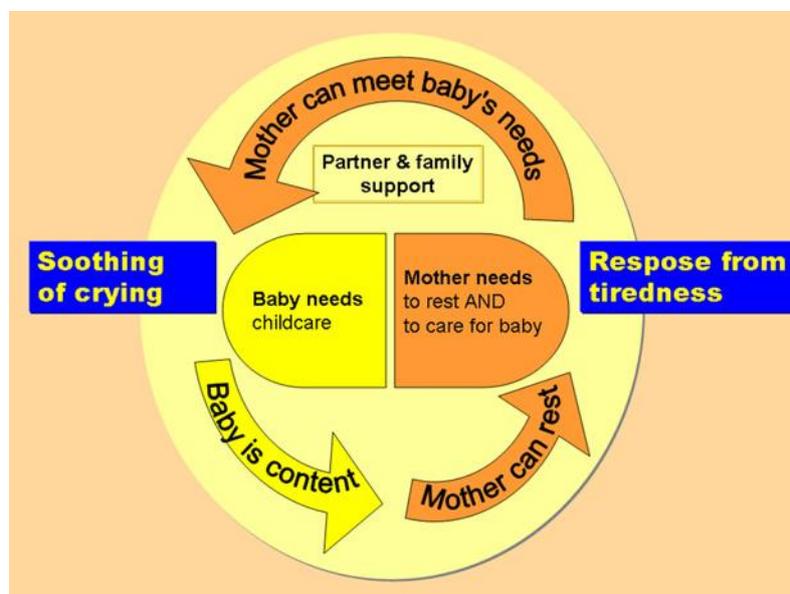


Figure 2 : Adaptation physiologique de l'enfant apaisé et de la mère reposée.

Tiré de: Kurth et al., 2011.

Ce schéma montre que les besoins du bébé sont de recevoir des soins tels que manger, être rassuré et que la mère a besoin de repos et de prendre soin de son enfant. Lorsque le bébé

pleure, la mère réussit à identifier ses besoins, les pleurs s'apaisent, le bébé est content, la mère peut se reposer tout en sachant qu'elle est soutenue par ses proches et sa famille.

Puis, voici un cercle vicieux qui porte atteinte au repos et au bien-être de la maman et du bébé:

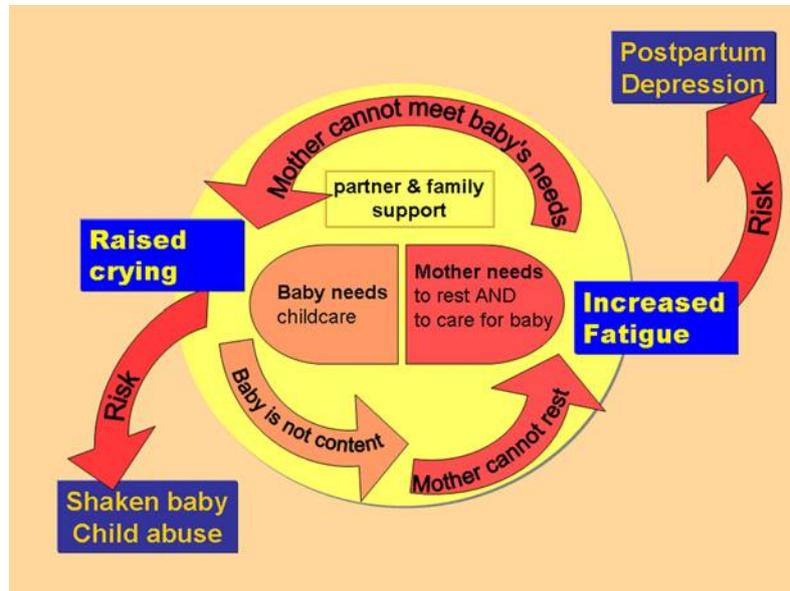


Figure 3 : Cercle vicieux des pleurs de l'enfant et de la fatigue maternelle, et effets négatifs.

Tiré de: Kurth et al., 2011.

Ce schéma montre que lorsque le bébé pleure, la mère n'arrive pas à identifier ses besoins et donc à y répondre, il continue donc de pleurer et cela pourrait mener la mère, épuisée, à secouer son bébé pour tenter de le faire taire ou en arriver à des abus. Le bébé n'est pas content, il continue de pleurer, la mère ne peut donc pas se reposer et cela augmente fortement le risque de présenter une dépression post-partum.

3.1.4. Pratiques soignantes

Selon Corrigan et al. (2015), quasiment toutes les participantes (n=58) ont eu un contrôle de routine chez leur gynécologue à six semaines post-partum et seulement une petite partie des femmes (n=20) ont été vues avant les six semaines après une césarienne ou pour des problèmes somatiques tels qu'une hypertension ou des saignements.

La plupart des participantes (n=44) ont contacté un professionnel de la santé, incluant un professionnel de l'allaitement (n=17), un gynécologue (n=14), une infirmière (n=10), un pédiatre (n=10). Vingt-cinq des femmes interrogées ont indiqué qu'une infirmière les a contacté dans la première semaine suivant l'accouchement, et les femmes restantes (n=18) ont exprimé que du soutien de la part d'une infirmière aurait été très apprécié. Les informations qui auraient été les plus importantes selon les mères interrogées dans la première semaine suivant la naissance sont des informations concernant l'allaitement, les

soins à réaliser pour les mères elles-mêmes, les soins à prodiguer à l'enfant, ainsi que des conseils concernant l'alimentation de l'enfant.

Le rôle infirmier serait donc d'explorer le ressenti des mères, et de dépister les femmes à risque en essayant de comprendre par exemple si, avant la naissance, elles avaient déjà ce ressenti ou pas, et surtout de les informer que cette pathologie existe et qu'il faut y être attentif. Il est également suggéré que l'infirmière devrait avoir une vision holistique de la mère et de ses besoins afin de pouvoir anticiper des actions à un stade plus précoce. L'infirmière collabore avec la mère vers l'indépendance et l'épanouissement qui peut contribuer à l'amélioration des résultats en termes de bien-être du nouveau-né et de la mère. En partenariat avec cette dernière, l'infirmière devrait également contribuer au développement d'un parcours de soins multidisciplinaire afin de répondre aux préoccupations de la mère et de lui assurer des soins adaptés ainsi que des soins de suivi.

L'étude de Salonen, Oommen et kaunonen (2014) visent à évaluer la perception du soutien social des professionnels en soins infirmiers par des mères primipares et multipares dans les services postnataux. Les jeunes mères ont évalué le soutien affirmatif (participatif), le soutien concret et le soutien émotionnel des professionnels en soins infirmiers. Le soutien affirmatif renvoie aux expressions qui affirment que les gestes ou les paroles faites par les mères sont appropriés (par exemple sur les instructions pour la surveillance du bien-être de l'enfant ou encourager les compétences maternelles propres). Le soutien concret se réfère à une aide directe ou une assistance, y compris la mise à disposition de temps et d'informations (des informations sur l'alimentation du nourrisson ou des méthodes pour calmer les pleurs du nourrisson). Le soutien émotionnel consiste à personnaliser les soins en fonction des émotions de la mère (des entretiens sur la relation de couple ou sur les incertitudes liées à cette période).

Durant la grossesse, la plupart des mères (88%) avait une attitude parentale détendue ou confiante mais les autres (12%) se sentaient effrayées, préoccupées ou peu sûres. Les symptômes dépressifs ont été relevés chez 8% des participantes (score EPDS \geq 13).

Les résultats mettent en évidence que les femmes primipares ont trouvé les conseils des professionnels en soins infirmiers insuffisants ($p=0.015$). Le nombre de primipares ne nécessitant pas le soutien social des professionnels en soins infirmiers a été inférieure comparée avec les multipares donc la demande est plus élevée lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Le soutien affirmatif a été perçu comme le mieux effectué tant de la part des primipares que des multipares. Dans les soins affirmatifs, les primipares ont particulièrement bien noté les soins concernant les nourrissons et l'encouragement des soins de la mère envers son nourrisson comparé aux multipares. Pour ce qui est du soutien concret, les mères primipares ont mieux noté les soins prodigués que les multipares excepté lorsqu'il

s'agit de la quantité de temps libéré par les infirmiers pour répondre à leurs besoins. En lien avec le soutien émotionnel, il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes. En effet, il a été perçu comme étant le moins effectué.

De manière globale, il n'y a pas de différences significatives entre les primipares et les multipares. Elles estiment le travail infirmier comme modéré. Généralement, les mères primipares ont besoin de plus d'aide et de conseils que les mères multipares mais cela dépend de plusieurs variables telles que l'âge ou le statut social. En effet, plus le statut social est élevé, moins les mères demandent de l'aide. Il est de ce fait difficile de généraliser la perception des mères.

Selon Kurth et al. (2011), pour promouvoir la santé de la famille dès le début, il est important et urgent que les professionnels de la santé se basent sur des données probantes telles que les études de Runquist (2007), de Wambach (1998), de Dennis and Ross (2005) ou encore celle de Papousek and von Hofacker (1998) afin de mieux identifier les problématiques rencontrées par ces nouvelles mères et de mettre en place des interventions le plus vite possible en lien avec la mère et le nouveau-né dans l'intention de prévenir l'épuisement.

Selon Austin, Lumley et Mitchell (2004), les interventions effectuées avant l'accouchement ne montrent pas d'effet positif quant à la réduction des symptômes dépressifs auprès des mères. En revanche, deux interventions entreprises en post-partum présentent un effet positif. La première concerne une consultation comprenant un soutien, une éducation thérapeutique et une thérapie cognitivo-comportementale. La seconde intervention est basée sur un soutien téléphonique par des mères ayant eu une expérience de dépression post-partum et qui ont effectué une formation de quatre heures pour accompagner les jeunes mères. La première montre une réduction dans la proportion de femmes ayant des symptômes dépressifs modérés à sévères entre quatre et six semaines après l'accouchement et la seconde étude montre une efficacité dans la réduction d'une probable dépression.

Les résultats des interventions postnatales démontrent une réduction constante et substantielle dans la dépression ou la dépression probable après les six interventions de conseil, quel que soit le modèle de thérapie ou de l'expérience professionnelle du thérapeute.

Dans une étude de cette revue systématique, il est montré que bien que les trois traitements (les conseils non directifs, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie psychodynamique) aient eu un impact significatif sur les symptômes dépressifs maternels à quatre mois et demi, seule la thérapie psycho-dynamique réduit la dépression cliniquement diagnostiquée.

Cependant, cette revue systématique montre qu'il n'y a pas d'effets significatifs dans la réduction des symptômes de dépression post-partum ou de la dépression post-partum en elle-même. En revanche, lorsque les interventions sont mises en place après l'accouchement auprès de femmes à risque de déclarer une dépression post-partum, les interventions ont un effet bénéfique et réduit les symptômes dépressifs voire le risque de dépression.

Selon Tammentie et al. (2013), les principaux concepts considérés comme importants dans la prévention, le dépistage et le traitement de la dépression post-partum sont les suivants:

- Discussions avec la famille
- Informations et conseils
- Réunion avec la famille
- Relation entre l'infirmière et la famille
- Le professionnalisme

Discussions avec la famille : Les infirmières considèrent que l'écoute des familles est une part importante à ne pas négliger lorsque ces derniers consultent. Il est important que les parents aient l'opportunité de poser des questions qui leur semblent importantes et que l'infirmière puisse ainsi découvrir la manière dont la mère et la famille font face à cette étape de vie. Les infirmières rapportent qu'elles conseillent souvent aux parents de prendre du temps pour eux seuls, sans le bébé.

Il est également important d'évaluer le réseau social de la famille. Beaucoup de familles n'ont pas de proches dans la région et il peut arriver également que les jeunes parents se retrouvent dans un mode de vie totalement différent de leurs amis qui n'auraient pas d'enfants. C'est pourquoi il est important pour les infirmières de l'évaluer et, si besoin, orienter la famille vers des groupes de soutien.

Pour obtenir une discussion fructueuse il est important d'établir une atmosphère de confiance et d'honnêteté entre l'infirmière et la mère (ou la famille). Souvent les mères sont anxieuses de venir aux consultations et peuvent feindre que tout va bien.

Il est également important d'encourager les patients à penser à eux-mêmes, de les encourager à croire en leurs compétences, car cela augmente l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et le risque de dépression diminue.

Informations et conseils: Le rôle de l'infirmière en tant que distributeur d'informations est essentiel, comme par exemple informer les femmes sur la possibilité de développer une

dépression post-partum. Il est important également de faire des retours positifs aux mères sur ce qu'elles font car cela renforce leur confiance en elles.

L'infirmière doit également parler au bébé et par ce biais elle montre subtilement aux parents comment parler au bébé. Elle est considérée comme un modèle par les parents.

Réunion avec la famille: Toutes les infirmières mentionnent le fait que l'interaction et la coopération avec les familles dépendent de la personnalité de chacun et qu'elles s'entendent parfois mieux avec certains qu'avec d'autres et qu'il est possible de changer d'infirmière si l'entente n'est pas réussie.

Lors de ces réunions, elles citent l'humour comme une ressource dans la communication avec la famille, car soulever les problèmes peut être difficile. L'infirmière doit être capable de poser des questions sur d'éventuels problèmes perçus mais de telle façon que la famille ressente cela comme une partie intégrante du soin comme par exemple: « Êtes-vous fatigués? Vous sentez-vous un peu triste? ».

Relations: Il est important que chaque famille soit traitée individuellement, que les infirmières tiennent compte de chaque membre de la famille et qu'elles soient flexibles afin de trouver des dates de réunion où le père peut être présent par exemple.

Professionalisme: L'expérience qu'elles ont acquise en soutenant dès le début la famille et le bébé ont amélioré leur perspicacité. Le fait d'observer l'interaction entre la maman et son bébé apporte beaucoup d'informations à l'infirmière concernant l'état de santé de la maman. Par exemple, une maman qui regarde beaucoup son bébé en lui souriant ou bien une autre maman qui le garde dans les bras et ne le lâche pas seront des indicateurs clés pour l'infirmière afin d'évaluer comment la mère s'adapte à cette transition de vie.

Si nécessaire les mères sont adressées au médecin traitant, au bureau de la santé mentale ou chez un psychologue ou encore de l'aide à domicile est proposée.

Les cliniques pour enfants ont pour rôle de peser l'enfant, d'évaluer son bon développement, mais il est essentiel pour les infirmières de considérer que chaque famille a des besoins spécifiques et que la clinique n'est pas seulement un endroit de soins somatiques mais également un endroit où la famille peut parler des problèmes rencontrés.

Selon Dennis (2005), en ce qui concerne les interventions, il n'y a pas d'effet préventif avec les cours anténataux et postnataux, les visites à domicile de personnes non professionnelles et les suivis précoces post-partum. Cependant, il y a une tendance positive liée à la continuité des soins et des visites à domicile par des professionnels de la santé. Pour ce qui

est des interventions psychologiques, il n'y a pas d'effets significatifs avec les psychothérapies interpersonnelles mais une tendance positive en ce qui concerne des débriefings à l'hôpital. Dans les études où les interventions commencent durant la période anténatale et continue en période postnatale, il n'y a pas de réduction de la dépression postnatale. En revanche, lorsque la prévention est mise en place durant la période postnatale, les interventions ont un effet. Les participantes à risques sélectionnées pour les études ont plus de succès dans les interventions préventives que les femmes sélectionnées dans la population générale.

Selon Ho, Heh, Jevitt, Huang, Fu et Wang (2009), l'objectif de leur étude est de démontrer qu'un programme d'éducation sur la dépression post-partum à la sortie de la maternité peut être bénéfique pour réduire la morbidité psychologique après l'accouchement.

Pour se faire, une étude randomisée contrôlée a été effectuée. Le groupe d'intervention a donc reçu une éducation à la sortie sur la dépression postnatale, prodiguée par les infirmières du service post-partum. Le groupe témoin en a reçu un enseignement général. Par la suite, un court questionnaire semi-structuré leur est envoyé, afin d'obtenir des données démographiques et des informations sur leurs expériences en lien avec la dépression postnatale (présence ou non, raisons, début, durée et influence) après l'accouchement. Ces questionnaires sont transmis à la sixième semaine et au troisième mois post-partum, accompagnés de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Ainsi, le taux de réponse à la sixième semaine post-partum était élevé. 83% des femmes du groupe témoin ont répondu, ainsi que 92% des femmes du groupe d'intervention. Dix-neuf dames des 92% (21%) du groupe expérimental ont un score égal à 10 ou supérieur à 10 sur l'EPDS, comparativement à vingt-six dames sur 88% (30%) du groupe témoin. Au troisième mois, 80% des femmes témoins ont envoyé une réponse, ainsi que 83% des femmes du groupe d'intervention. Neuf femmes des 83% (11%) du groupe expérimental ont un score égal à 10 ou plus, comparativement à treize dames sur 80% (16%) du groupe témoin.

Il n'y avait pas de différence importante entre le groupe expérimental et le groupe témoin à six semaines ($\chi^2 = 1,90$, $df = 1$, $p = 0,17$) et trois mois après l'accouchement ($\chi^2 = 1,02$, $df = 1$, $p = 0,31$).

Les groupes expérimentaux et témoins ont montré une réduction des scores moyens de l'EPDS, de six semaines à trois mois post-partum ($p < 0,001$). En effet, quatre-vingt-trois femmes (46%) ont indiqué qu'elles avaient des symptômes dépressifs post-partum et 93% de ces symptômes ont commencé au cours de la première semaine après l'accouchement. La plupart des symptômes dépressifs post-partum ont duré moins de deux semaines (89%). Les raisons pour lesquelles les femmes avaient un score supérieur à 10 à l'EPDS, six semaines après l'accouchement, ont été le stress des soins du bébé, une mauvaise

expérience lors de l'allaitement et le stress des beaux-parents. Les moyens d'adaptation les plus utilisés étaient de parler à leurs conjoints (43%) ou une auto-adaptation (39%).

Les résultats démontrent qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur l'expérience de la dépression postnatale (score EPDS, raisons, début, durée, et influence) à six semaines après l'accouchement. Cela révèle que le programme d'éducation sur la dépression post-partum a été incapable de diminuer les symptômes dépressifs à six semaines après l'accouchement. Même lorsque les mères ne souffrent pas de dépression post-partum, prendre soin d'un nouveau-né est stressant et un temps d'adaptation est nécessaire. C'est un aspect de la maternité qu'il faudra plus prendre en considération lors de la prochaine intervention.

Selon Harvey, Fisher et Green (2012), développer un nouveau modèle de soins pour les femmes en période périnatale améliore les prestations de service communautaire et comble les lacunes des services déjà existant pour cette population cible.

Les échelles DASS et EPDS ont été collectées pour les femmes qui sont venues plus d'une fois, et elles ont été remplies lors du premier et du dernier rendez-vous. Ainsi, 79 scores de l'EPDS ont été complétés, puis 67 scores du DASS.

Les scores de l'EPDS avant les consultations (premier rendez-vous) montrent une probabilité de dépression chez la plupart des femmes (14,8 de moyenne), mais ils diminuent de manière significative lors des différents rendez-vous (9,7 de moyenne). Les scores du DASS ont également montré une amélioration statistiquement significative au fur et à mesure des interventions. En effet, la moyenne des scores diminue et la valeur P est significative (<0.001).

Les résultats cliniques positifs, ainsi que le taux faible de retrait, ont démontré que les infirmières ont fourni des soins appropriés et cliniquement efficaces. La capacité de fournir des interventions précoces grâce à ce genre de secteur de soins primaires a été prouvée et a été très apprécié par les femmes et leur famille.

Thome et Arnardottir (2013) prônent également des interventions infirmières, mais selon un modèle de soins centrés sur la famille, lors de la période périnatale, dans un contexte de santé primaire. Il s'agit de quatre entretiens à domicile. L'organisation des entretiens est réfléchie, ils commencent par une question ouverte bien choisie, et le reste de la conversation est guidée par les pensées et les demandes du couple. Les entretiens ciblent toujours la grossesse et les attentes parentales face à cette transition. Lors de la dernière visite à domicile, le couple a l'opportunité de visionner une courte vidéo sur l'interaction et la communication entre les parents et enfants, et ils peuvent en discuter par la suite. Les

infirmières finalisent l'intervention en écrivant une lettre au couple, qui synthétise les quatre visites à domicile et leur permet de se rappeler leurs forces.

Les résultats de cette étude démontrent que ces interventions ont révélé plusieurs effets bénéfiques, tels qu'une réduction des symptômes dépressifs et d'anxiété, ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi et de la relation de couple.

Après l'intervention, il y a une différence significative au niveau des résultats des échelles chez le couple. Sur les soixante-et-une femmes participant à l'étude, vingt-quatre (49%) d'entre elles ont présenté une amélioration clinique significative sur l'échelle EDS. Sur les cinquante-et-un hommes participant à l'étude, dix (25%) d'entre eux ont montré une amélioration clinique significative sur l'échelle EDS. Les couples chez qui il n'y avait pas de changement suite aux interventions sont renvoyés chez des spécialistes.

3.2. Tableau synthétique des articles retenus

Suite aux recherches et aux lectures effectuées, voici la sélection finale des articles retenus. Douze au total ont été retenus en fonction de leur pertinence avec le sujet du travail de Bachelor.

Tableau 1. Tableau synthétique des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Denis, A., Ponsin, M., Callahan, S. 2012</p>	<p>Etude quantitative Population : 69 femmes Lieu de l'étude : France</p>	<p>Evaluer le lien entre le tempérament de l'enfant, les cognitions maternelles et le blues postpartum.</p>	<p>A 2 jours post-partum, trois questionnaires fermés : The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Maternal Self-Report Inventory (MSI), et the Mother and Baby Scale (MABS) qui mesurent les symptômes du blues post-partum, l'estime de soi maternelle et la perception des compétences ainsi que du tempérament de l'enfant.</p>	<p>-Corrélation importante entre les symptômes du baby blues et l'estime de soi maternelle subdivisées en trois sous échelles : le manque de confiance en sa capacité de prendre en soins l'enfant ($p < 0,05$), le manque de confiance en soi ($p < 0,05$), le manque de confiance en sa capacité de nourrir l'enfant au sein ($p < 0,05$) et finalement le tempérament de l'enfant reconnu comme particulièrement difficile ($p < 0,05$). -Aucune variable n'a été identifiée comme prédictive du score de l'EPDS. - l'intensité des symptômes du blues post-partum peut être prédite par la perception que la maman a de son bébé comme étant « difficile ».</p>	<p>-Le petit nombre de l'échantillon, qui a donc un effet minime sur les statistiques. -difficulté d'accéder à cette population. -participantes interrogées à J2 post-partum, alors que le blues est normalement mesuré à trois jours post-partum. -tempérament de l'enfant car il est difficile de séparer la vision subjective de la maman sur son propre bébé de la réalité objective.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., Howell, A.</p> <p>2013</p>	<p>Étude qualitative randomisée contrôlée</p> <p>Population : 30 femmes</p> <p>Lieu de l'étude : New-York City</p>	<p>Explorer les barrières et facilitateurs pour les mamans de recevoir du soutien social. L'objectif est également d'évaluer les besoins en terme de soutien social chez les mamans en période post-partum ainsi que l'impact de celui-ci sur le bien-être de ces mamans. Cette étude a été réalisée chez des mamans qui étaient à 6 mois post-partum.</p>	<p>Quatre groupes de femmes entre 6 et 12 mois post-partum ont été recrutées. Toutes les femmes ayant participé à l'essai randomisé concernant la dépression post-partum réalisée ultérieurement et ayant accepté de participer à cette étude-ci étaient susceptibles de participer. Indépendamment de la présence ou non de symptômes dépressifs. Durant le tri, les femmes présentant des symptômes de dépression post-partum ont été évaluées à l'aide de l'échelle d'Edinburgh (EPDS). Les chercheurs ont ensuite contacté ces femmes en leur expliquant le déroulement de la recherche qui serait basée sur des groupes de paroles. Chaque groupe a été créé en fonction de l'ethnie et de l'origine des femmes mais elles ont toutes entre 22 et 43 ans et sont toutes entre 6 et 12 mois post-partum. Quatre groupes ont été créés : deux comprennent des femmes d'origine latino-américaines (n=11). Un groupe de femme parle anglais et l'autre espagnol. Un troisième groupe comprend des femmes noires d'origine africaines ou américaines (n=9), et le dernier groupe des femmes blanches non hispaniques (n=10).</p>	<p>Concernant les besoins principaux exprimés par les mamans, les quatre groupes de femmes se retrouvent dans le fait de satisfaire leurs besoins de soins personnels (se doucher, se coiffer, manger), de dormir, de faire le ménage et de cuisiner.</p> <p>Concernant les barrières au soutien social, les quatre groupes de femmes se rejoignent en disant qu'il est très difficile pour chacune d'elle de demander de l'aide, elles ont peur d'être jugée sur leur capacité à être mère. Elles ont également peur d'être un fardeau pour leurs proches. La fierté et l'indépendance semblent être les deux barrières principales exprimées par les mamans de tous les groupes.</p>	<p>Cette étude reste « subjective » étant une étude qualitative ils ne peuvent pas généraliser les résultats. Cependant, malgré les différences ethniques, les résultats se sont avérés généralement pertinents pour les autres groupes.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Corrigan, C. P., Kwasky, N. A., Groh, J. C. 2015</p>	<p>Etude descriptive transversale quantitative</p> <p>Population : 61 femmes</p> <p>Lieu de l'étude : Midwest Américain</p>	<p>Identifier si les mères présentant un résultat positif sur l'échelle d'Edinburgh ont conscience de présenter ces symptômes dépressifs.</p> <p>Identifier le lien entre le soutien social et le risque de dépression post-partum.</p> <p>Identifier si les femmes qui ont demandé de l'aide au personnel soignant avaient plus ou moins de chance de se sentir dépassée par les responsabilités liées à la naissance du bébé.</p> <p>Identifier si les femmes qui ont demandé de l'aide au personnel soignant avaient plus ou moins de chance de se sentir dépassée en général dans leur vie quotidienne.</p>	<p>Chaque participante a dû répondre à un questionnaire de 47 questions concernant le support social et la dépression (SSQ et EPDS). Des femmes de différentes origines, ethnies et milieu socio-économique ont été choisies afin de pouvoir généraliser les résultats. Le questionnaire a été complété de juin à août 2013 et les femmes n'avaient aucunes obligations après avoir rempli le questionnaire.</p> <p>Pour analyser les données un test de chi-carré a été effectué pour répondre à la première question concernant le lien entre le ressenti des symptômes de la dépression et un résultat positif pour l'échelle d'Edinburgh.</p> <p>Un test de Mann-Whitney a été réalisé pour déterminer si les mères qui recherchaient de l'aide au près du personnel soignant étaient plus ou moins susceptibles de ressentir un épuisement du aux responsabilités lié aux soins de l'enfant.</p> <p>Ce test a également été utilisé pour déterminer si les mères qui recherchaient de l'aide au près du personnel soignant étaient plus susceptibles de ressentir un épuisement de vivre que les mères qui ne demandaient pas d'aide.</p>	<p>Concernant la première question de recherche, pour y répondre, deux groupes ont été créés basés sur l'échelle d'Edinburgh ; un groupe de mères non reconnues comme dépressives et un groupe de mères étant reconnues comme dépressives. Les résultats montrent que les femmes ayant un score positif ressentent effectivement des symptômes dépressifs dans la plupart des cas, et les femmes ayant un score négatif ne présentent généralement pas de symptômes dépressifs. Un chi-test a été réalisé pour déterminer si ces deux variables étaient liées et le résultat a été très significatif, c'est-à-dire que le ressenti des femmes correspondaient au score obtenu sur l'EPDS, excepté pour 18% des femmes.</p> <p>Concernant la deuxième question, les résultats montrent une corrélation négative. En effet, les mères ayant un haut niveau de soutien social ont tendance à présenter un score inférieur sur l'échelle d'Edinburgh.</p>	<p>Les limitations pour cette étude sont éventuellement le faible échantillon (n=61) ainsi que le fait également que le diagnostic de « dépression » n'ait pas été posé peut créer des biais. En effet, bien que les résultats étant positif sur l'échelle d'Edinburgh, un diagnostic clinique n'a toutefois pas été posé chez les mères interrogées.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Kurth, E., Kennedy, P. H., Spichiger, E., Hösli, I., Stutz, Z. E.</p> <p>2011</p>	<p>Revue systématique</p>	<p>Mettre en évidence le lien entre les pleurs du bébé et la fatigue maternelle durant la période post-partum à travers des études qualitatives et quantitatives.</p>	<p>Une revue systématique a été menée en incluant des études en anglais, français et allemand datant de 1980 à 2007. Les études étaient retenues si elles traitaient des pleurs du bébé ainsi que de la fatigue maternelle dans les trois premiers mois suivants la naissance. Les recherches ont été effectuées sur Pubmed, Cinahl, Cochrane et psyclINFO. Sur cent études trouvées, dix comportaient ces critères et ont été retenus. De ces dix études, cinq ont été réalisées aux Etats-Unis, une en Angleterre et deux en Allemagne. Cette revue systématique comporte six études quantitatives et quatre qualitatives.</p>	<p>Trois études sur quatre ont trouvé une association positive entre la quantité de pleurs du bébé et le degré de fatigue de la mère. En effet, les mères reportant des pleurs importants de la part de leur bébé sont celles présentant un taux de fatigue et d'épuisement le plus élevé. Uniquement l'étude transversale de Becker, Pauli-Pott et Beckmann (1998) n'a pas trouvé de lien entre les pleurs du bébé et la fatigue de la mère.</p> <p>Deux études ont identifié une association positive entre l'attitude « difficile » d'un bébé et le degré de fatigue de la mère.</p> <p>Les quatre études qualitatives ont toutes identifié un lien entre des pleurs excessifs, la difficulté pour la mère de se reposer et par conséquent l'épuisement ressenti par la mère. Ces dernières identifient plusieurs effets négatifs au niveau émotionnel et mental de la fatigue : des difficultés à se concentrer, une patience diminuée, de la frustration, un sentiment d'impuissance ou de culpabilité, une peur de devenir agressive envers l'enfant.</p>	<p>Les éventuelles limites de cette revue systématique seraient qu'elle s'est intéressée uniquement aux trois premiers mois post-partum et ne s'est pas intéressée à l'impact de cet épuisement au long terme sur la mère.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.-T.</p> <p>2013</p>	<p>Etude qualitative</p> <p>Population : 14 infirmières</p> <p>Lieu de l'étude : Finlande</p>	<p>Investiguer les interactions des infirmières de santé public avec des familles dans lesquelles la mère serait à risque de présenter une dépression post-partum dans différentes cliniques pour enfants de Finlande.</p>	<p>Quatorze infirmières de santé public ayant entre un an et de mi et 20 ans d'expérience ont été interviewées et enregistrées concernant leur expérience avec les nouvelles mères et les interventions mises en place. Les quatorze infirmières se sont portées volontaires pour cette étude.</p>	<p>Les principaux concepts considérés comme importants dans la prévention le dépistage et le traitement de la dépression post-partum sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussions avec la famille • Informations et conseils • Réunion avec la famille • Relation entre l'infirmière et la famille • Le professionnalisme 	<p>Les limites de cette étude seraient le petit nombre d'infirmière interrogées (n=14) et le fait que le système de santé est propre à la Finlande.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Haga S-M., Lynne A., Slinning K. & Kraft P.</p> <p>2012</p>	<p>Etude qualitative, analyse par thèmes</p> <p>Population : 12 femmes</p> <p>Lieu de l'étude : Oslo, en Norvège</p>	<p>Acquérir plus de connaissances sur l'expérience des mères lors de la transition à la naissance, ce qui peut aider pour le développement d'un programme de prévention contre la dépression post-partum.</p>	<p>Il s'agit d'interviews semi-structurées et enregistrées, de femmes en période post-partum. L'interview contient des questions ouvertes et fermées, et une tranche horaire assez large pour permettre aux femmes de raconter leur propre histoire sans devoir se fermer à une structure stricte.</p> <p>Dans ce questionnaire, il était demandé aux participantes de décrire en premier lieu leur grossesse et l'expérience de la naissance. Elles devaient également spécifier la manière dont elles avaient imaginé la période post-partum et la façon dont elles l'ont expérimenté, ce qu'elles ont trouvé difficiles ou agréables, et ce qu'elles considéraient comme important en matière de bien-être dans la période post-partum.</p> <p>Les interviews avaient lieu la plupart du temps chez les dames en personne et duraient entre une heure trente et deux heures. Ils étaient menés par des psychologues.</p> <p>Suite à cela, les données retenues lors des entretiens étaient organisées en différents thèmes et analysées par des chercheurs qualifiés.</p>	<p>Trois thèmes principaux sont retenus lors des différentes interviews, liés étroitement aux symptômes dépressifs et au bien-être subjectif auto-déclarés par les mamans. Il s'agit de l'attitude maternelle face à la transition à la naissance, l'importance du support social, ainsi que la peur de ne pas réussir à allaiter et la pression social qui s'ensuit.</p>	<p>L'influence de l'enquêteur sur les répondants. Dans cette étude, les intervieweurs avaient à peu près le même âge que les interviewées, et certains étaient des femmes. Il est possible que les réponses aient donc été influencées. Les mamans qui sont plutôt dans le contrôle ont également pu modifier leur témoignage afin d'être "socialement normales".</p> <p>Afin de faire des déductions plus générales, il faudrait également entreprendre des études similaires dans différents groupes d'âge et avec un plus grand nombre de participantes.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Ho S-M., Heh S-S., Jevitt C-M., Huang L-H., Fu Y-Y., Wang L-L.</p> <p>2009</p>	<p>Etude randomisée contrôlée</p> <p>Population: 200 femmes</p> <p>Lieu de l'étude: Taipei, en Taiwan</p>	<p>Démontrer qu'un programme d'éducation sur la dépression post-partum à la sortie de l'hôpital peut être bénéfique pour réduire la morbidité psychologique après l'accouchement.</p>	<p>200 femmes ont accepté de participer à cette étude. Les femmes ont été séparées dans deux différents groupes, le groupe témoin et le groupe d'intervention. Les premières dames à accoucher ont été affectées au groupe d'intervention (n=100), puis la suite des femmes au groupe témoin (n=100). Le groupe d'intervention a donc reçu une éducation à la sortie sur la dépression postnatale, prodiguée par les infirmières du service post-partum. Le groupe témoin a reçu l'enseignement général sur le post-partum. Par la suite, un court questionnaire semi-structuré leur sera envoyé, afin d'obtenir des données démographiques et des informations sur leurs expériences en lien avec la dépression postnatale (présence ou non, raisons, début, durée et influence) après l'accouchement. Ces questionnaires seront transmis à la sixième semaine et au troisième mois post-partum, accompagnés de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).</p>	<p>Il n'y avait pas de différence importante entre le groupe expérimental et le groupe témoin à six semaines et trois mois après l'accouchement. Cela révèle que le programme d'éducation sur la dépression post-partum a été incapable de diminuer les symptômes dépressifs après l'accouchement. Cependant, les groupes expérimentaux et témoins ont montré une réduction des scores moyens de l'EPDS, de six semaines à trois mois post-partum (p <0,001).</p>	<p>L'efficacité et l'utilisation de l'EPDS. En effet, cette échelle de dépistage est une auto-évaluation des symptômes dépressifs, alors qu'il aurait été préférable d'avoir un diagnostic clinique. De plus, l'étude devrait être menée sur du long terme, avec minimum une année de suivi, afin d'identifier les femmes souffrant d'une dépression post-partum à apparition tardive.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Harvey, S-T., Fisher, L-J. & Green, V-M.</p> <p>2012</p>	<p>Etude de cohorte rétrospective</p> <p>Population: 783 mères</p> <p>Lieu de l'étude: Brisbane</p>	<p>Améliorer les prestations de soins communautaires et combler les lacunes des services déjà existants. Afin d'améliorer la qualité des soins a été mis en place pour les femmes en période périnatale, tout en maintenant une évaluation clinique.</p>	<p>Les services proposés incluaient un appel téléphonique initial, ainsi qu'un à trois rendez-vous offrant différentes prestations. Pour mesurer les résultats cliniques de ces interventions proposées, l'EPDS ainsi que la DASS ont été utilisées. Elles ont été remplies à deux reprises : lors du premier et du dernier rendez-vous. Les rendez-vous duraient nonante minutes et étaient conduits par une des deux infirmières de santé mentale, ayant implémenté le projet. Selon les résultats cliniques évalués grâce aux échelles DASS et EPDS, les interventions étaient différentes.</p>	<p>Les échelles DASS et EPDS ont été collectées pour les femmes qui sont venues plus d'une fois, et elles ont été remplies lors du premier et du dernier rendez-vous. Ainsi, 79 scores de l'EPDS ont été complétées, puis 67 scores du DASS.</p> <p>Les scores de l'EPDS avant les consultations (premier rendez-vous) montre une probabilité de dépression chez la plupart des femmes (14,8 de moyenne), mais ils diminuent de manière significative lors des différents rendez-vous (9,7 de moyenne). Les scores du DASS ont également montré une amélioration statistiquement significative au fur et à mesure des interventions. En effet, la moyenne des scores diminue et la valeur P est significative (<0.001).</p>	<p>Une des difficultés était de mesurer l'efficacité du modèle pour les femmes qui étaient vues une fois seulement. En effet, elles ont quand même été avantagées en terme de promotion de la santé, d'éducation et d'interventions précoces, mais elles n'ont pas été évaluées spécifiquement au niveau clinique. Comme le service se développe, le but serait de pouvoir entreprendre des mesures objectives pour les femmes qui viennent seulement un rendez-vous.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Salonen, A. H., Oommen, H. & Kaunonen, M.</p> <p>2014</p>	<p>Etude quantitative transversale.</p> <p>Population : N=1300 sélectionné et 754 questionnaires retournés: 58%.</p> <p>Lieu de l'étude : Deux hôpitaux universitaires (A et B) de Finlande.</p>	<p>Evaluer la perception du soutien social des professionnels en soins infirmiers par des mères primipares ou multipares dans les services postnataux et évaluer les facteurs associés au soutien social des professionnels en soins infirmiers.</p>	<p>Les interventions offrent un soutien parental, des réponses aux questions anonymes, des conseils sur l'allaitement et les soins à l'enfant pour les femmes arrivant à mi-grossesse jusqu'après la naissance pour les patientes de l'hôpital A. Les questionnaires distribués la veille du retour à domicile. 754 questionnaires ont été retournés.</p> <p>Dans les questionnaires: variables recherchées sur les mères, les enfants et les facteurs environnementaux. (Comme âge, niveau d'éducation, statut marital, type d'accouchement. Genre du nouveau-né, son âge gestationnel ou son poids à la naissance. Fonctionnement familial, l'hôpital, la participation des pères durant le l'hospitalisation après l'accouchement, les conseils des professionnels de la santé en se demandant si ceux-ci étaient adéquats précis et encourageant, etc.)</p>	<p>La plupart des mères (88%) avait une attitude parentale détendue ou confiante mais les autres (12%) se sentaient effrayées, préoccupées ou peu sûres durant la grossesse. Les symptômes dépressifs ont été relevés chez 8% des participantes (score EPDS\geq13). En général, la perception des femmes primipares concernant leur enfant étaient statistiquement plus négatifs que les femmes multipares. Les femmes primipares ont évalués plus faiblement les conseils des professionnels en soins infirmiers.</p> <p>Le nombre de primipares ne nécessitant pas le soutien social des professionnels en soins infirmiers a été inférieure comparée avec les multipares donc la demande est plus élevée lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.</p> <p>Le soutien affirmatif (participatif) a été perçu comme le mieux effectué tant de la part des primipares ou des multipares. Cependant, les primipares ont noté les instructions pour les soins infantiles et les encouragements (en lien avec la confiance dans les soins aux nourrissons) de manière plus élevées que les multipares.</p>	<p>Il existe des limitations concernant le pourcentage de réponses de l'étude. En effet, seul 58% des femmes participantes ont répondu aux questions. Il est dit qu'il faut un pourcentage de 60% pour que ce soit significatif. Cela reste donc adéquat.</p> <p>L'échantillon de femmes ne peut pas représenter les statistiques nationales finlandaises car les femmes de la sélection ont un niveau d'éducation plus élevé. Comme l'étude se fait à partir de deux hôpitaux universitaires, le taux de césariennes était élevé car les grossesses à risques y sont centralisées.</p> <p>Il y a peu de détails sur les démarches et pas de propositions d'interventions pour améliorer la qualité des soins.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Dennis, C. L.</p> <p>2005</p>	<p>Revue systématique</p> <p>Population : un total de 7697 femmes</p> <p>Lieu de l'étude : Canada</p>	<p>Évaluer les interventions psychosocial et psychologique en comparaison avec les soins ante-partum et post-partum pour prévenir le risque de dépression post-partum.</p>	<p>Des articles ont été recherchés dans les bases de données de «cochrane pregnancy», «embase» et «cinahl».</p> <p>Au total, 155 articles ont été trouvé mais 99 ont été exclus car ils étaient non-expérimentaux. Sur les 56 restants, 15 ont été exclus car il s'agissait d'interventions de traitement pour la dépression postnatale. Le reste des articles ont été trié selon les critères d'inclusions et exclusions.</p> <p>Au final, 15 articles ont été retenus et ils comprenaient un total de 7697 femmes et ils ont été publiés entre 1995 et 2003. La plupart des études se sont déroulées en Australie et au Royaume-Uni, deux articles étaient fait aux États-Unis et un en chine. Sept articles ciblaient les femmes à risques de dépression postnatale tandis que les huit autres traitaient de femmes de la population générale.</p>	<p>Les études ont été subdivisée par interventions psychosociales (comme des cours prénataux et postnataux, des visites à domiciles par des professionnels et non professionnels, la continuité des soins et un suivi post-partum précoce) et psychologiques (tels que des débriefings et une psychothérapie interpersonnelle). Les interventions ont été fournies par divers professionnels, y compris les médecins, les infirmières, les sages-femmes, et d'autres fournisseurs de soins de santé.</p> <p>Les résultats des différents articles montrent qu'il n'y a pas d'effet bénéfique statistiquement significatif sur la prévention des dépressions postnatales.</p> <p>Les résultats montrent une réduction à court terme (de 0 à 8 semaines post-partum) sur la dépression postnatal, l'effet s'affaiblit à la période intermédiaire (de 9 à 16 semaines post-partum) et disparaît après 16 semaines post-partum.</p> <p>Il y a une tendance positive liée à la continuité des soins et des visites à domicile par des professionnels de la santé.</p>	<p>La revue est rédigée à la première personne du singulier. L'auteure était donc seule pour la rédaction de sa revue systématique cependant elle a écrit un certain nombre d'article sur le thème de la santé maternelle et le lien des mères à leur enfant.</p> <p>Les études inclus étaient de bonne qualité méthodologique. La récolte de données des études n'était pas exhaustive. Il manquait des détails sur la formation et la qualification des fournisseurs d'intervention et des descriptions sur l'adhésion aux protocoles d'interventions. Il manque également de détails concernant les éléments d'informations sur les interventions et sur les caractéristiques des soins reçus par les groupes contrôles.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Lumley, J., Austin, M. P. & Mitchell, C.</p> <p>2004</p>	<p>Une revue systématique</p> <p>Lieu de l'étude : États-Unis</p>	<p>Résumer l'efficacité des interventions testées par des essais randomisés ou quasi randomisés pour réduire la dépression maternelle après la naissance.</p>	<p>Les études ont été recherchés sur «the cochrane collaboration controlled trials register» de 1980 à 2003 en utilisant les mots clés suivants: anténatal, postnatal, post-partum, grossesse, trouble de l'humeur et dépression. Les critères d'inclusions des participantes sont les femmes enceintes, les femmes en travail ou les femmes dans l'année après la naissance. Les types d'interventions visés sont toutes celles qui ne sont pas pharmaceutiques ou hormonales mais incluant les interventions de prodiguant des conseils de tous types, les interventions éducatives, les stratégies psycho-éducatives, le soutien pratique ou émotionnel. Les thérapies cognitivo-comportementales ou thérapie psycho-dynamique.</p>	<p>Les interventions effectuées en ante-partum n'ont pas montré un effet positif quand à la réduction des symptômes dépressifs auprès des mères. En revanche, certaines interventions entreprises en post-partum telles que : une consultation comprenant un soutien, une éducation thérapeutique et une thérapie cognitivo-comportementale. Et une seconde intervention était basée sur un soutien téléphonique par des mères ayant eu une expérience de dépression post-partum (guéries) qui ont eu une formation de 4 heures. La première montre une réduction dans la proportion de femme ayant des symptômes dépressifs modérés à sévères entre quatre et six semaines après l'accouchement et la seconde étude montre une efficacité dans la réduction d'une probable dépression. Les résultats des interventions postnatales démontrent une réduction constante et substantielle dans la dépression ou la dépression probable après les six interventions de conseil, quel que soit le modèle de thérapie ou de l'expérience professionnelle du thérapeute.</p>	<p>Les interventions évaluées sont parfois anciennes. Il faudrait les réévaluer afin de vérifier s'il est possible de les mettre en pratique de nos jours.</p> <p>Les résultats ont été exposés sans pour autant analyser en quoi les interventions sont adéquates ou non.</p> <p>Il manque des recommandations pour la pratique.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Thome, M., & Arnardottir, S. B.</p> <p>2013</p>	<p>Une étude quasi-expérimentale</p> <p>Population : 61 couples</p> <p>Lieu de l'étude : Islande</p>	<p>Evaluer l'effet clinique d'une intervention de soins centrés sur la famille en période périnatale, sur les symptômes dépressifs et d'anxiété, sur la confiance en soi et sur la relation de couple des femmes et de leurs partenaires.</p>	<p>L'étude se déroula de novembre 2007 à octobre 2009. Quatre échelles auto-évaluables ont été envoyées au couple avant le commencement des interventions, avec une lettre informant les participants au sujet de l'étude et de leurs droits. Les quatre échelles utilisées sont l'EDS, la STAI, la RSES et la DAS.</p> <p>Ces interventions infirmières consistent en quatre visites à domicile. Les partenaires sont conviés lors du premier et du dernier rendez-vous, et l'importance de leur participation a bien été soulignée.</p> <p>Les entretiens étaient toujours en lien avec la grossesse et les attentes parentales face à cette transition. Les infirmières finalisent l'intervention en écrivant une lettre au couple, qui synthétise les quatre visites à domicile et leur permet de se rappeler leurs forces.</p>	<p>- 95% des femmes participant à l'étude ont nommé leur mari comme le membre de la famille le plus proche.</p> <p>- Seulement 32% des partenaires ont participé deux fois ou plus. 49% ont assisté une fois et 19% n'ont jamais participé.</p> <p>- Une différence significative a été relevée entre les hommes et les femmes lors de l'auto-évaluation des échelles avant l'intervention, excepté la DAS.</p> <p>- Après l'intervention, il y a une différence significative au niveau des résultats des échelles chez le couple.</p> <p>Sur les soixante-et-une femmes participant à l'étude, vingt-quatre (49%) d'entre elles ont une amélioration clinique significative sur l'échelle EDS.</p> <p>- Sur les cinquante-et-un hommes participant à l'étude, dix (25%) d'entre eux ont une amélioration clinique significative sur l'échelle EDS.</p> <p>- Les couples chez qui il n'y avait pas de changement suite aux interventions étaient renvoyés chez des spécialistes.</p>	<p>- Le manque d'un groupe de comparaison. Seulement un groupe a été testé et ne permet pas un haut niveau de preuves sur l'efficacité de ces interventions.</p> <p>- La petite taille de l'échantillon et le taux élevé d'abandon des hommes limitent également la conclusion qui peut être tirée concernant le changement au fil du temps.</p>

4. DISCUSSION

L'analyse des articles a permis de relever un certain nombre d'éléments tant sur les besoins des mères, que sur les interventions professionnelles pouvant être mises en place afin de répondre à ses besoins et de prévenir ou de limiter ainsi le risque d'épuisement durant la période postnatale. Ces éléments ont pu être mis en lien avec la question de recherche et ont permis d'y répondre en s'appuyant sur la théorie de soins centrée sur la famille.

La discussion aborde deux thèmes. Premièrement, les interventions professionnelles en lien avec la transition à la naissance seront confrontés et discutés, puis, la seconde partie abordera le lien entre les résultats trouvés et l'ancrage disciplinaire, pour laisser place ensuite à la conclusion et aux recommandations.

4.1. Interventions professionnelles en lien avec la transition à la naissance

Les différents résultats obtenus ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs favorisant la santé et le bien-être de la mère lors de la période de transition à la naissance. Les éléments identifiés sont en lien avec l'information, le suivi et la valorisation des compétences parentales.

Concernant l'information, la majorité des femmes manquaient de renseignements sur la complexité de cette transition à la naissance et des risques qu'elle peut engendrer tels que la fatigue, le stress, l'anxiété et l'épuisement. Les informations qui auraient été les plus importantes selon les mères interrogées dans la première semaine suivant la naissance sont des informations concernant l'allaitement, les soins pour les mères elles-mêmes, les soins à prodiguer à l'enfant ainsi que des conseils concernant l'alimentation de l'enfant (Corrigan et al., 2015, traduction libre, p.54).

Le rôle infirmier est de transmettre des informations claires et de mettre en avant le fait que les réactions négatives en lien avec le tempérament de l'enfant sont compréhensibles et naturelles. Des informations amenées inadéquatement auront un impact moindre sur les symptômes dépressifs (Ho et al., 2009, traduction libre, pp.69-70).

Une information sur l'épuisement est nécessaire sans axer systématiquement sur la dépression car la notion de maladie peut effrayer les mères. Le baby blues est physiologique les premiers jours suivant l'accouchement. Il est possible de mettre en place des actions auprès des mères lorsque celles-ci sont disposées à demander de l'aide (Salonen et al., 2014, traduction libre, p.477).

Cette demande peut s'avérer difficile pour les nouvelles mamans par peur d'être jugées sur leur capacité à être mère. Elles craignent également d'être un fardeau pour leurs proches.

Elles ne veulent pas sembler « ingrates » en se sentant dépassées par la naissance, alors que cette expérience est souvent un signe de joie. Tous ces éléments ont tendance à inhiber la sollicitation de soutien social de la part des mamans (Negron et al., 2013, traduction libre, p.620).

D'un autre côté, selon Harvey et al. (2012), les femmes ont souvent du mal à reconnaître les symptômes dépressifs ou sont réticentes à demander de l'aide par peur d'être perçues négativement ou poussées à prendre des médicaments (p.76). Dans ce sens, Gibb et Hundley (2007) préconisent une rencontre avec les futurs mères avant la naissance pour créer un lien thérapeutique rapidement afin de détecter au mieux les situations à risques et d'établir un lien de confiance avec les mères afin qu'elles se confient sans difficultés en cas de problème (p.421). En effet, le suivi des mères par des professionnels de la santé formés est primordial. Un manque de connaissances sur la dépression post-partum ou des difficultés pratiques temporelles, peuvent affecter la capacité des professionnels (médecins) à offrir une évaluation holistique et ou une évaluation des symptômes et des interventions psycho-sociales adaptées (Harvey et al., 2012, p.76; Corrigan et al., 2015, p.48).

Le manque de formation des professionnels de la santé empêche une prise en soins optimale. Ainsi, pour le moment, les professionnels de la santé banalisent encore les signes d'alertes d'une possible altération du bien-être et n'assurent pas automatiquement un suivi précoce de contrôle en période postnatale. Le modèle de soins proposé par Harvey et al. (2012) démontre qu'un suivi précoce peut avoir un impact positif sur cette population cible. Les prestations offertes par les infirmières proposent un cadre de consultation basé sur les besoins primaires et sont innovants par rapport à une approche basée sur la maladie. Les meilleurs scores sur l'EPDS et DASS, entre la première et la dernière séance, ont démontré que les soins des infirmières en santé mentale sont efficaces. Cela renvoie à une formation nécessaire sur la santé mentale des mères. De plus, le taux relativement faible de femmes n'ayant pas participé prouve la motivation générale de la population face à ces services, et le bon choix de la localisation. Pour finir, ce modèle a démontré un moyen efficace de combler les lacunes des services courants, ainsi que renforcer les capacités dans le secteur des soins de santé primaires et l'amélioration de la santé mentale dans ce type de population (p.79). Idéalement, les professionnels de la santé en pédiatrie devraient également continuer de fournir des informations sur la dépression post-partum au cours de la première année de vie du bébé. En effet, le séjour en post-partum est trop court pour permettre aux soignants d'identifier les problèmes émotionnels chez les nouvelles mères. En pédiatrie, ils auront l'opportunité de voir les mères et leurs bébés à intervalles réguliers durant la première année (Ho et al., 2009, p.70).

En lien avec les différents articles consultés, une hypothèse peut être émise: le peu de pratique de ce type serait dû au fait que ce genre de suivi soit assez rare dans les pays européens.

La valorisation des compétences maternelles ou parentales est un facteur favorisant le bien-être des mères. En effet, selon Haga et al. (2012), il y a un besoin important de réduire la pression imposée aux nouvelles mères, particulièrement pour ce qui est de l'allaitement. Les sages-femmes et autres professionnels de la santé ont une forte responsabilité à ce sujet. Pour plusieurs des interviewées, les professionnels doivent faire plus que de normaliser les inquiétudes des jeunes mères. Offrir un environnement positif encourage les femmes à s'exprimer et partager leurs expériences et leurs sentiments. De plus, il est essentiel de préciser qu'il n'y a pas une définition de « bonne mère » (pp.464-465). Il est également important d'encourager les mères à prendre soin d'elles-mêmes, de les encourager à croire en leurs compétences, car cela augmente l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes, et le risque de dépression diminue. Il est aussi important de faire des retours positifs aux mères sur ce qu'elles font, car cela renforce leur confiance en elles. L'infirmière, considérée comme un modèle par les parents, peut également parler au bébé et par ce biais elle montre subtilement aux parents comment lui parler sans mettre en avant son expertise (Tammentie et al., 2013, p.28). Salonen et al. (2014) mettent également en avant le fait que si les parents ont confiance en leur compétences propres, cela influence la façon dont ils pensent, ressentent, s'auto-motivent et agissent. Les mères avec un haut sentiment de confiance en leurs compétences sont plus susceptibles de faire face aux événements imprévus et stressants (pp.482-483).

Pour terminer, les interventions d'information, de suivi et la valorisation des compétences parentales sont complémentaires et nécessaires. Selon Ho et al. (2009), une action mise en place individuellement n'aboutit pas nécessairement à un résultat concluant. Prendre soin d'un nouveau-né est déjà stressant pour tous et un temps d'adaptation est nécessaire. Il est donc préférable de considérer ces différentes interventions avec la même importance afin de prodiguer une prise en soins optimale (p.70).

4.2. Développement de pratiques basées sur les forces selon McGill

Cette théorie met l'accent sur les ressources, les forces et les liens familiaux. Ce modèle de soins a pour concept principal de considérer la famille comme indissociable de la personne (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). La famille est constituée d'individus qui sont interreliés socialement et émotionnellement (Thome & Arnardottir, 2012, p.806). Cela est confirmé par

l'analyse des résultats des articles. En effet, il a été très vite identifié que les proches étaient des ressources non négligeables pour les mères durant cette période de transition. Selon Corrigan et al. (2015) le soutien social majeur pour les mères est leur partenaire (n=51) suivi de leur mère (n=6). En lien avec les partenaires, cette période de transition met à l'épreuve les relations de couple. En effet, les difficultés rencontrées dans l'organisation du quotidien font qu'une insatisfaction conjugale s'installe. Le temps et la communication sont des éléments auxquelles les couples doivent pouvoir prêter attention pour éviter tous problèmes surajoutés (Goudreau & Duhamel, 2003, p.166; Thome & Arnardottir, 2012, p.807). L'identité propre du père est à identifier. Durant la grossesse, les hommes peuvent se sentir délaissés par leur épouse ou par les professionnels de la santé. Les inclure dans cette étape de la vie leur permet de trouver un sens à la paternité. Les faire participer aux consultations prénatales leur permet de s'impliquer dans les soins et de favoriser les échanges au sein du couple (Goudreau & Duhamel, 2003, p.167).

Les résultats montrent également que plus le niveau de soutien social est élevé plus les risques de présenter des symptômes dépressifs diminuent. Ces résultats correspondent aux propos de la théorie de McGill qui met l'accent sur l'impact positif de la famille sur la personne, en l'occurrence la mère.

L'environnement est nécessairement perturbé étant donné le risque d'isolement social. En effet, plusieurs facteurs, tels que la honte, la culpabilité et la fatigue, influencent le retrait de la personne au sein de la société et peut la plonger dans une profonde solitude. En post-partum, l'environnement est très important pour le couple, il peut être sécurisant et être un soutien pour ces derniers, ou alors, être « hostile » et il sera de ce fait plus difficile pour le couple de faire face aux événements imprévus de la vie. Dans ce cas, la venue d'un bébé est un événement qui vient bouleverser toute une vie, et si le couple est bien entouré, avec un contexte familial et social sécurisant, ils pourront plus facilement affronter les événements stressants auxquels ils devront faire face (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26). Afin de définir précisément l'environnement de la mère, il est indispensable de réaliser un génogramme de la famille pour obtenir de plus amples informations sur sa structure et sur les relations entre ses membres. Il est préférable de construire ce génogramme avec la personne pour identifier, par la même occasion, ses forces individuelles mais aussi les ressources familiales. Un autre outil pouvant être utilisé est l'écocarte. Si le premier est utile pour percevoir les liens familiaux, le second reflète le réseau social plus étendu de la personne tel que la famille élargie, les voisins, le travail, le système de soin de santé ou encore les groupes religieux. « L'écocarte illustre la profondeur et la puissance du réseau d'une personne et la disponibilité d'un soutien social » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, pp. 370-372).

La santé est bouleversée par une estime de soi rabaissée ainsi que le sentiment de culpabilité de ne pas éprouver la joie qu'on associe à la naissance d'un nouveau-né. Il est possible que lors d'une dépression post-partum par exemple, le processus de coping soit perturbé. En effet il est peut-être difficile pour le couple de s'adapter à ce nouveau mode de vie. Tout change, il faut faire face aux pleurs du bébé, à passer des nuits très courtes, à faire passer sa vie de couple en second plan, autant de changements qui peuvent perturber l'équilibre familial et si ces derniers n'ont pas les ressources nécessaires, ils peuvent rapidement se laisser submerger par la situation. Il est donc de notre ressort de prévenir ces événements stressants, et d'aider la personne à mettre en place des stratégies de coping (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26).

En reprenant l'idée de l'importance d'une relation de couple stable, l'implication du père dans les soins est essentielle. Goudreau et Duhamel (2003) préconisent le partage des responsabilités envers l'enfant et une répartition équitable des tâches ménagères. Ceci dans le but de favoriser un partenariat approprié pour éviter un déséquilibre au sein du couple qui aurait des répercussions néfastes sur la résolution de problème ainsi que sur la gestion de leur santé (p.166).

Les soins sont primordiaux car il est important de tout d'abord détecter les signes d'épuisement voire des symptômes dépressifs, afin d'effectuer une prise en soin adéquate et efficace. Cependant, cela est très difficile à identifier car les parents ressentent souvent de la honte et ont du mal à en parler. Il est toutefois important de soigner les parents car des répercussions sur le développement de l'enfant en lien avec l'attachement insécuré peuvent survenir. La prévention joue un rôle important et est de notre ressort. Il est également important de collaborer avec la famille afin de prendre en charge le mieux possible la maman, le papa ou le couple. La personne/famille est une très grande ressource et elle seule pourra nous aider à identifier les causes du problème. Il est important d'élaborer une relation de confiance qui incitera à la confiance, car c'est une situation de soins délicate pour le couple (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, pp.21-26; Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.362).

Il est recommandé que les professionnels de santé primaire évaluent le désarroi tant chez les pères que chez les mères. A savoir que les hommes ont tendance à exprimer leurs angoisses par des symptômes d'anxiété, alors que les femmes montrent un haut niveau de symptômes dépressifs. En tant qu'infirmier, il faut être attentif aux facteurs qui peuvent perturber émotionnellement les futurs parents. Par exemple, les différents niveaux de dépression et d'anxiété, l'estime de soi, la perte de contrôle, la relation de couple, la relation avec leurs propres parents, leur personnalité, leurs antécédents psychiatriques et événement stressant, le soutien social ainsi que leur profession. Il est important d'utiliser des

questions ouvertes pour permettre l'expression libre de la famille sur leurs perceptions des événements de santé et de l'impact sur leur vie. Cela stimule le partage de leur préoccupations, de leurs problèmes et de leurs challenges (Thome & Arnardottir, 2012, pp.806-807). En faisant référence aux rôles infirmiers, les compétences d'expert et de communicateur sont essentielles pour la prise en soins.

5. CONCLUSION

Les résultats de cette revue de littérature fait ressortir principalement des besoins des mères en lien avec un soutien social familial et professionnel, un temps de repos suffisant, l'estime de soi et l'affirmation de soi.

Les pratiques permettant de répondre aux attentes des mères sont peu précisées dans les différentes études. Cependant, le soutien professionnel émotionnel et informatif est décrit comme bénéfique au bien-être des mères et de leur famille. Il est important que les professionnels travaillent selon la perception des parents pour les accompagner dans la valorisation de leurs capacités. Les infirmiers devraient mettre l'accent sur les forces et les ressources familiales existantes.

Les mères sont ciblées lors de l'étude. Toutefois, la présence du partenaire est à prendre en considération dans les soins car il occupe une place particulière dans cette période de transition et chacun des membres a une répercussion sur l'autre.

Le rôle infirmier auprès de cette population est de les informer précisément et clairement sur toutes informations pertinentes tournant autour de la naissance. Le dernier point à souligner concerne le suivi. Il est à poursuivre après l'accouchement de manière précoce et régulière. Ainsi, ces interventions pourraient diminuer l'incidence de la maladie et encourager les jeunes mères à en parler car ce sujet reste malgré tout tabou.

5.1. Apports et limites du travail

La réalisation de ce travail a permis d'approfondir le domaine du petit enfant et de la famille encore peu connu. La maternité et les risques inhérents d'isolement, d'épuisement et de dépression ont été étudiés. Ce sujet est encore peu connu tant des professionnels de santé, que de la population générale dont les principaux concernés, les futurs parents. Ce travail permet un regard nouveau sur cet événement de vie, la naissance est souvent associée à la joie et au bonheur. Il a permis une grande sensibilisation concernant les besoins des nouvelles mères en lien avec le rôle infirmier de promoteur de la santé et du bien-être de la mère.

Le travail a permis de répondre aux questions de recherche.

Il comporte cependant certaines limites. Peu d'articles concernent la population suisse. La plupart des articles concernaient des mères américaines ou finlandaises, ce qui ne permet pas une généralisation des résultats trouvés dans ce travail. Concernant l'ancrage disciplinaire de McGill, il a été possible de trouver quelques articles en lien avec les soins centrés sur la famille en lien avec la problématique choisie. L'analyse des articles a permis

de souligner les éléments essentiels de la théorie de McGill. Cela a permis d'émettre des recommandations pour la pratique en lien avec cet ancrage théorique.

Une dernière limite non négligeable est le fait que la plupart des articles recensés dans ce travail sont des études qualitatives ou descriptives et, ces-dernières n'ont pas une grande fiabilité sur la pyramide des niveaux de preuve. Cela n'est donc pas généralisable. Cependant, des études sur la perception des mères sont indispensables pour des pratiques répondants à leurs besoins. L'exploration de leurs ressentis est difficilement quantifiable.

5.2. Recommandations

Le rôle de l'infirmière est de soutenir, encourager et valoriser la mère afin de renforcer son estime de soi et de la rendre consciente de ses compétences maternelles. La mise en évidence des ressources potentielles (réseau de soins et associations) et le renforcement des ressources existantes comme le propose le modèle McGill.

Une des recommandations primordiale pour la pratique est de donner aux nouvelles mères des informations claires et précises sur les difficultés concernant l'adaptation à la transition à la naissance par rapport à elle et son bébé, les signaux à reconnaître et qui doivent la pousser à consulter. Il est important également de planifier un suivi régulier en ne centrant pas l'attention uniquement sur le bébé et sur les plaintes somatiques maternelles. Le ressenti, le vécu et les besoins des mères sont à explorer. Une échelle de dépistage de la dépression post-partum (EPDS) précoce (EDS) pourrait également être effectuée afin d'identifier quelles femmes seraient plus à risque d'épuisement et de dépression afin de mettre en place un accompagnement approprié et diminuer des risques éventuels.

Dans ce travail, les mères ont été mises en avant mais le père est important et devrait être davantage pris en considération. Des données probantes montrent que le bien-être du couple est étroitement lié aux ressentis de chacun. Ainsi, les pratiques infirmières devraient viser des interventions centrées sur la famille afin de favoriser le bien-être de celle-ci.

Il a été évoqué à plusieurs reprises que les professionnels de la santé manquent de formation sur la santé mentale des mères, leurs besoins et le type de soutien à leur prodiguer. C'est pourquoi, il est nécessaire d'y remédier.

6. RÉFÉRENCES

6.1. Liste de références bibliographiques

- Boots Family Trust. (2013). *Perinatal mental health experiences of women and health professionals* [Brochure]. Accès [http://cdn.netmums.com/assets/files/2013/Boots Perinatal Mental Health 9.10.13 W EB 2.pdf](http://cdn.netmums.com/assets/files/2013/Boots_Perinatal_Mental_Health_9.10.13_WEB_2.pdf)
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N. & Groh, C. J. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48-60.
- Denis, A., Ponsin, M. & Callahan, S. (2012). The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(4), 388-397.
- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British medical journal*, 331(7507), 15.
- Gibb, S. & Hundley, V. (2007). What psychosocial well-being in the postnatal period means to midwives. *Midwifery*, 23(4), 413-424.
- Girard K. & Lafaille S. (2006). *Cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS*. Accès http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Cadre_reference_soins_infirmiers.pdf
- Gottlieb, L. & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Québec : De Boeck.
- Goudreau, J. & Duhamel, F. (2003). Interventions in Perinatal Family Care: A Participatory Study. *Families, Systems, & Health*, 21(2), 165.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), 458-466.

- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., ... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27(1), 27-37.
- Harvey, S. T., Fisher, L. J. & Green, V. M. (2012). Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health. *International journal of mental health nursing*, 21(1), 75-81.
- Ho, S. M., Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L. H., Fu, Y. Y. & Wang, L. L. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient education and counseling*, 77(1), 68-71.
- Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Höfli, I., & Stutz, E. Z. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27(2), 187-194.
- Lumley, J., Austin, M. P. & Mitchell, C. (2004). Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. *International journal of technology assessment in health care*, 20(02), 128-144.
- Nanzer, N. & Epiney, M. (2013). Entretien prénatal genevois: préparer à la parentalité et dépister les troubles émotionnels. *Maladies infectieuses*, 401(34), 1841-1845.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale: sortir du silence*. Lausanne : Favre
- Nanzer, N. (2014). *Dépression post partum: halte au tabou*. Accès <http://www.grangettes.ch/fr/content/d%C3%A9pression-post-partum-halte-au-tabou>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*, 17(4), 616-623.
- Paquette-Desjardins, D. & Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique*. Montréal : Beauchemin

- Pellet, M. & Nanzer, N. (2014). Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. *Devenir*, 26(1), 21-43.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Razurel, C., Benchouk, M., Bonnet, J., El Alama, S., Jarabo, G. & Pierret, B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? Une démarche qualitative. *La Revue Sage-Femme*, 9(5), 240-249.
- 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*, 106(3), 47-58.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J-P., Citherlet, C., Epiney, M. & Sellenet, C. (2014). Validation of the antenatal perceived stress inventory. *Journal of health psychology*, 19(4), 471–481.
- Sages femmes genève, (2015). *Prise en charge des soins*. Accès http://sagesfemmesgeneve.ch/prestations_prise.html
- Salonen, A. H., Oommen, H. & Kaunonen, M. (2014). Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*, 30(4), 476-485.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M. T. (2013). Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression: Tarja Tammentie and colleagues report on a study into how community services in Finland work with families to support mothers and babies. *Primary Health Care*, 23(1), 26-31.
- Thome, M., & Arnardottir, S. B. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 805-816.

La Tour réseau de soins. (2014). *La dépression périnatale, beaucoup plus qu'un baby blues*.
Accès <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Grossesse-Enfants/La-depression-perinatale-beaucoup-plus-qu-un-baby-blues>

6.2. Liste bibliographique

De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.

Dennis, C. L. (2010). Postpartum depression peer support: maternal perceptions from a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 560-568.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397.

LLapa-Rodríguez, E. O., Cunha, S. D., Inagaki, A. D. D. M., Mattos, M. C. T. D. & Abud, A. C. F. (2012). Quality of postpartum nursing care in a mother's view. *Journal of Nursing Federal University of Sergipe on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007]*, 7(1), 76-82.

7. ANNEXES

7.1. Annexe I

Fiches de lecture :

1. Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M. T. (2013). Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression: Tarja Tammentie and colleagues report on a study into how community services in Finland work with families to support mothers and babies. *Primary Health Care*, 23(1), 26-31.

Type de revue : Primary Health Care, 23(1), 26-31

Date de parution: 2013

Lieu de l'étude: Finlande

Type d'étude: Etude qualitative

Question de recherche: Quelles pratiques infirmières de santé public sont mises en place dans différentes cliniques de Finlande afin d'identifier et de prévenir la dépression post-partum ?

Objet de la recherche: Décrire les différentes pratiques infirmières de santé public afin d'identifier et de prévenir la dépression post-partum.

Objectif: Investiguer les interactions des infirmières de santé public avec des familles dans lesquelles la mère serait à risque de présenter une dépression post-partum dans différentes cliniques pour enfants de Finlande.

Méthodologie de la recherche: Quatorze infirmières de santé public ayant entre un an et demi et 20 ans d'expérience ont été interviewées et enregistrées concernant leur expérience avec les nouvelles mères et les interventions mises en place. Les quatorze infirmières se sont portées volontaires pour cette étude.

Résultats: Les principaux concepts considérés comme importants dans la prévention le dépistage et le traitement de la dépression post-partum sont les suivants:

- Discussions avec la famille
- Informations et conseils
- Réunion avec la famille
- Relation entre l'infirmière et la famille
- Le professionnalisme

Discussions avec la famille : Les infirmières considèrent que l'écoute des familles est une part importante à ne pas négliger lorsque ces derniers consultent. Il est important que les parents aient l'opportunité de poser les questions qui leur semblent importantes et que l'infirmière puisse ainsi découvrir comment la mère et la famille font face à cette étape de vie.

Les infirmières rapportent qu'elles conseillent souvent aux parents de prendre du temps pour eux seuls sans le bébé.

Il est également important d'évaluer le réseau social de la famille. Beaucoup de familles n'ont pas de proches dans la région et il peut arriver également que les jeunes parents se retrouvent dans un mode de vie totalement différent de leurs amis qui n'auraient pas d'enfants c'est pourquoi il est important pour les infirmières de l'évaluer et, si besoin, orienter la famille vers des groupes de soutien.

Pour obtenir une discussion fructueuse il est important d'établir une atmosphère de confiance et d'honnêteté entre l'infirmière et la mère (ou la famille). Cependant cela n'est pas toujours évident car souvent les mères sont anxieuses de venir aux consultations et veulent donner aux infirmières les réponses qu'elles attendent en feignant que tout va bien.

Il est également important d'encourager les patients à penser à eux-mêmes, de les encourager à croire en leurs compétences car cela augmente l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et le risque de dépression diminue.

Informations et conseils: Le rôle de l'infirmière en tant que distributeur d'informations est essentiel, comme par exemple informer les femmes sur la possibilité de développer une dépression post-partum. Il est important également de faire des retours positifs aux mères sur ce qu'elles font car cela renforce leur confiance en elles.

L'infirmière doit également parler au bébé et par ce biais elle montre subtilement aux parents comment parler au bébé. Elle est considérée comme un modèle par les parents.

Réunion avec la famille: Toutes les infirmières mentionnent le fait que l'interaction et la coopération avec les familles dépendent de la personnalité de chacun et qu'elles s'entendent parfois mieux avec certains qu'avec d'autres et qu'il est possible de changer d'infirmière si l'entente n'est pas réussie.

Lors de ces réunions, elles citent l'humour comme une ressource dans la communication avec la famille car il n'est pas toujours évident selon elles de soulever les problèmes. L'infirmière doit être capable de poser des questions sur d'éventuels problèmes perçus mais de telle façon que la famille ne sentent pas cela comme de la curiosité malsaine mais comme une partie intégrante du soin comme par exemple: " Êtes-vous fatigués? Vous sentez-vous un peu triste? "

Relations: Il est important que chaque famille soit traitée individuellement, que les infirmières tiennent compte de chaque membre de la famille et qu'elles soient flexibles afin de trouver des dates de réunion où le père peut être présent par exemple.

Professionnalisme: L'expérience qu'elles ont acquise en soutenant dès le début la famille et le bébé ont amélioré leur perspicacité. Le fait d'observer l'interaction entre la maman et son bébé apporte beaucoup d'informations à l'infirmière concernant l'état de santé de la maman. Par exemple, une maman qui regarde beaucoup son bébé en lui souriant ou bien une autre

maman qui le garde dans les bras et ne le lâche pas seront des indicateurs clés pour l'infirmière afin d'évaluer comment la mère s'adapte à cette transition de vie.

Si nécessaire les mères sont adressées au médecin traitant, au bureau de la santé mentale ou chez un psychologue ou encore de l'aide à domicile est proposée.

Les cliniques pour enfants ont pour rôle de peser l'enfant, d'évaluer son bon développement mais il est essentiel pour les infirmières de considérer que chaque famille a des besoins spécifiques et que la clinique n'est pas seulement un endroit de soins somatiques mais également un endroit où la famille peut parler des problèmes rencontrés.

Limitations: Les limites de cette étude seraient le petit nombre d'infirmière interrogées (n=14) et le fait que le système de santé est propre à la Finlande et pas forcément applicable dans tous les pays.

Conclusion : Les infirmières de santé publique devraient recevoir une formation afin de pouvoir gérer la santé mentale des femmes en période post-partum. La famille a besoin d'un soutien individuel. Le réseau social de la mère doit être évalué et, lorsque c'est possible, organiser des groupes à la clinique de l'enfant afin d'offrir une chance aux mères de recevoir du soutien d'autres mères et de se créer un réseau de contacts.

La base du travail d'une infirmière de santé public est de donner des informations et de guider ces mères et leur famille, de les écouter et de répondre individuellement à leurs besoins.

2. Ho, S. M., Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L. H., Fu, Y. Y. & Wang, L. L. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient education and counseling*, 77(1), 68-71.

Type de revue : Patient education and counseling, 77(1), 68-71.

Date de parution : Janvier 2009

Lieu de l'étude : Un hôpital dans la région de Taipei, à Taïwan avec un taux de natalité à plus de 2000 par an.

Type d'étude : Étude randomisée contrôlée.

Question de recherche: Quel est le lien entre le soutien social et le risque de dépression des mères en période post-partum ?

Objet de la recherche : L'efficacité d'un programme d'éducation pour les jeunes mamans avant la sortie de l'hôpital, incluant des informations sur la dépression post-partum et permettant de réduire la morbidité psychologique après l'accouchement.

Objectif : L'objectif de cette étude est de démontrer qu'un programme d'éducation sur la dépression post-partum à la sortie de l'hôpital peut être bénéfique pour réduire la morbidité psychologique après l'accouchement.

Méthodologie de la recherche : La permission d'entreprendre l'étude a été obtenue par le directeur de l'hôpital et l'approbation éthique par l'Institut du Conseil de recherches de l'hôpital.

Une lettre a été envoyée à 240 femmes à un jour post-partum. Elles ont reçu des informations au sujet de l'étude et une proposition à en faire partie. 200 de ces femmes ont accepté d'y participer.

Critères de sélection :

- Des femmes mariées
- Mères pour la première fois et âgées entre 20 et 35 ans
- Accouchement normal et spontané avec un bébé en bonne santé (âge gestationnel entre 38 et 42 semaines, un poids à plus de 2500g et un indice d'Apgar à plus de 8)

Les femmes souffrant de complications postnatales ou ayant des antécédents psychiatriques sont exclues de l'étude.

Les informations données durant cette étude seront strictement confidentielles et seulement utilisées dans le but de la recherche. Après avoir signé leur consentement, les femmes ont été séparées dans deux différents groupes, le groupe témoin et le groupe d'intervention. Les premières dames à accoucher ont été affectées au groupe d'intervention (n=100), puis la

suite des femmes au groupe témoin (n=100). Pour faciliter l'étude et éviter de fausser les résultats, les femmes enceintes dans la même chambre seraient dans le même groupe.

Le groupe d'intervention a donc reçu une éducation à la sortie sur la dépression postnatale, prodiguée par les infirmières du service post-partum. Le groupe témoin a reçu l'enseignement général sur le post-partum.

Par la suite, un court questionnaire semi-structuré leur sera envoyé, afin d'obtenir des données démographiques et des informations sur leurs expériences en lien avec la dépression postnatale (présence ou non, raisons, début, durée et influence) après l'accouchement. Ces questionnaires seront transmis à la sixième semaine et au troisième mois post-partum, accompagnés de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Les différences entre le groupe expérimental et témoin sur les critères de mesures ont été analysées en utilisant le test du chi-carré, ANOVA et de corrélation de Pearson. Le T-test a été utilisé pour analyser les différents scores de l'EPDS entre le groupe d'intervention et témoin. Le logiciel de statistiques SPSS, version 13.0 a été utilisé (SPSS Inc., Chicago). Le niveau de signification a été fixé à 0,05.

Résultats : Les deux groupes de femmes étaient similaires sur les variables démographiques. Aucune différence significative n'a été observée au niveau de l'âge, de l'éducation, du revenu familial, du statut de travail pendant leur grossesse, du plan de la grossesse, du sexe du nouveau-né, du type d'alimentation, et de l'expérience du premier mois post-partum ($p > 0,05$).

Le taux de réponse à la sixième semaine post-partum était élevé. 83% des femmes du groupe témoin ont répondu, ainsi que 92% des femmes du groupe d'intervention. Dix-neuf dames des 92% (21%) du groupe expérimental ont un score à 10 ou supérieur à 10 sur l'EPDS, comparativement à vingt-six dames sur 88% (30%) du groupe témoin. Au troisième mois, 80% des femmes témoins ont envoyé une réponse, ainsi que 83% des femmes du groupe d'intervention. Neuf femmes des 83% (11%) du groupe expérimental ont un score à 10 ou plus, comparativement à 13 dames sur 80% (16%) du groupe témoin.

Il n'y avait pas de différence importante entre le groupe expérimental et le groupe témoin à six semaines ($\chi^2 = 1,90$, $df = 1$, $p = 0,17$) et trois mois après l'accouchement ($\chi^2 = 1,02$, $df = 1$, $p = 0,31$).

Les groupes expérimentaux et témoins ont montré une réduction des scores moyens de l'EPDS, de six semaines à trois mois post-partum ($p < 0,001$). En effet, quatre-vingt-trois (46%) femmes ont indiqué qu'elles avaient des symptômes dépressifs post-partum et 93% de ces symptômes ont commencé au cours de la première semaine après l'accouchement. La plupart des symptômes dépressifs post-partum a duré moins de deux semaines (89%). Les raisons pour lesquelles les femmes avaient un score supérieur à 10 à l'EPDS, six semaines après l'accouchement, ont été le stress des soins du bébé, une mauvaise

expérience lors de l'allaitement et le stress des beaux-parents. Les moyens d'adaptation les plus utilisés étaient de parler à leurs conjoints (43%) ou une auto-adaptation (39%).

Les résultats démontrent qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur l'expérience de la dépression postnatale (score EPDS, raisons, début, durée, et influence) à six semaines après l'accouchement. Cela révèle que le programme d'éducation sur la dépression post-partum a été incapable de diminuer les symptômes dépressifs à six semaines après l'accouchement. Même lorsque les mères ne souffrent pas de dépression post-partum, prendre soin d'un nouveau-né est stressant et un temps d'adaptation est nécessaire. C'est un aspect de la maternité qu'il faudra plus prendre en considération lors de la prochaine intervention.

Limitation : Une des limitations de l'étude est l'efficacité et l'utilisation de l'EPDS. En effet, cette échelle de dépistage est une auto-évaluation des symptômes dépressifs, alors qu'il aurait été préférable d'avoir un diagnostic clinique. De plus, l'étude devrait être menée sur du long terme, avec minimum une année de suivi, afin d'identifier les femmes souffrant d'une dépression post-partum à apparition tardive.

Ethique : Une approbation éthique par l'Institut du Conseil de recherches de l'hôpital a été confirmée et un accord a été demandé aux femmes pour participer à cette étude. Elles ont dû signer un consentement éclairé.

Conclusion : L'hypothèse a été partiellement confirmée par le fait que le groupe d'intervention a connu moins de dépression à trois mois après l'accouchement que le groupe témoin qui n'a pas reçu le programme d'éducation sur la dépression post-partum.

Cependant, il n'y a pas assez d'études sur cette dépression, compte tenu de son niveau élevé d'incidence, en particulier chez les femmes. En effet, les interventions qui pourraient aider les femmes au cours de cette période sont relativement peu connues.

Il est donc important que les infirmières du post-partum incluent les informations sur la dépression post-partum dans l'éducation de sortie pour prévenir ou réduire la gravité des symptômes dépressifs. Ces informations fournies par les infirmières dans le service post-partum est une méthode efficace et plus pratique que le coût d'un groupes de soutien ou d'un programme de visites à domicile chez les femmes qui souffrent de dépression postnatale.

Idéalement, les professionnels de la santé en pédiatrie devraient également continuer de fournir des informations sur la dépression post-partum au cours de la première année de vie du bébé. En effet, le séjour en post-partum est une trop courte période pour que les soignants puissent identifier les problèmes émotionnels chez les nouvelles mères. En pédiatrie, ils auront l'opportunité de voir les mères et leurs bébés à intervalles réguliers durant la première année.

7.2. Annexe II

EPDS - Edinburgh Postpartum Depression Scale

Suis-je en dépression?

Extrait de : Nanzer N. (2009). La dépression postnatale: sortir du silence. Editions Favre

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

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

Oui, tout le temps
Oui, la plupart du temps
Non, pas très souvent
Non, pas du tout

Ceci signifiera : « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

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

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

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

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

- Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, 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 motif

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

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

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

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

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

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

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

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

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

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

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