

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	98 (2000)
<b>Heft:</b>	1
<b>Artikel:</b>	Les savages-femmes peuvent-elles réduire la depression post-partum?
<b>Autor:</b>	Lavender, Tina / Walkinshaw, Stephen A.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950753">https://doi.org/10.5169/seals-950753</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 21.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## EDITORIAL

*Le sujet de la promotion de la santé dans le post-partum est un peu le parent pauvre de la recherche sage-femme proprement dite. Cherchant un article écrit par une sage-femme sur le sujet, je n'en ai pas trouvé en français. Et pourtant, s'il est un sujet où les sages-femmes ont leur mot à dire, c'est bien celui-là. C'est dans ce domaine très précis de la promotion de la santé que les sages-femmes peuvent mettre à profit leurs idées simples, pratiques, économiques et ô combien profitables.*

*L'article proposé dans ce dossier émane d'une sage-femme britannique, mais les solutions qu'elle propose sont à portée de main de ses conœurs suisses. C'est certes une petite goutte quand on lit les chiffres rassemblés par Inge Loos dans la partie alémanique de ce dossier. Ainsi, dix-huit mois après la naissance, 40 à 70% des femmes se plaignent encore de troubles du sommeil et de fatigue. Six à sept mois après la naissance, 20 à 46% d'entre elles se plaignent de maux de dos. Et les chiffres sont semblables pour l'incontinence urinaire, les problèmes sexuels ou la dépression.*

*Quand on sait ce que coûte un traitement pour dépression, il y a urgence à mettre sur pied, dans toutes les maternités de ce pays, un service d'écoute et de conseils aux jeunes accouchées. A défaut, on pourrait donner ce mandat aux sages-femmes indépendantes, en leur demandant de rendre visite à toutes les jeunes mères dans la semaine de leur retour à la maison. C'est pas cher, c'est sympa et ça peut permettre d'économiser gros, pour le bénéfice de tous: personnel soignant, politiciens, contribuables et jeunes familles.*

*A défaut d'avoir du pétrole, ayons au moins des idées!*

## Etude randomisée

# ► Les sages-femmes peuvent-elles réduire la dépression post-partum?

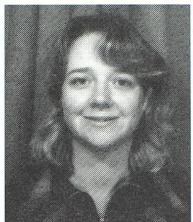
**Si pour certaines femmes la naissance est une plénitude, pour d'autres, c'est l'une des expériences les plus traumatisantes de leur vie. Ces femmes sont les candidates idéales à la dépression. Les études montrent que 10 à 20% des femmes présentent une forme importante de dépression, tandis que certains auteurs avancent que 33 à 63% des femmes souffrent d'une forme plus bénigne de détresse post-partum. Et pourtant l'étude présentée ici prouve qu'il suffit de mettre en place un espace d'écoute, de conseils, d'explications pour prévenir la majeure partie de ces dépressions.**

**Tina Lavender et Stephen A. Walkinshaw**

**CERTAINES** femmes trouvent que la naissance est une plénitude, tandis que pour d'autres cette expérience est l'une des plus traumatisantes de leur vie [1]. Pour les femmes qui sont traumatisées après la naissance, on s'accorde à dire que le traitement le plus efficace est un savant mélange d'écoute, de soutien, de



**Le plus normal et le moins stressant des accouchements est de faire le point après coup pour intégrer cette expérience.**



conseils, de compassion et d'explication [2]. Toutefois, avec les compressions de personnel, les femmes n'ont pas toujours l'occasion de vraiment parler de leur expérience de la naissance.

Les témoignages suggèrent que le fait de fournir aux femmes l'opportunité d'intégrer et de donner un sens à leur expérience de l'accouchement est tout bénéfice dans le processus de consolidation psychologique [4]. Toutefois, les femmes quittent souvent la maternité avec une connaissance très

D'abord infirmière, **Tina Lavender** a suivi une formation de sage-femme. Depuis 1995, elle est sage-femme de recherche intrapartum au Liverpool women's hospital (Grande-Bretagne). Elle vient de terminer un doctorat dans le domaine de la gestion de l'accouchement prolongé.

vague des événements qui ont eu lieu durant leur accouchement. Ceci est confirmé par l'observation que de nombreuses femmes qui reviennent à l'hôpital pour une autre naissance, sont armées de questions au sujet de leur précédent accouchement.

### Intégrer au mieux l'expérience de l'accouchement

L'introduction de services d'écoute et d'information dans certaines maternités [5] ne fait que confirmer les besoins des femmes de discuter de leur accouchement et permet de résoudre des questions restées sans réponse. L'évaluation de ces services a révélé que certaines femmes avaient des inquiétudes non résolues au sujet de leur expérience d'accouchement de nombreuses

années après l'événement (jusqu'à 22 ans après). Les femmes ayant eu un travail spontané et une naissance par voie naturelle ont également profité du service. Cette découverte a reçu l'appui de Price [6] qui déclare que le plus normal et le moins stressant des accouchements est un grand événement dans la vie d'une femme et qu'il lui est nécessaire de faire le point après coup pour lui permettre d'intégrer cette expérience parmi ses autres souvenirs.

Certains soulignent le besoin pour toutes les femmes d'avoir l'opportunité de parler de leur accouchement, allant jusqu'à dire que certaines femmes souffrent d'un désordre de stress post-traumatique après ce qu'elles ont perçu comme un travail difficile [7]. Bien que d'autres chercheurs [8] mettent ce point en doute, très nombreux sont les professionnels de la santé qui reconnaissent que la naissance est un événement majeur dans une vie. Le souvenir de l'accouchement peut provoquer des sentiments d'incompréhension, de culpabilité, de colère et de confusion, qui, dans certaines circonstances, peuvent amener une femme à considérer avec quelque répugnance une future grossesse [5].

### La recherche reste à faire au niveau psychologique

La mise en œuvre d'un service d'information et d'écoute dans le monde médical est déjà établie. Cette intervention psychologique largement acceptée est utilisée dans de nombreux domaines, par exemple dans les soins infirmiers en phase critique [9], les services d'urgence [10] et des cas critiques, difficiles [11]. Si les sages-femmes s'accordent à dire que les expériences faites durant le travail peuvent affecter le bien-être émotionnel [12], une évaluation sur l'efficacité d'une intervention sociale interactive dans la pratique sage-femme doit être faite.

A l'exception d'une étude examinant les effets d'un service de conseil sur des femmes identifiées comme faisant une dépression postnatale [13], il existe peu de preuves à travers une recherche randomisée sur l'efficacité relative d'interventions sociales dans la période postnatale. Il faut faire des recherches pour évaluer les bénéfices potentiels d'un



**Stephen A. Walkinshaw** est diplômé en médecine et en génétique. Après quelques années de pratique médicale diverse, aux quatre coins du monde, il s'est spécialisé en médecine fœtale et maternelle. Depuis 1989, il travaille comme spécialiste de ce domaine à l'hôpital de Liverpool.



S. Hufschmid

ents est un événement majeur dans la vie d'une femme: il est normal qu'elle ait besoin de réflexion.

Certains soulignent le besoin pour toutes les femmes d'avoir l'opportunité de parler de leur accouchement, allant jusqu'à dire que certaines femmes souffrent d'un désordre de stress post-traumatique après ce qu'elles ont perçu comme un travail difficile.

S. Hüfsmid

service d'écoute et d'information postnatale pour que les femmes puissent être vues de manière holistique et recevoir les soins émotionnels nécessaires.

Cette étude a cherché à évaluer les effets d'un «debriefing» postnatal sur la morbidité psychologique et à explorer si oui ou non les femmes recevaient des informations appropriées à leurs besoins individuels. Pour les besoins de cette étude, le terme «debriefing» est adopté dans la définition qu'en donnent Hodgkinson et Stewart, cités dans Rose [14], c'est-à-dire une intervention psychologique, proposée pour réduire la morbidité psychologique qui naît après exposition à un événement traumatisant. Toutefois, l'intervention n'inclut pas, dans notre étude, un questionnement approfondi par l'interviewer.

## Méthodes et critères d'éligibilité

Les femmes éligibles étaient des primipares avec des grossesses simples et présentations céphaliques, qui étaient en travail spontané à terme et ont eu un bébé en bonne santé après une naissance normale, par voie naturelle. Les critères d'exclusion ont été déchirément périnéal du troisième degré, ex-

traction manuelle du placenta, bébé admis dans une unité de soins spéciale et femmes requérant des soins sous haute surveillance.

Lors du contrôle échographique de la 20<sup>e</sup> semaine, les femmes susceptibles d'être choisies ont reçu des informations écrites et orales au sujet de l'étude. Des détails démographiques ont été enregistrés pour les femmes qui envisageaient de participer à l'étude pour permettre un suivi postnatal (tableau 1). De plus, les codes postaux de toutes les femmes ont été recueillis. Elles ont reçu des informations standards sur la progression normale du travail. Les femmes désirant participer à l'étude ont rencontré la sage-femme chargée de recherche à un moment qui leur convenait bien (par exemple après la visite médicale)

pour obtenir leur consentement écrit. Les femmes qui ont donné leur consentement et qui étaient toujours éligibles durant la période postnatale ont été choisies au hasard pour l'étude par le personnel de salle, au deuxième jour post-partum. Le tirage au sort s'est fait pour l'un des deux groupes, soit le groupe pour l'intervention objet de l'étude, comprenant écoute postnatale et dis-

**Tableau 1: Données de base**

Caractéristiques	Groupe expérimental (n = 58)	Groupe de contrôle (n = 56)
Age, moyenne (DS)	24,6 (4,8)	23,7 (5,8)
Groupe ethnique		
Blanches, GB	57	55
Noire, GB	0	1
Indienne	1	0
Etat civil		
Mariées	24	19
Célibataires	33	35
Inconnu	1	2
Gestation (jours) au moment de la délivrance (DS)	280,1 (8,8)	280,9 (9,0)
Participation aux cours de préparation à la naissance	34 (58,6%)	29 (51,8%)
Durée du travail (min) (DS)	548,8 (258,2)	587,3 (257)
Anesthésie péridurale	21 (36,2%)	18 (32,1%)
Amniotomie	25 (52,1%)	23 (41,1%)
Syntocinon	15 (25,9%)	14 (25%)
Electrode foetale	12 (20,7%)	15 (26,8%)
CTG externe continu	46 (79,3%)	44 (78,6%)
Examens vaginaux, moyenne	4	4
Episiotomie	12 (20,7%)	10 (17,9%)
Suture périnéale	37 (63,8%)	25 (44,6%)
Cathéter urinal	8 (13,8%)	4 (7,1%)
Venflon additionnel	5 (8,6%)	4 (7,1%)
Aucune différence significative trouvée		DS = déviation standard

cussion avec la sage-femme ou le groupe de contrôle sans intervention. La randomisation s'est faite par simple échantillon utilisant des nombres générés par ordinateur et en ouvrant ensuite des enveloppes opaques numérotées et scellées.

Après randomisation et avant l'intervention, une information de base intrapartum a été recueillie auprès de toutes les femmes. Ces informations ont été extraites du dossier médical dans un but d'éviter d'encourager des discussions impromptues sur l'accouchement avec les femmes du groupe de contrôle.

## Un entretien interactif

Les femmes randomisées pour l'intervention ont participé à un entretien interactif qui a duré autant de temps que nécessaire, leur permettant de parler de leur travail durant l'accouchement, de poser des questions et d'explorer leurs sentiments. Une sage-femme chargée de recherche, n'ayant pas reçu une formation spéciale de conseillère, conduisait l'entretien, qui a duré entre 30 et 120 minutes, la durée étant guidée par les besoins de la femme interrogée. Le dossier médical était disponible durant tout l'entretien, de sorte qu'il était possible de répondre directement aux questions. Aucun plan d'entretien n'a été établi, du fait que les entretiens étaient conduits en fonction des désirs des femmes interviewées.

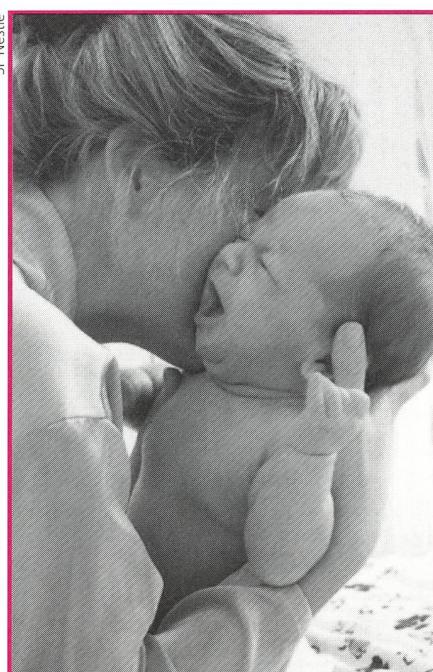
Les entretiens n'ont pas été enregistrés, pour permettre aux femmes de recevoir l'information spécifique qu'elles désiraient. Les femmes ont été encouragées à parler librement et ouvertement de leur expérience et à discuter de ses aspects positifs et négatifs, sachant que leurs commentaires resteraient anonymes.

## Questionnaire d'évaluation

Un questionnaire a été envoyé ensuite à toutes les femmes de l'étude, pour évaluer l'information qu'elles avaient reçue et juger de leur bien-être émotionnel. L'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale, abrégée HAD ci-après) [15] évaluait l'état émotionnel des répondantes et structuraient les questions déterminant le niveau de perception de l'information reçue par les femmes. Les questionnaires ont été envoyés aux femmes trois semaines après leur retour à la maison. Ce laps de temps permettait d'interroger les femmes avant l'intervention d'un agent

de santé et avant que le souvenir de l'accouchement ne se soit estompé trop significativement. Les femmes n'ayant pas répondu ont reçu un duplicata du questionnaire deux semaines plus tard. Toutes les personnes répondantes ont eu l'opportunité de discuter de l'expérience de leur accouchement une fois l'étude terminée.

Les réponses individuelles ont été enregistrées tant pour l'anxiété que la dépression, la limite pour les deux échelles ayant été fixée à 10. Une comparaison de la proportion des femmes affichant un score supérieur à 10 était ensuite effectuée avec des odds ratios et des intervalles de confiance de 95%. Les données nominales étaient également codées selon la réponse et des comparaisons faites entre les deux groupes d'étude utilisant des odds ratios avec 95%



**Face aux pleurs inexplicables de leur bébé, bien des jeunes mères sont désemparées. Elles auraient parfois simplement besoin d'un espace d'écoute et de conseils pour que la situation se stabilise.**

**Tableau 2: Analyse des informations**

Caractéristiques	Groupe expérimental	Groupe de contrôle	Odds Ratio 95% IC
Nombre de femmes qui se sont senties préparées à l'accouchement	32 (55,2%)	28 (50%)	1,2 (0,6–2,7)
N'ont pas reçu la visite de la sage-femme les ayant assisté lors de l'accouchement	49 (84,5%)	51 (91,1%)	1,8 (0,5–7,6)
SF leur a rendu visite, mais n'ont pas discuté de l'accouchement	8 (13,8%)	3 (5,2%)	2,8 (0,6–17,3)
SF leur a rendu visite, et elles ont un peu discuté de l'accouchement	0	2	Infinité (0,02–infinité)
SF leur a rendu visite, et elles ont bien discuté de l'accouchement	1	0	Infinité (0,02–infinité)
A reçu trop d'informations	1 (1,7%)	1 (1,8%)	1,03 (0,01–87,8)*
Informations dans bonne mesure, pas d'autres questions	44 (75,9%)	16 (28,6%)	7,9 (3,2–19,8)*
Informations dans bonne mesure, avec d'autres questions à poser	7 (12,1%)	5 (8,9%)	1,4 (0,45–5,9)*
Pas assez d'informations	4 (6,9%)	30 (53,6%)	15,6 (4,7–65,5)*
Pas d'information	1 (1,7%)	3 (5,4%)	3,2 (0,2–172,3)*
Quelque chose encore peu clair	5 (8,6%)	24 (42,9%)	7,9 (2,6–28,8)*
Aimerait possibilité d'une autre occasion de discuter de l'accouchement	1 (1,7%)	13 (23,2%)	17,2 (2,4–744,9)*

\*Différences statistiquement significatives p < 0,01 utilisant tests «Exact Confidence».

**Tableau 3: Analyse échelle HAD**

Scores	Groupe expérimental (n = 58)	Groupe de contrôle (n = 56)	Odds Ratio (95% IC)	Fisher-Irwin à 2 queues
Anxiété ≥ 11	4	28	13,5 (4,1–56,9)	p < 0,0001
Dépression ≥ 11	5	31	8,5 (2,8–30,9)	p < 0,0001

d'intervalles de confiance. Le programme de statistique Arcus a été utilisé pour toute l'analyse.

## Test préalable

Le questionnaire utilisant l'échelle HAD a été testé auparavant à la maternité de Liverpool auprès de 100 femmes en postnatal, dont 52% ont obtenu un score inférieur à 7 (interprété comme anxiété et dépression indécises), 20% entre 7 et 10 (anxiété et dépression possible) et 28% ont obtenu plus de 10 (anxiété et dépression probable). Un calcul d'échantillon de taille standard a révélé qu'environ 120 femmes (60 dans chaque groupe) devaient être sélectionnées pour détecter une réduction de 50% dans la proportion de femmes ayant un score supérieur à 7, avec 80% de puissance et 95% d'intervalle de confiance.

## Résultats

Les 120 femmes approchées pour participer à l'étude ont accepté d'être interviewées et ont reçu un questionnaire. Parmi celles-ci, 114 ont répondu (95%), dont 12 après un rappel écrit. Le code postal de domicile des personnes ayant répondu était comparable à celui de toutes les femmes ayant accouché dans cet hôpital, et aucun regroupement n'a pu être reconnu. La base de l'information est présentée au tableau 1. Les résultats de

l'information et de l'analyse sur l'échelle HAD sont présentés respectivement aux tableaux 2 et 3.

## Un processus bénéfique pour toutes les femmes

Bien que le bénéfice du «debriefing» après une naissance difficile ait été reconnu [16], son bénéfice pour des femmes ayant perçu leur travail et leur accouchement comme «normal» n'avait pas encore fait l'objet d'une évaluation adéquate. Les résultats de cette étude montrent qu'un espace d'écoute, de soutien, de conseils, de compréhension et d'explications proposé par les sages-femmes est un processus bénéfique pour les femmes, quel qu'ait été leur type de travail ou leur mode de délivrance. Les femmes du groupe expérimental étaient moins portées à l'anxiété ( $p < 0,0001$ ) et à la dépression ( $p < 0,0001$ ) trois semaines après la naissance, en comparaison du groupe de contrôle. Du reste, les femmes du groupe expérimental étaient plus satisfaites du montant des informations reçues et elles sont moins souvent rentrées chez elles avec des questions restées sans réponse.

## Résultats inquiétants dans le groupe de contrôle

Le haut taux de morbidité dans le groupe de contrôle est inquiétant, puisque la moitié des femmes sont anxiuses et plus de la moitié dépressives. Diverses explications peuvent être avancées. Tout d'abord, la nature de cette étude excluait l'anonymat total et de ce fait les réponses des femmes ayant reçu écoute et explications peuvent indiquer un désir de répondre positivement à la personne qui a consacré du temps à leur parler.

D'autre part, les femmes du groupe de contrôle peuvent avoir été déçues de ne pas avoir reçu l'écoute qu'elles ont perçue comme bénéfique, ce qui peut avoir eu pour résultat l'élévation de scores HAD individuels. D'autre part, un audit subséquent, conduit localement de manière indépendante, a révélé qu'une femme sur trois aurait aimé profiter de l'intervention des sages-femmes.

## Une échelle appropriée au post-partum?

Troisièmement, l'échelle HAD peut ne pas avoir été l'outil approprié pour évaluer le niveau d'anxiété et de dé-



S. Hufschmid

Partager leurs sentiments, que ce soit au sujet de l'accouchement ou de la nouvelle vie qui les attend, est un droit qu'on refuse trop souvent aux jeunes mères dans nos maternités, faute de temps à leur consacrer.

pression des femmes dans la période postnatale. Bien que cette échelle soit relativement nouvelle dans le domaine des soins en maternité, elle a été préférée à la plus commune échelle de dépression postnatale d'Edinburgh, parce qu'elle a l'avantage d'analyse en sous-groupe, qui définit à la fois l'anxiété et la dépression. Cet outil a été utilisé comme un indicateur clinique de la possibilité d'une dépression, opposé à une prédiction d'un désordre dépressif. L'échelle HAD n'a pas été validée pour les soins postnatals, et bien que les résultats de notre étude soient hautement significatifs, ils doivent être interprétés avec discréption. La validation de cet outil pour une utilisation de routine dans les soins en maternité nécessiterait la mise sur pied d'une évaluation clinique psychiatrique indépendante au moment du remplissage du questionnaire. L'échelle HAD a été validée dans de nombreux domaines des services sanitaires [18, 19], et pourtant, lors de l'essai pilote avant cette étude, elle a été considérée comme à la fois efficace et agréable pour l'utilisateur. Il a été recommandé qu'un score de 7 ou moins n'indiquait aucun cas, entre 8 et 10 un cas possible et un score supérieur à 10 détectait des cas probables d'anxiété et de dépression.

Comme l'analyse des données a révélé une grande proportion de femmes ayant un score supérieur à 10, nous pensons que ces résultats sont solides et cliniquement importants. A la lumière du fait que l'échelle HAD n'avait pas été validée dans le post-partum, un score de 11 ou plus a donc été considéré comme un indicateur de morbidité psychologique, offrant l'approche la plus conservatrice et de là, permettant la considération de la variation dans des réponses normalement émotionnelles de la naissance.

## Les besoins des femmes en port-partum doivent être mieux compris

Il est décevant de constater qu'environ 90 % des femmes, dans les deux groupes d'étude, n'avaient pas reçu la visite de la sage-femme qui les avait assistées lors de l'accouchement. Ce résultat met en lumière les difficultés qui sont celles des sages-femmes travaillant dans une maternité à grand trafic. Du reste, bien que l'efficacité clinique des soins postnatals ait été l'objet du questionnaire [20], il est évident que l'évaluation des besoins émotionnels pour les femmes en période post-partum doit être encouragée. Le temps que les

sages-femmes consacraient auparavant à mesurer la hauteur du fonds utérin et à contrôler les lochies pourraient être mieux dépensé en le consacrant à discuter de l'expérience de l'accouchement avec les femmes et en leur donnant les informations qu'elles désirent.

Une seule femme dans le groupe expérimental a voulu discuter de son accouchement plus tard, au cours d'un deuxième entretien. Cela soutient le travail d'autres chercheurs [5, 21] qui ont suggéré qu'une seule discussion était suffisante pour la plupart des femmes, le simple fait de savoir que ce service était disponible leur a offert une assurance adéquate. Toutefois, 13 femmes du groupe de contrôle ont voulu avoir l'occasion de discuter de leur accouchement trois semaines après leur délivrance, indiquant que les sages-femmes du centre communautaire n'ont pas comblé le fossé laissé par les sages-femmes hospitalières.

## Un taux de dépressions sous-estimé et mal reconnu

Il est difficile d'établir la fréquence exacte des dépressions, mais certains prétendent que la dépression postnatale affecte 12 à 15 % des mères [2, 22]. Ce pourcentage est certainement sous-estimé, du fait que la dépression

est une condition largement non diagnostiquée et non traitée [23]. On a suggéré que 6 à 28 % des mères sont affectées, avec 33 à 63 % faisant l'expérience d'une forme plus édulcorée de détresse [24]. Les statistiques sur la dépression postnatale sont basées sur le nombre de femmes qui cherchent une aide professionnelle, mais bien des jeunes mères ne cherchent pas cette aide, persuadées que leurs sentiments sont une réponse normale à la naissance de leur enfant. Du reste, les faits suggèrent que les professionnels de la santé n'identifient qu'une petite proportion de femmes déprimées [25]. De simples interventions sociales, au moment de la naissance, peuvent prévenir une dépression postnatale [26, 27]. Un service postnatal qui propose écoute, soutien, conseil, compréhension et explication est une intervention sociale qui permet aux femmes de recevoir un soutien psychologique qui peut les conduire à identifier et réduire anxiété et dépression.

## Les sages-femmes ont un rôle à jouer dans la prévention de la dépression post-partum

Cette étude ne propose qu'un bref aperçu dans les soins psychologiques, du fait qu'elle est réduite à la période

post-partum immédiate. Des études longitudinales sont urgentement nécessaires pour évaluer les effets psychosociaux à long terme. De même, des études plus larges sont nécessaires pour évaluer les effets de sessions d'écoute sur le nombre de plaintes avancées par des femmes insatisfaites. Bien que la sage-femme chargée de recherche n'ait pas suivi de formation spécifique de conseillère, l'intervention d'écoute et d'explication qu'elle a utilisée a révélé des différences remarquables entre les deux groupes. Ce résultat soutient la vue d'autres auteurs [28] qui suggèrent que les sages-femmes sont capables de réduire la morbidité psychologique postnatale. Proposer aux femmes l'occasion de discuter de leur accouchement devrait ainsi faire partie intégrante des soins pratiqués par la sage-femme. ▶

### Remerciements:

Merci aux femmes, aux sages-femmes, à Sue Edwards, Mr. Z. Alfirevic et au Prof. J. Homey, pour leur soutien dans cette étude.

Publié avec l'aimable autorisation des éditions Blackwell Science, Inc., NY. L'article original est paru sous le titre «Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial», dans la revue *Birth*, volume 25, n° 4, 1998.

*Traduction française et adaptation:  
Fabienne Gogniat Loos*

### Références

- [1] Niven C. Psychological Care for Families: Before, During and After Birth. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1992.
- [2] Kumar R., Robson K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*. 1984; 144: 33-47.
- [3] Cox J.L. Postnatal Depression. A guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone 1986.
- [4] Ball J. Mothers need nurturing too. *Nursing Times* 1998; 84: 29-30.
- [5] Charles J., Curtis L. Birth Afterthoughts: a listening and information service. *British Journal of Midwifery*. 1994; 2: 331-334.
- [6] Price J. Motherhood - What it does to your mind. London, Pandora, 1988.
- [7] Ralph K., Alexander J. Borne under stress. *Nursing Times* 1994; 90: 28-30.
- [8] Moleman N., Van der Hart O., Van der Kolk B.A. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992; 180: 271-272.
- [9] Burr G. Unfinished business: Interviewing family members of critically ill patients. *Nursing Inquiry* 1996; 3: 172-177.
- [10] Harkins B. Crisis counseling in the Metropolitan ambulance service. *Australian Journal of Emergency Care*. 1996; 3: 16-21.
- [11] Davis J.A. Sadness, tragedy and mass disaster in Oklahoma City: providing critical incident stress debriefings to a community in crisis. *Accident and Emergency Nursing*. 1996; 4: 59-64.
- [12] Green J.M. Who is unhappy after childbirth? Antenatal and intrapartum correlates from a prospective study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1990; 8: 175-183.
- [13] Holden J., Sagovsky R., Cox J. Counseling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. 1989; *British Medical Journal* 298: 223-6.
- [14] Rose S. Psychological debriefing: history and methods. *Counseling* 1997; 8: 48-51.
- [15] Zigmond A.S. and Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-370.
- [16] Goldbeck-Wood S. Post Traumatic Stress Disorder may follow child-birth. *British Medical Journal* 1996; 313: 774.
- [17] Cox J.L., Holden J.M. and Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
- [18] Lee C., Slade P. and Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology* 1996; 69: 47-58.
- [19] Aylard P.R., Gooding J.H., McKenna P.J. and Snaith R.P. A validation study of three anxiety and depression self assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31: 261-268.
- [20] Audit Commission. First Class Delivery. Improving Maternity Services in England and Wales. Audit Commission Publications, Oxford, 1997.
- [21] Bergin A.E., Lambert M.J. The evaluation of therapeutic outcomes. In Garfield S.L., Bergin A.E., eds. *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1978; 139-189.
- [22] Watson J.P., Elliot S.A., Rugg A.J., Brough D.I. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 453-462.
- [23] Cox J.L., Connor Y., Kendell R.E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140: 111-117.
- [24] Raphael-Leff J. Psychological Processes of Childbearing. London, Chapman and Hall, 1991.
- [25] Hennessy D.A. Should health visitors also care for mothers? In: Hawthorne P.J., ed. *Proceedings of the RCN research society annual conference*. Nottingham: University of Nottingham, 1985.
- [26] Hofmeyr G.J., Nikodem V.C., Wolman W.L., Chalmers B.E., Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: Effect on progress and perceptions of labor, and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1991; 98: 756-764.
- [27] Wolman W.L., Chalmers B.E., Hofmeyr J., Nikodem V.C. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized controlled study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993; 168: 1388-1398.
- [28] Charles C. Post Traumatic Stress Disorder. *Midwives* 1997; 110: 250-252.