




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## RECHERCHE

# Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative

How do first-time mothers deal with the events related to the birth during the postpartum period? A qualitative approach

C. Razurel<sup>a,\*</sup>, M. Benchouk<sup>b</sup>, J. Bonnet<sup>c</sup>,  
S. El Alama<sup>b</sup>, G. Jarabo<sup>a</sup>, B. Pierret<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Haute École de santé de Genève, avenue de Champel 47, 1206 Genève, Suisse

<sup>b</sup> Département de gynécologie-obstétrique, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

<sup>c</sup> Direction des soins infirmiers, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Disponible sur Internet le 22 septembre 2010

### MOTS CLÉS

Événements stressants ;  
Soutien social ;  
Coping ;  
Post-partum ;  
Allaitement

### Résumé

**Introduction.** – Les changements de vie liés à la naissance d'un premier enfant et le stress induit par ces événements nécessitent des ajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs importants de la part des mères. Le contexte social de la naissance a évolué. Les familles sont de plus en plus dispersées. Par ailleurs les séjours hospitaliers post-partum se sont considérablement raccourcis.

**Objectifs.** – Cette étude a recensé les événements stressants que les mères perçoivent lors de la période postnatale. Elle a également exploré le soutien social reçu et perçu par les mères et les stratégies de coping que les femmes utilisent pour faire face aux événements stressants.

**Méthode.** – Cette recherche est de type qualitatif exploratoire. Des entretiens semi-directifs ont été conduits six semaines après l'accouchement, auprès de 60 mères primipares ayant accouché à terme.

**Résultats.** – On constate que les événements cités par les mères concernent principalement l'enfant et que ce qui concerne la mère est mis en général au second plan, voire banalisé, et cela dans toute la période étudiée, c'est-à-dire, jusqu'à six semaines du post-partum. Au cours du post-partum précoce (quatre jours après l'accouchement) les femmes apprécient le soutien émotionnel et d'estime. Dans le post-partum à domicile, le soutien

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Chantal.razurel@hesge.ch (C. Razurel).

matériel est perçu comme très important par la femme. L'allaitement maternel est un événement majeur dans le post-partum. On relève que les femmes vivent une désillusion devant la réalité de l'allaitement. Les notions d'éducation délivrées en prénatal sont peu utilisées dans le post-partum. Les femmes relèvent la nécessité d'être accompagnées et guidées au moment où les problèmes se posent. Elles déplorent le manque de structure post-partum à long terme.

*Conclusion.* – Les résultats convergent vers la nécessité de reconsidérer la prise en charge des femmes, en post-partum. En effet, cette étude montre l'écart qui existe entre les contraintes auxquelles les femmes doivent faire face dans le post-partum, leurs besoins et le manque de structures adéquates à leur disposition.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Stressful events;  
Social support;  
Coping;  
Postpartum;  
Breastfeeding

## Summary

*Introduction.* – The life changes associated with the birth of a first child and the stress brought on by these events require important emotional, behavioural and cognitive adjustments on the part of the mothers. The social context of giving birth has changed. Families are becoming increasingly scattered. On the other hand, postpartum hospital stays have become much shorter.

*Objectives.* – This study identified the stressful events that mothers perceive during the post-natal period. It also explored the social support received and perceived by the mothers and the coping strategies that the women use to deal with stressful events.

*Method.* – This study is an exploratory qualitative one. Semi-structured interviews were conducted 6 weeks after delivery, for 60 first-time mothers who gave birth at full-term.

*Results.* – We can see that the events referred to by the mothers principally concern the child and that anything concerning the mother was generally pushed into the background, or even trivialised, and this happens throughout the study period, i.e., up to 6 weeks postpartum. In the early postpartum period (4 days after delivery) the women appreciate emotional and esteem support. In the home-based postpartum period, material support is perceived as being extremely important for the woman. Breastfeeding is a major event in the postpartum period. We observe that the women are disillusioned with the reality of breastfeeding. The basic educational knowledge provided during the antenatal period are not used much during the postpartum period. The women note the need to be accompanied and guided whenever problems arise. They deplore the lack of long-term postpartum structure.

*Conclusion.* – The results point towards the need to review care given to women during the postpartum period. Indeed, this study demonstrates the gap that exists between the constraints, which the women have to deal with during the postpartum period, their needs and the lack of adequate facilities available to them.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

### Les risques de la naissance

L'arrivée d'un enfant est un événement exceptionnel dans la vie d'une femme. Cependant, même s'il est naturel et généralement associé au bonheur, il n'en crée pas moins de profonds bouleversements dans la vie familiale. La mère va devoir apprendre à intégrer des rôles nouveaux et à assumer des responsabilités. Pour la mère et le père, c'est une période délicate de transition vers la parentalité. On a constaté que, suite à la naissance d'un enfant, certaines mères présentaient des réactions de stress, des états anxieux et/ou dépressifs, des difficultés d'attachement à l'enfant, un refus d'avoir un autre enfant [1–5].

### Le concept de *coping*

Sans déboucher forcément sur un traumatisme, la période de transition vers ce rôle nouveau (devenir une mère) constitue une période difficile. Les événements liés à la naissance

peuvent être à l'origine d'un stress important, pouvant entraîner des troubles chez la mère. Les changements induits par la naissance d'un premier enfant nécessitent des réajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs.

Nous nous inspirons ici de la conception transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman [6]. Ces auteurs définissent le stress comme «une transaction particulière entre l'individu et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être» [6]. Selon eux, le stress n'est ni un stimulus, ni une réponse, mais un processus dynamique, singulier (une transaction), élaboré activement par un individu confronté à une situation aversive. Ce modèle implique d'autres processus transactionnels, comme le *soutien social perçu* et les *stratégies de coping* (d'ajustement). Le soutien social est un concept très utilisé depuis la fin des années 1970. Plusieurs centaines d'articles y sont consacrés et des synthèses existent [7–8]. Le soutien social joue un rôle protecteur et a des effets généralement favorables sur le bien-être physique et psychique. Il semble en effet moduler l'impact du stress sur la santé, ce

que montrent de très nombreuses études menées sur des populations soumises à des stressés variés.

## Revue de la littérature

### La naissance : un événement stressant

La plupart des revues de la littérature montrent qu'un stress important pendant la période périnatale augmente certains risques pour la mère et l'enfant, dont le risque de développement d'une dépression maternelle postnatale [9–11]. L'étude de Terry et al., consacrée au stress des mères à partir de la naissance d'un enfant, a montré que celui-ci peut avoir plusieurs sources : stress lié aux événements de la grossesse, aux événements de l'accouchement, notamment lors de complications obstétricales, au tempérament de l'enfant, au soutien social reçu et perçu et à la survenue concomitante d'autres événements stressants [11]. Hung et ses collègues, dans une étude effectuée auprès de mères taïwanaises, ont obtenu des items de stress post-partum [12,13]. Dans cette étude les problèmes ressentis comme les plus stressants sont : la fatigue, le manque de temps, l'alimentation du bébé. Malgré son rôle indéniable sur ce qui se passera ensuite, le stress maternel postnatal n'est pas seul en jeu et il convient d'étudier conjointement l'effet d'autres facteurs comme le soutien social reçu et perçu et les stratégies d'ajustements (*coping*).

### Le soutien social

Selon les approches théoriques du *coping*, le *soutien social* est un processus transactionnel jouant lui aussi un rôle important lorsqu'un sujet est confronté à un stressé. Il convient de distinguer trois types de soutien. Le «réseau social» (nombre de relations qu'un individu a établi avec autrui) est une notion quantitative (nombre de relations, fréquence, durée...). C'est un indicateur assez sommaire de l'intégration sociale d'un individu, car il ne dit rien de la qualité de ces relations. Le «soutien social reçu» est l'aide effective apportée à un individu par son entourage. Elle peut être de quatre types : soutien *émotionnel* (exprimer à une personne les affects positifs que l'on a à son égard, la rassurer, la reconforter...), soutien *informatif* (conseils, suggestions, apport de connaissances...), soutien *d'estime* (rassurer une personne sur ses compétences, sa valeur, renforcer son estime d'elle-même...), soutien *instrumental* (aide effective, prêt d'argent, de matériel...).

Certaines études, comme celle de Glazier et al. menée sur 2052 mères canadiennes, montrent l'effet médiateur du soutien social (partenaire, famille, amis) qui atténue significativement l'effet du stress sur la détresse et les symptômes anxiodépressifs des mères pendant la grossesse [14]. Plusieurs études ont été menées sur les effets du soutien social de la part du partenaire et/ou de la famille. Elles montrent qu'un soutien social perçu comme positif (satisfaction) a des effets bénéfiques significatifs sur le bien-être ultérieur de la mère et celui de l'enfant [11,15,16]. D'après ces études, le soutien émotionnel dispensé par les proches diminuerait le risque de dépression postnatale chez la mère (en accroissant sa fierté et son sentiment de compétence). L'étude menée par Collins et al. auprès de 123 femmes a

montré qu'un *soutien social perçu* comme satisfaisant a un effet protecteur beaucoup plus important que la seule présence d'un réseau social [15]. D'après la méta-analyse de O'Hara et al., un *soutien social perçu* comme positif, surtout celui du partenaire, diminue le risque de dépression postnatale et sa sévérité [17]. D'autres études montrent que le soutien social apporté par les soignants et, perçu comme satisfaisant et adéquat par les mères, a des effets bénéfiques sur leur bien-être dans la période post-partum [16,18,19]. Néanmoins, une étude menée à la maternité de Genève auprès de 300 femmes pendant le post-partum précoce montre que 46% des femmes déclarent ne pas avoir pu parler de leurs préoccupations aux soignants [20]. D'autres études corroborent ces résultats et ont montré qu'il existe des différences notables entre les besoins des femmes et les apports des professionnels [21,22]. Par ailleurs, la revue de la littérature effectuée par Gagnon et Barkun souligne que les parents ayant reçu un ensemble d'informations dans la période prénatale ont du mal à assimiler celles qui se réfèrent au post-partum [23]. Dans leur ouvrage, Simpson et Creechan suggèrent qu'il serait pertinent d'inciter les familles à participer aux actions d'éducation postnatale, à la fois pour que les familles mettent à jour leurs connaissances et qu'elles servent de relais au soutien apporté par les professionnels de santé [24]. Dans une autre publication, Gagnon rappelle que le but de l'éducation dans la période anténatale est bien d'aider les parents à se préparer à la naissance et à la parentalité et regrette que les effets de l'éducation périnatale n'aient pas été établis [25].

### Stratégies de coping

Les études menées sur les *stratégies de coping* déployées par les parents en réponse aux changements engendrés par la naissance d'un enfant sont relativement rares et les auteurs utilisent généralement des échelles génériques de *coping*. [11,26–29]. Les échelles de *coping* utilisées dans ces études évaluent donc des stratégies générales. Elles ne sont pas assez sensibles pour explorer les réactions adaptatives des mères face aux problèmes qui surgissent lors de la période postnatale.

### Conclusion

La naissance peut engendrer des événements stressants qui peuvent avoir des conséquences sur la santé des mères et sur leur bien-être ainsi que sur leurs relations avec leur enfant. Néanmoins, la littérature ne donne pas d'informations suffisantes sur ces différents événements en particulier lors de la période du post-partum. Les recherches ayant étudié cette question sont trop contextualisées pour notre société occidentale et donc peu transférables ou partent d'échelles événementielles prédéfinies. Nous l'avons vu dans l'aperçu théorique, le *coping* fait appel à des phénomènes transactionnels dans lesquels le soutien social intervient. Plusieurs études ont montré l'importance de l'adéquation entre le soutien social et les attentes des mères. Mais là encore, aucune étude n'a pu mettre en évidence quel type de soutien était adéquat pour la période du post-partum. Les professionnels de santé accompagnent les mères au cours de ce passage délicat en leur apportant des informations, des enseignements ainsi qu'un soutien à différents moments de

la maternité : il est nécessaire de faire le point sur la pertinence et l'efficacité de ces interventions. Enfin, nous avons trouvé peu d'études ayant trait aux stratégies de *coping* spécifiques élaborées par les mères lors de la naissance d'un premier enfant.

Nous avons donc mené une recherche visant à mettre en évidence les différents événements rencontrés par les mères dans le post-partum. Une démarche qualitative exploratoire a été choisie pour être au plus près de la réalité que les mères rencontraient lors de la naissance d'un premier enfant. Nous avons exploré le soutien dont elles disposaient et la façon dont elles faisaient face aux difficultés liées à la venue d'un enfant.

## Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette recherche ont été :

- de recenser les événements stressants que les mères percevaient lors de la période postnatale ;
- d'explorer le soutien social spontané, reçu et perçu par les mères ;
- d'explorer la façon dont les mères font face aux événements perçus comme stressants (stratégies de *coping*) ;
- d'explorer la façon dont les mères perçoivent et évaluent l'éducation dispensée par les professionnels et comment elles l'intègrent et l'utilisent effectivement.

## Méthode de l'étude

Des entretiens semi-directifs ont été menés six semaines après la naissance (pour être loin à la fois de la période du *baby blues* et de la zone critique de la dépression postnatale (DPN), prévalence estimée à trois mois post-partum selon la littérature), auprès de 60 mères primipares ayant eu un accouchement à terme, sans pathologie prénatale ayant entraîné une hospitalisation [30,31]. Nous avons choisi un échantillon de 60 mères pour des raisons de faisabilité et de coût. Ces mères parlaient français couramment.

Les entretiens ont été conduits par les sages-femmes enquêtrices (cinq sages-femmes travaillant aux hôpitaux universitaires de Genève [HUG]), qui se sont chargées de recruter les mères dans la période du post-partum précoce (lors des séjours des mères à la maternité des HUG, quatre jours après l'accouchement) en proposant à toutes les mères répondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude. Un rendez-vous a été pris avec la mère, en fonction de ses disponibilités, à six semaines post-partum, à son domicile. Les enquêtrices n'ont pas participé aux soins des femmes interviewées, ce qui a évité les biais éventuels liés à une confusion des rôles entre soignant et interviewer. Les sages-femmes engagées dans cette étude et qui ont mené les entretiens ont été formées à ce type de récolte de données. Elles ont participé également à des séances de supervision animées par la responsable du projet et par l'experte méthodologique.

Les entretiens ont duré environ une heure. Ils ont été enregistrés et retranscrits textuellement par l'assistante de recherche.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés sur la base d'un guide d'entretien ouvert.

Les questions ciblèrent :

- les événements stressants perçus par les femmes dans le post-partum ;
- la perception de ces événements (stress perçu) et le sentiment de contrôle ;
- le soutien social reçu de l'entourage et le soutien social perçu ;
- les stratégies de *coping* des mères ;
- l'éducation reçue par les professionnels et perçue (adéquation aux besoins, satisfaction...).

## Codage et analyse

L'analyse qualitative de contenu (par thématique) des données récoltées s'est faite grâce à un logiciel d'organisation et d'analyse de données qualitatives (*Nud\*lst. version QSR N6. octobre 2002*).

Les entretiens ont été soumis à une première codification s'inspirant du modèle théorique du *coping*. Une seconde codification a été pratiquée par une autre personne de l'équipe de recherche. Une confrontation de ces codifications a été faite et a été suivie par des prises de décision (après discussion en cas de désaccord). Sur la base de ce pré-codage, un arbre d'analyse a été construit. Chacune des catégories et sous-catégories a été numérisée et chaque entretien a été codé en isolant des unités de sens.

## Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis à la commission d'éthique médicale des HUG et a été accepté sans réserve.

## Résultats

Soixante-huit femmes ont été recrutées, 62 ont participé aux entretiens (trois femmes se sont retirées de l'étude et trois autres se sont avérées non disponibles lors de la période prévue pour l'entretien). Sur ces 62 entretiens menés, deux entretiens n'ont pas été pris en compte pour l'analyse, l'un pour des limites de compréhension de la langue française, l'autre à cause de l'intervention du compagnon qui a pris la parole durant tout l'entretien.

## Description de l'échantillon

L'âge moyen des femmes de notre échantillon est de 31 ans (20 ans à 40 ans). 58,3% ont accouché par voie basse spontanée, 18,4% par voie basse instrumentée et 23,3% par césarienne. Quarante-vingt pour cent des mères ont suivi une préparation à la naissance (PAN). Le taux d'allaitement maternel est de 98%. La durée moyenne de séjour hospitalier dans le post-partum est de quatre jours. Nous pouvons également noter que les visites à domicile en post-partum sont quasi systématiques (sur notre échantillon de 60 femmes, 54 mères ont bénéficié d'un suivi à domicile, soit 90%). À Genève, dix visites post-partum sont prises en charge par les assurances. Ces chiffres reflètent bien la situation au niveau du canton de Genève, en particulier pour les femmes accouchant aux HUG.

C'est la catégorie « employés et cadres intermédiaires » qui est la plus représentée dans notre échantillon. La majorité des femmes vit en couple (97%). La nationalité suisse

**Tableau 1** Événements stressants de la période du post-partum précoce.

Événements	N (%)
Interactions avec le personnel soignant	46 (76,6)
Allaitement	42 (70)
Environnement institutionnel	36 (60)
Visites	25 (41,6)
Santé du bébé	21 (35)
Cicatrices	18 (30)
Pleurs et rythme du bébé	17 (28,3)
Examens et soins du bébé	17 (28,3)
État de santé de la mère	16 (26,6)
État émotionnel mère	14 (23,3)

est la plus représentée (47%). Le contexte socioprofessionnel, culturel et familial de notre échantillon ne représente vraisemblablement pas la population générale de Genève mais ce n'est pas le but dans une démarche qualitative et les résultats sont à replacer dans ce contexte.

### Les événements stressants

Dans le **Tableau 1** répertoriant les événements stressants cités par les femmes, nous avons comptabilisé une seule fois chacun des thèmes apparus dans le discours, et cela même si la mère le cite plusieurs fois. Les pourcentages indiqués sont donc à resituer dans ce contexte (c'est le pourcentage des mères interviewées ayant rapporté cet événement).

Dans le post-partum précoce les événements que les femmes retiennent sont les interactions avec le personnel soignant, l'allaitement et les conditions d'hospitalisation (**Tableau 1**). Dans l'ensemble, les événements sont majoritairement centrés sur l'enfant. Les femmes parlent très peu d'elles et relatent peu d'événements les touchant personnellement. Une signification particulière est donnée aux événements touchant aux pleurs du bébé et aux problèmes de santé de l'enfant. Pour les pleurs de l'enfant, les mères relient cet événement à des problèmes digestifs ou de faim mais également à leurs propres capacités à prendre en charge l'enfant, d'où un sentiment d'impuissance. En cas de problème de santé du bébé, les mères ont tendance à faire des attributions causales internes et à développer un sentiment de culpabilité important.

Dans la période postnatale à domicile, l'allaitement est l'événement majeur de cette période (**Tableau 2**). La perception des mères vis-à-vis de cet événement est fortement négative. La caractéristique liée à la douleur de l'allaitement est particulièrement importante dans les récits. On mesure l'enjeu que les mères mettent dans l'allaitement au point de supporter des douleurs insupportables : (J03) « je ne voyais pas la fin, j'étais complètement, physiquement mais aussi mentalement complètement à bout. À chaque fois qu'il tétait sur le côté gauche, je voyais les étoiles, j'avais une balle pour le stress. Je griffais, je mettais mes ongles dans le bras de mon mari. J'avais mon mari à côté de moi pour me dire de respirer parce que j'arrêtais de respirer tellement ça me faisait mal, je retenais mon souffle et je serrais les dents, j'avais presque peur de le mettre sur mon sein ».

**Tableau 2** Événements stressants de la période postnatale à six semaines après la naissance.

Événements	N (%)
Allaitement	50 (83,3)
Organisation logistique	49 (81,6)
Pleurs et rythme de l'enfant	45 (75)
Suivi professionnel (gestion de l'information, attitude)	43 (71,6)
Retour à la maison	41 (68,3)
Santé et soins du bébé	38 (63,3)
<i>Baby blues</i>	23 (38,3)
Sentiment de compétence d'être une « bonne mère »	23 (38,3)
Dynamique du couple	22 (36,6)
La mère et son corps	22 (36,6)
Reprise du travail et garde du bébé	18 (30)
Inquiétudes pour l'enfant	9 (15)

On voit par ailleurs qu'il y a une forte idéalisation de l'allaitement avec des projections et des enjeux importants. On constate que l'allaitement est un indicateur de « la bonne mère » : (Ch1) « C'était difficile de prendre la décision d'arrêter d'allaiter. Parce que moi je me sentais mal de n'être pas capable de produire assez de lait et de le satisfaire. Oui, comme un échec. Je n'étais pas capable de... Alors je me disais, est-ce que je vais être capable en général de m'en occuper? Le fait que je ne puisse pas allaiter me questionnait sur est-ce que je serais capable après aussi de prendre en charge cet enfant. Est-ce que notre relation sera suffisante? Tout ça, je l'ai mis en connexion avec mon allaitement ».

Pour les femmes, l'allaitement est lié à la notion de naturel ce qui rend toute intervention instrumentale (téterelle, tire-lait), difficile à vivre. Les femmes dénoncent également l'information donnée lors de la préparation à la naissance où d'après elles, les difficultés de l'allaitement ne sont pas abordées.

(M14) : « En ce qui concerne l'allaitement. On ne nous a pas dit quels sont les inconvénients. C'est juste c'est très bien, c'est très beau. Moi, j'ai eu des crevasses, le deuxième jour. On ne m'avait pas parlé de ça. Mais dans le cours, il y a eu des diapositives, c'était des jolies femmes qui allaitaient leur enfant au sein, mais il n'y avait pas de choses qui étaient plutôt négatives, c'était tout qui se passait très bien, voilà. Alors que moi, j'ai failli abandonner ».

On peut relever que majoritairement (22 fois sur 40), l'issue de cet événement de l'allaitement est négative, ce qui veut dire que plus de la moitié des femmes n'arrive pas à faire face à cet événement de manière satisfaisante.

Le second événement que l'on peut relever lors de cette période est en lien avec l'organisation logistique. Les femmes se sentent extrêmement dépassées et ressentent une grande angoisse devant cet événement.

### Le soutien social

Concernant le soutien social lors du post-partum hospitalier (précoce). C'est le soutien social émotionnel et le soutien d'estime qui semblent être les plus satisfaisants

pendant cette période. C'est ainsi que concernant le premier événement relevé par les femmes : « l'interaction avec les soignants », les femmes déplorent le manque de soutien émotionnel et d'estime. Pour le second événement que les femmes relèvent concernant l'allaitement, c'est également un soutien émotionnel qui est perçu le plus satisfaisant. En revanche, pour l'événement concernant les soins à l'enfant (bain, change, soins du cordon...), c'est le soutien informatif qui est jugé le plus satisfaisant, s'il est ouvert. En effet, les femmes désirent pour cet événement être partenaires des soins. Si le soutien informatif est directif ou contradictoire entre les soignants, il est perçu comme négatif. Ce sont les sages-femmes qui constituent le réseau principal des femmes à cette période. Les femmes font très peu référence aux amis et à la famille. Le conjoint est cité, en particulier pour les soins à l'enfant ou quelques femmes y font référence ; par ailleurs ce soutien est toujours perçu positivement.

Le soutien social sollicité lors du retour à domicile est multiple. Il est aussi bien privé que professionnel.

Devant l'organisation logistique, les femmes expriment un immense besoin de soutien matériel. Elles ressentent une grande angoisse devant cet événement. Le soutien privilégié est le conjoint. Lorsque les femmes y font référence, le type de soutien attendu ou perçu positivement est surtout d'ordre matériel. En revanche, ce soutien n'est pas toujours ressenti positivement : (B02) « Ce n'est pas l'aide dont moi j'aurais besoin, mais les hommes c'est comme ça. Il ne la change pas. Le bain c'est être là et puis ça va un moment mais après ça l'irrite ».

Les femmes ont l'impression de ne pas être sur la même longueur d'onde et nous voyons bien ici la différence entre le soutien reçu et le soutien perçu : (C02) « Mon mari il fait le ménage, la cuisine et cela lui pèse. Et en fait pour moi cinq jours à m'occuper d'elle toute la journée c'est bien mais j'aimerais que le week-end il prenne le relais, et moi ça me plairait de faire les courses et le ménage, de faire autre chose ».

La mère de la femme est très fréquemment citée et ce soutien est le plus souvent ressenti positivement.

Pour l'événement concernant les pleurs et le rythme de l'enfant, le soutien perçu positivement est d'ordre informatif et le réseau concerné est professionnel. Les mères veulent comprendre pourquoi l'enfant pleure. Et par ailleurs si elles ont une explication qui leur convient (c'est-à-dire, si elles expliquent les pleurs), l'issue est perçue positivement même si l'enfant continue de pleurer.

Les mères manifestent le besoin d'un soutien d'estime important de la part des professionnels, en particulier au sujet de l'allaitement.

### Les stratégies de coping

Dans le post-partum précoce, les femmes utilisent majoritairement des stratégies de recherche de soutien social et, on le comprend très bien, par ailleurs en lien avec l'hospitalisation, mais également en lien avec le besoin qu'elles expriment d'être rassurées, valorisées et entourées.

Dans le post-partum à domicile, la stratégie dominante est la mobilisation des ressources internes. Pour les événements qui les concernent directement, les mères ont

des stratégies évitantes et de minimisation. On observe, par exemple, que devant des problèmes d'incontinence urinaire, les mères ont tendance à repousser l'échéance d'une consultation.

Six semaines après l'accouchement, plusieurs femmes parlent encore d'un mal-être qu'elles caractérisent comme étant du *baby blues*. Néanmoins les femmes ne font pas appel à des professionnels pour en parler.

De plus, elles ont tendance à enjoliver ce qu'elles vivent, soit pour correspondre aux normes de la société (naissance heureuse), soit pour prouver qu'elles sont de « bonnes mères » à la hauteur de leurs responsabilités. C'est ce que nous avons relevé dans l'entretien (S09) : « Et je trouve qu'il y a une image de la mère qui est censée être bien. Déjà quand je demandais à des copines qui ont accouché en même temps que moi, comment va votre fille ? Est-ce qu'elle pleure beaucoup ? Elles me disaient toutes non. Elles me disaient non, elle ne pleure pas et tout. Et puis après je leur en ai reparlé récemment et puis elles me disaient mais je ne pouvais même pas prendre une douche ! Et moi je leur disais, mais je croyais qu'elle ne pleurerait pas ? En fait, elles ne disaient pas la vérité, c'était ça aussi qui était très, très angoissant. Je ne sais pas. Il y a une façade. »

On peut supposer qu'une telle attitude défensive chez certaines mères (enjoliver la réalité) s'apparente à de la « déniégation ». Elle peut les protéger, mais cette façade maintenue au prix d'efforts coûteux peut aussi céder lorsque les problèmes sont trop difficiles à gérer.

### Éducation apportée aux femmes par les professionnels

Globalement, il y a peu de mobilisation des notions de la PAN. Les femmes relèvent un écart entre théorie et pratique. Une femme dit, par exemple, que faire les gestes avec une poupée n'a rien à voir avec faire le même geste avec son bébé. Par ailleurs les motivations des femmes pour suivre les cours de PAN sont essentiellement orientées vers l'accouchement.

De plus les mères reconnaissent que les notions touchant au post-partum n'ont pas retenu leur attention car trop éloignées de leurs préoccupations à ce moment-là.

### Discussion

#### Les événements marquants et leur perception

Notre étude montre que ce ne sont pas forcément les événements exceptionnels qui ont marqué les mères mais plutôt des problèmes (allaitement, pleurs du bébé, fatigue, s'organiser à la maison...), qu'elles évoquent en général. Par ailleurs, il ne semble pas que des pathologies survenues lors de l'accouchement affectent les mères de manière négative, en particulier si le soutien social est perçu comme adéquat. Mais ces notions seront à confirmer dans une étude quantitative à plus large échelle et permettant de mettre en évidence des corrélations.

On constate également que les événements rencontrés au cours de la naissance d'un premier enfant ne sont pas les mêmes d'une étude à l'autre. En effet dans l'étude de Hung, les événements relevés différaient quant à leur

ordre d'importance de ceux relevés dans notre étude : trois semaines après la naissance, dans l'étude de Hung, les événements relevés étaient : la fatigue, le manque de temps, l'alimentation du bébé, et dans notre étude : l'allaitement, l'organisation logistique, les pleurs de l'enfant. Cette différence peut s'expliquer par la différence du moment d'investigation (trois semaines vs six semaines en postnatal), mais on peut également se demander si l'importance relative des événements de la période postnatale ne dépend pas du contexte culturel [13].

De plus, les événements concernent principalement l'enfant ; ce qui concerne la mère est mis en général au second plan, voire banalisé et cela dans toute la période étudiée, c'est-à-dire, jusqu'à six semaines après la naissance. Cela correspond bien à ce que Winnicott a nommé « préoccupations maternelles primaires » [32]. On peut néanmoins être surpris qu'à six semaines après la naissance cette centration sur l'enfant soit encore si forte.

Les événements cités sont de nature très différente. Certains d'entre eux sont provoqués par la prise en charge et l'environnement. C'est ainsi que pour la période du post-partum précoce, le premier événement cité par les mères concerne les relations avec le personnel soignant. Cet événement est majoritairement noté négativement. Ce résultat rejoint les observations de Caron et Guay qui rapportent que si le soutien social peut contribuer à diminuer l'impact négatif de certains stressseurs sur la santé mentale, inversement, des interactions sociales négatives avec les membres de l'entourage peuvent exacerber les problèmes de santé mentale [33]. Par ailleurs, une étude de Kessler et al. montre que des interactions sociales négatives avec l'entourage sont significativement associées avec la présence d'épisodes d'anxiété et de dépression [34].

Notre étude, en accord avec des études antérieures, montre que pour les femmes interviewées ici, des interactions sociales négatives ont un fort impact. Néanmoins notre étude ne permet pas de savoir quel impact un soutien social « négatif » peut avoir à plus long terme. Il serait intéressant d'évaluer l'effet d'un soutien social perçu comme insatisfaisant sur l'anxiété des mères à plus long terme (notamment en termes de sentiment de compétence et en termes de dépression post-partum).

## Un événement particulier : celui de l'allaitement

L'événement le plus fort, aussi bien dans le post-partum précoce que dans le post-partum à domicile, est l'allaitement maternel. La perception de cet événement par les mères est majoritairement négative et il est perçu comme menaçant. La douleur concernant l'allaitement est l'une des caractéristiques les plus importantes.

Pour l'événement que constitue l'allaitement, les issues négatives sont supérieures aux issues positives. C'est-à-dire que dans la majorité des cas, les femmes n'arrivent pas à faire face à cet événement de manière efficace ! Cela pose une vraie question en termes d'accompagnement de l'allaitement maternel. Par ailleurs l'allaitement maternel est très investi et très valorisé. Pour les femmes l'allaitement devient un indicateur d'être une « bonne mère » et « capable d'élever son enfant ».

En ce qui concerne la préparation à l'allaitement, toutes les femmes relèvent l'écart entre l'information donnée dans la période prénatale, qui idéalise et enjolive l'allaitement et la réalité, jalonnée de difficultés. Pour les femmes de notre échantillon, cette préparation ne leur a pas permis de faire face à l'allaitement. Ces résultats diffèrent sensiblement des données de la littérature consacrée à ce thème. Une méta-analyse menée par Fairbank et al. montre qu'une information structurée apportée aux mères pendant la période prénatale améliore le taux de mise en œuvre de l'allaitement et dans certains cas, sa durée, si on les compare à ceux qui sont associés à une prise en charge habituelle [35]. Néanmoins il serait utile de savoir exactement ce qui, dans ces interventions (contenu, nombre, durée, moment, satisfaction perçue), a eu des effets bénéfiques sur l'allaitement. Une autre méta-analyse de Dyson et al. a montré que les interventions éducatives menées pendant la période anténatale ont amélioré de manière statistiquement significative, le taux de démarrage de l'allaitement en particulier chez les femmes de milieu défavorisé [36]. Sans doute avons-nous obtenu des résultats différents : d'une part, parce que notre étude est qualitative et menée sur 60 mères, d'autre part, parce que dans ces études, l'issue est le démarrage de l'allaitement alors que dans la nôtre, nous avons pris en compte toutes les difficultés rencontrées au cours de l'allaitement et la perception des mères.

On peut retenir que l'impact des cours prénataux sur l'allaitement a été assez peu étudié. Il conviendrait par ailleurs d'être plus précis et explicite pour décrire les actions éducatives menées pendant la période prénatale. Dans notre étude, ce qui ressort de façon flagrante est la désillusion des mères réalisant l'écart entre leurs attentes, leurs représentations de l'allaitement sans doute très idéalisées et la réalité.

## Le soutien social

Dans le post-partum précoce, le soutien social vient principalement des professionnels. Durant cette période, et pour tous les événements confondus sauf pour les soins du bébé, c'est un soutien émotionnel qui semble être le plus adéquat. Il correspond à une attitude empathique et à des actions de réassurance.

Certains auteurs notent que l'efficacité du soutien social dépend de l'adéquation perçue entre un type de soutien et sa source. Dans notre étude, le soutien émotionnel des professionnels semble être apprécié et attendu par les femmes. D'autres auteurs ont étudié l'effet du soutien émotionnel sur la santé mentale et plus spécifiquement sur la dépression [33]. Ils relatent que le manque de soutien émotionnel est un précurseur de la chronicité d'un syndrome dépressif.

Notre étude ne vise pas à montrer les effets d'un soutien social insuffisant sur l'apparition d'une dépression post-partum par exemple. Le fait que les femmes relèvent l'importance d'un soutien émotionnel lors de la période du post-partum peut suggérer que ce type de soutien peut avoir des répercussions sur leur bien-être à plus long terme. Là encore, d'autres études devront être menées pour explorer les effets différés du type de soutien social.

## Les apports de la préparation à la naissance (PAN)

On constate que les notions d'éducation amenées par les professionnels sont très peu mobilisées, notamment les notions apportées lors des cours de préparation à la naissance. Les femmes suivent ces cours essentiellement pour se préparer à l'accouchement et disent ne pas avoir été réceptives aux autres informations (comme l'allaitement ou les soins de l'enfant). Ces résultats corroborent ceux d'autres études menées sur le sujet. En effet, une étude qualitative menée auprès d'un échantillon de 83 femmes primipares et 76 hommes a montré que pour les parents, les séances prénatales étaient insuffisantes pour les aider à acquérir les attitudes et les compétences pratiques leur permettant de prendre soin de leur enfant durant les premières semaines suivant l'accouchement [37]. Une autre étude exploratoire, qui avait pour but de comprendre comment l'éducation prénatale permettait de développer les habiletés et la confiance en soi, montre que les femmes sont bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement, mais qu'elles sont peu préparées en revanche aux soins et à l'attention à donner à l'enfant pendant sa première année de vie, ainsi qu'aux changements liés à l'arrivée d'un enfant dans l'univers familial [38].

Les résultats de notre étude, comme les données de la littérature, montrent que la préparation à la naissance n'apporte pas aux parents, et notamment à la nouvelle mère, des éléments leur permettant de faire face aux situations qui se présentent après la naissance de leur premier enfant.

Mais il convient de considérer ce qui précède avec prudence. En effet, il est très difficile d'évaluer l'impact des cours de préparation à la naissance et plus généralement de l'éducation apportée par les professionnels.

## Le suivi en post-partum

D'après notre étude, les femmes interviewées insistent sur la nécessité d'être accompagnées et guidées au moment où elles en ont besoin. Lors du bilan, elles regrettent qu'il n'y ait pas de cours pendant la période postnatale pour renforcer, notamment, les connaissances liées à l'allaitement et au rythme de l'enfant. À ce propos, des études ont été menées pour évaluer l'effet d'interventions menées après la naissance. Elles sont employées à évaluer les effets des séances prénatales sur la dépression post-partum. Une méta-analyse publiée en 2005 dans la cochrane library de Dennis et Creedy a montré que le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'est pas significativement réduit par les interventions prénatales [39]. En revanche, des interventions intensives proposées en période postnatale ont un effet préventif sur la dépression postnatale.

Les résultats de notre étude, ainsi que ceux de la littérature existante, montrent de façon convergente les effets bénéfiques d'un suivi structuré, ciblé et systématique pendant la période postnatale sur le bien-être des mères.

## Les stratégies de coping

Les stratégies de coping élaborées par notre échantillon de mères aux trois périodes (prénatal, post-partum précoce, à

six semaines après la naissance) ne semblent pas être spécifiques. On constate que les mères n'utilisent pas toujours les mêmes stratégies pour faire face aux événements. En cela nous rejoignons les bases théoriques du modèle transactionnel. C'est en effet une transaction entre l'individu et l'environnement qui donne lieu à la mise en place d'une stratégie et non pas un fonctionnement figé. Par ailleurs, notre étude ne permet pas de savoir si certaines stratégies sont plus efficaces que d'autres. On constate que les mères utilisent souvent plusieurs stratégies pour faire face à un même événement. On peut supposer que les mères qui constatent que certaines stratégies sont inefficaces réévaluent la situation et leurs ressources pour en essayer d'autres. Il est donc ardu de savoir précisément quel est l'effet de chaque stratégie de coping considérée séparément.

## Bénéfice de l'interview

L'un des résultats observés ici dépasse les objectifs que nous nous étions fixés. Il s'agit de l'état dans lequel se trouvaient certaines mères au moment de l'entretien et de l'effet bénéfique inattendu de celui-ci. Plusieurs femmes disent que cet entretien leur a fait du bien, car il leur a permis de revisiter les événements, de s'en distancier et d'être plus apaisée.

Plusieurs études ont été menées pour évaluer les bienfaits d'entretiens de debriefing pendant la période post-natale. Une étude de Lavender et Walkinshaw a montré qu'un espace d'écoute, de soutien, de conseils, de compréhension et d'explications, proposé par des sages-femmes au post-partum, était bénéfique pour les mères quel qu'ait été le déroulement de l'accouchement [40]. Les femmes bénéficiant d'un soutien développent moins de symptômes anxieux et dépressifs, trois semaines après l'accouchement. Une méta-analyse de Rose et al. évaluant l'impact d'un debriefing sur les troubles post-traumatiques (PTSD) ne montre pas d'effet positif significatif de ces entretiens [41]. Néanmoins, ce résultat se comprend dans la mesure où la DPP est un état moins sévère que le PTSD. D'après la plupart des études consacrées au debriefing pendant la période post-natale, les mères ont besoin d'évoquer leur accouchement. Ce n'est pas ce que nous observons pour notre part. Dans notre échantillon, une seule femme reparle de son accouchement lorsqu'elle fait le bilan de la naissance de son enfant, alors que plusieurs reviennent sur leur allaitement ou sur l'accompagnement dont elles ont bénéficié pendant le post-partum. Est-ce dû aux « nouvelles » techniques et notamment à la péridurale, qui, peut-être atténue la force et l'intensité de ce moment? On peut alors supposer que l'implication des mères s'est déplacée de l'accouchement à l'allaitement? Ce n'est plus « être capable d'accoucher » qui atteste qu'on est une « bonne mère », mais c'est être capable d'allaiter. On peut se demander quelle est la part des représentations collectives sur cette survalorisation de l'allaitement.

## Points forts et limites

Les points forts de cette étude sont de plusieurs ordres : tout d'abord, la méthode qualitative a permis de rassembler une



masse considérable d'informations originales et inédites. En effet, le nombre d'entretiens analysés (N = 60) a fourni une palette de thèmes riches et variés concernant la période périnatale. Enfin, la qualité des entretiens est à souligner ainsi que la sincérité et la confiance que les femmes ont manifesté et avec lesquelles elles se sont livrées. De plus, la composition pluridisciplinaire de cette équipe (psychologue, sociologue, sage-femme, médecin) a permis une vision très large des problèmes, tout en respectant la rigueur et la pertinence de chaque spécialité.

La principale limite de cette étude tient essentiellement au contexte de l'étude. En effet si le propre d'une démarche qualitative est de s'attacher à la particularité et de ne pas avoir l'ambition de généraliser ses résultats, on peut néanmoins relever que notre recherche s'est déroulée dans un seul centre hospitalier universitaire, ce qui restreint le standard de prise en charge au niveau des soins.

## Perspectives et conclusion

Tous les résultats convergent vers la nécessité de reconsidérer la prise en charge des femmes lors de la période postnatale. Les résultats obtenus montrent l'écart qui existe entre les contraintes auxquelles les femmes doivent faire face dans le post-partum et le manque de structures adéquates à leur disposition.

Dans le post-partum précoce, il semble primordial de privilégier un soutien social émotionnel et d'estime. De plus cette période correspond à un état intermédiaire dans lequel les femmes ont besoin de s'abandonner et d'être entourées et guidées. Les conditions d'hospitalisation devraient favoriser également l'intimité, le repos et la sécurité affective.

Dans la période postnatale à domicile, les femmes mettent en évidence de grandes difficultés d'organisation notamment lorsque la famille (et plus spécifiquement la mère) n'est pas présente ou que le réseau social n'est pas perçu comme disponible ni adéquat. Il conviendrait de réfléchir à une structure de soutien matériel (aide ménagère par exemple), qui pourrait être à disposition des jeunes mères pour les aider dans les tâches quotidiennes.

Plusieurs femmes relèvent un manque d'accompagnement professionnel dans la période postnatale à plus long terme et une clarification du rôle de la sage-femme lors des visites post-partum. Un modèle de soins postnatals pourrait être élaboré en construisant un projet de soins avec la femme en définissant des objectifs en commun (femme et sage-femme), puis en évaluant régulièrement l'atteinte de ces objectifs. Cette perspective et cette réflexion seraient à reprendre et pourraient faire l'objet d'une étude destinée à évaluer les effets d'une intervention éducative.

Nous constatons également que le soutien informatif n'est pas toujours satisfaisant, aussi bien en ce qui concerne la forme que le contenu. Une information concomitante aux événements vécus devrait être privilégiée. Il est très difficile pour les mères de se projeter dans des événements futurs. Les notions abordées alors ne seront pas mobilisées. Ces résultats peuvent servir à repenser le soutien informatif dispensé par les professionnels et plus particulièrement concernant la PAN.

L'allaitement semble poser un réel problème aux mères. Au-delà des difficultés pratiques ou d'un manque d'information, c'est l'écart entre les attentes et les représentations de l'allaitement, sans doute très idéalisées, et la réalité, qui semble être un obstacle. Les actions éducatives, et particulièrement la préparation de l'allaitement, pourraient comprendre un travail sur les représentations et les attentes plutôt qu'être une simple transmission d'informations.

Nous avons vu dans les résultats que l'entretien de recherche avait eu un effet bénéfique sur la perception des mères. Certaines d'entre elles disent que cet entretien leur a fait du bien, car il leur a permis de revisiter les événements, de s'en distancier et d'être plus apaisée. Il serait pertinent de mettre en place des séances de debriefing lors de la période postnatale, revisitant le vécu de toute la période périnatale.

La méthodologie qualitative, si elle s'est révélée féconde et a permis d'enregistrer le vécu des femmes, ne permet pas de montrer des corrélations et la mesure des effets. C'est pourquoi une étude quantitative menée sur un plus grand échantillon, avec des objectifs plus précis, nous semble indispensable à présent.

Cette étude nous permet d'ores et déjà, d'affirmer qu'il est nécessaire de repenser à l'accompagnement et à la prise en charge spécifique lors de la période postnatale. Cette étude souligne les nombreuses difficultés rencontrées par les mères lors de la naissance de leur premier enfant et l'importance d'un soutien social adéquat.

## Remerciements

Cette étude a été soutenue par le Fonds national de recherche scientifique/DORE ; n° : 13DPD3-113603/ 1.

Nous remercions Mme C. Otero (sage-femme aux HUG<sup>1</sup>), Mme N. Andreoli (infirmière coordinatrice, DGO<sup>2</sup>, HUG<sup>1</sup>), M.O. Irion (chef de service d'obstétrique, DGO<sup>2</sup>, HUG<sup>1</sup>), Mme M. Epiney (médecin adjoint, DGO<sup>2</sup>, HUG<sup>1</sup>), Mme L. Scalabrini (sociologue, assistante diplômée en sciences de l'éducation, université de Fribourg), Mme M. Bruchon-Schweitzer, (docteur en psychologie, Bordeaux-2), Mme A. Dupanloup (docteur en sociologie, HEDS<sup>3</sup> Genève), pour leurs contributions et leur soutien à cette étude.

<sup>1</sup>Hôpitaux universitaires de Genève.

<sup>2</sup>Département de gynécologie-obstétrique.

<sup>3</sup>Haute École de santé de Genève.

## Références

- [1] Bastien B, Braconnier M, De Tychev C. Dépression postnatale. Facteurs de risque et modalités de prévention. *Evol Psychiatr* (Paris) 1999;64:289–307.
- [2] Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35–51.
- [3] Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:1210–7.

- [4] Soet JE, Gregory MA, Brack A, Dilorio C. Prevalence and predictors of woman's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36–46.
- [5] Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11(6):587–97.
- [6] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York; 1984.
- [7] Sarason BR, Sarason IG. *Social Support: an Interactional View*. New-York: Wiley; 1990.
- [8] Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles Concepts et Méthodes*. Paris: Dunod; 2002.
- [9] Good RS, Lederman RP, Osofsky HJ, Youngs DD. Birth-related reactions an sources of stress, In: Noshpitz JD and Coddington RD, editors. *Stressors and the Adjustment Disorders*. New York: Wiley; 1990. p. 176–88 [7].
- [10] O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of post partum depression: prevalence, course, predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93:58–181.
- [11] Terry DJ, Mayocchi L, Hynes GJ. Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol* 1996;105(2):220–31.
- [12] Hung CH. Validity and reliability testing of the Hung postpartum stress scale. *Kaohsiung J Med Sci* 2001;17:423–9.
- [13] Hung CH. Measuring post-partum stress. *Aust J Adv Nurs* 2005;50(4):417.
- [14] Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 2004;25:247–55.
- [15] Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SCM. Social support in pregnancy: psychosocial correlates with birth outcome and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243–58.
- [16] Tarkka MJ, Paunonen M. Social support and its impact on mother's experiences of childbirth. *Aust J Adv Nurs* 1996;23:70–5.
- [17] O'Hara MW, Zekoski EM, Phillips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99:3–15.
- [18] Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:256–63.
- [19] Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring Social Support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000;27:97–101.
- [20] Razurel C, Héliot C, Perier J, Andreoli N. Éducation des mères à la santé dans le post-partum à la maternité de Genève. *Rech Soins Infirm* 2003;75:38–45.
- [21] Ruchala PL. Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29(3):265–73.
- [22] Beger D, et al. Postpartum teaching priorities: the viewpoints of nurses and mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2):161–8.
- [23] Gagnon AJ, Barkun L. Postnatal parental education for improving family health. *The cochrane database of systematic reviews* 2003 [issue 1].
- [24] Simpson KA, Creechan PA. *Perinatal Nursing*, 2nd edition. New York: Lippincott; 2001.
- [25] Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (review) *The Cochrane database of systematic reviews* 2000 [issue 4].
- [26] Besser A, Priel B. Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Curr Psychol Dev Learn Pers Soc* 2003;22(1):57–72.
- [27] Colletta WD, Gregg CH. Adolescent mothers' vulnerability to stress. *J Nerv Ment Dis* 1981;169:50–4.
- [28] Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth* 2003;30:189–94.
- [29] Terry DJ. Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *J Soc Pers Relat* 1991;8:527–47.
- [30] Murray M, Chamberlain K. *Qualitative Health Psychology. Theories and Methods*. London: Sage; 1999.
- [31] Kaufmann JC. *L'Entretien Compréhensif*. Paris: Nathan Université; 1996.
- [32] Winnicott DW. *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Paris: Payot; 1971.
- [33] Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale : concept, mesure, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Sante Ment Que* 2005;30(2):15–41.
- [34] Kessler R, Shanyang Z, Blazer D, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *J Affect Disord* 1997;45:19–30.
- [35] Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Southampton: Health Technology Assessment* 2000;4(25).
- [36] Dyson L, Mc Cormick F, Renfrew MJ. Intervention for promoting the initiative of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2005 [issue 2].
- [37] Nolan ML. Antenatal education: failing to educate for parenthood. *Br J Midwifery* 1997;5:21–6.
- [38] Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001;16:381–8.
- [39] Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The cochrane library* 2005 [issue 3].
- [40] Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25(4):215–219.
- [41] Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The cochrane library* 2006 [issue 1].