

**Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers**

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE

Domaine santé

**INTERVENTIONS INFIRMIERES FACILITANT LE  
DEVELOPPEMENT DU ROLE PARENTAL ET LE  
RENFORCEMENT DU LIEN D'ATTACHEMENT DANS  
UN CONTEXTE D'ACCOUCHEMENT TRAUMATIQUE**

AMATO Marie

MORAIS ANTUNES Cindy

Travail de Bachelor

Haute École de la Santé La Source

Lausanne, juillet 2025

Sous la direction de : Mme GASHI Sebara

## Table des matières

Table des illustrations .....	I
Table des figures .....	I
Déclaration .....	II
Remerciements .....	III
Résumé .....	IV
Liste des abréviations .....	V
Introduction .....	VI
Problématique .....	1
Cadre théorique .....	7
Modèle de Neuman .....	7
Question recherche .....	8
Méthode .....	8
Diagramme de flux .....	12
Résultats .....	13
Résumé des articles retenus .....	13
Synthèse des résultats .....	20
Discussion et perspectives .....	26
Implication dans la clinique et la recherche .....	29
Implication dans l'enseignement .....	30
Limites et forces du travail .....	31
Conclusion .....	32
Références .....	33
Annexes .....	38
Annexe n°1 : Annonce d'utilisation des outils IA .....	38
Annexe n°2 : Schéma du Système du modèle de Neuman .....	40
Annexe 3 : Grille de lecture critique pour études qualitatives .....	41
Annexe 4 : Grille de lecture critique pour études quantitatives .....	44

## Table des illustrations

Tableau 1 : Liste des abréviations.....	V
Tableau 2 : Question de recherche ; format PICO .....	8
Tableau 3 : Thésaurus des bases de données .....	9
Tableau 4 : Équations de recherche .....	10
Tableau 5 : Synthèse de résultats de la revue de littérature.....	25
Tableau 6 : Annonce d'utilisation des outils IA.....	39

## Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux .....	12
Figure 2 : Modèle des systèmes de Neuman (Alligood, 2022).....	40

## Déclaration

Nous déclarons que ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS La Source) a été rédigé seules et sans aide extérieure non autorisée.

Nous attestons avoir respecté l'intégrité scientifique comme mentionnée dans le Code d'intégrité scientifique et n'avoir utilisé que les sources et moyens autorisés, et mentionné comme telles les citations et paraphrases.

Au cours de la préparation de ce travail, nous avons utilisé des outils d'intelligence artificielle (IA) et rempli le contrat pédagogique en matière d'utilisation de l'IA (annexe 1).

Par notre signature, nous attestons également avoir relu, vérifié et validé les contenus retenus dans ce travail et nous nous en assumons la responsabilité. L'utilisation des conclusions et des perspectives formulées dans ce travail n'engage pas la responsabilité de la Directrice, de l'experte du terrain ou de la HEdS LA Source.

Pour ce travail, nous avons décidé d'utiliser un langage inclusif.

Date et lieu : LAUSANNE le 2 juillet 2025

Signatures :

**Amato Marie** 

**Morais Antunes Cindy** 

## Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord nous féliciter pour l'engagement et la persévérance dont nous avons su faire preuve tout au long de ce travail, ainsi que pour notre capacité à surmonter les difficultés rencontrées.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et nos sincères remerciements à notre directrice de travail, Madame Sebara Gashi pour son accompagnement et ses précieux conseils qui ont guidé notre travail tout au long de cette recherche.

Nous remercions Madame Audrey Depallens, notre experte, pour le temps consacré à notre travail.

Merci à Madame Nathalie Favre du centre de documentation pour son aide précieuse dans la reformulation de nos équations de recherche.

Nous remercions Mesdames Anne-Laure Amato, Murielle Arn et Lisette Vonnez, ainsi que Messieurs Bruno Nussbaum et Joel Sobral pour la relecture et la correction orthographique de notre travail.

Merci à nos amies Eva Antunes Felizardo, Manon Decrauzat et Marion Jaccard pour le soutien mutuel apporté durant tout le processus de réalisation de ce travail.

Un immense merci aussi à nos familles, nos amis et nos proches, dont le soutien a été une source de motivation constante.

## Résumé

Contexte : En Suisse, plus de 80'000 naissances vivantes ont été enregistrée en 2023. L'accouchement est généralement décrit comme un événement heureux et marquant. Malgré cela, 3% à 19% des mères peuvent vivre cet événement de manière traumatique. Le vécu traumatique de l'accouchement peut même toucher jusqu'à 5% des partenaires. S'il n'est pas identifié et pris en charge, le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement peut entraîner des conséquences délétères sur le lien d'attachement parent-enfant.

Objectif : Comprendre l'impact d'un accouchement traumatique et du trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement sur la relation parent-enfant et identifier les interventions infirmières permettant de soutenir la création du lien dès la naissance ou lors du suivi du post-partum.

Méthodologie : Ce travail est une revue de littérature basée sur l'analyse critique d'articles scientifiques issus des bases de données PubMed et CINAHL, ainsi que Google Scholar. Les mots clés utilisés étaient les suivants : *parents, accouchement, trouble du stress post-traumatique, soins infirmiers et lien d'attachement*. La sélection des articles finaux s'est basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion et ils ont été validés à l'aide d'une grille de lecture critique.

Résultats : Six articles ont été sélectionnés pour répondre à la question de recherche. Les thématiques extraites des résultats concernent la prévalence et les caractéristiques du trouble stress post-traumatique lié à l'accouchement, la comorbidité avec la dépression du post-partum et les altérations émotionnelles, les perturbations du lien mère-enfant, le soutien extérieur et les interventions innovantes visant à atténuer les symptômes et à renforcer le lien d'attachement. Le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement est une problématique fréquente mais sous-estimée, avec une prévalence allant de 4% à 18,5%, selon le niveau de risque des populations étudiées. Ce trouble présente une comorbidité élevée avec la dépression post-partum. Le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement peut également nuire à la création du lien parent-enfant. Des interventions comme l'écriture expressive, la musicothérapie ou la pratique d'une tâche visuo-spatiale ont permis de réduire les symptômes et d'améliorer le lien d'attachement.

Conclusion : Il est important de comprendre l'impact du trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement dans sa globalité et de comprendre le rôle infirmier. Ceci dans le but de proposer des interventions adéquates pour favoriser le lien d'attachement.

Mots clés : Accouchement traumatique, Trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement, Lien d'attachement, Interventions infirmières, Parents

## Liste des abréviations

<b>BRS</b>	Birth Related Symptoms
<b>CEDOC</b>	Centre de documentation
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and allied Health Literature
<b>CHUV</b>	Centre hospitalier universitaire vaudois
<b>DSM-V</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 <sup>ème</sup> édition
<b>DPP</b>	Dépression post-partum
<b>EHC</b>	Ensemble Hospitalier de la Côte
<b>GS</b>	General Symptoms
<b>HETOP</b>	Health Terminology/Ontology Portal
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>MIBS</b>	Mother-to-Infant Bonding Scale
<b>MT</b>	Music Therapy
<b>NS</b>	Non Symptomatic
<b>OFS</b>	Office fédérale de la statistique
<b>PubMed</b>	US National Library of Medicine National Institutes of health
<b>SEAF</b>	Soins à l'enfant, à l'adolescent·e et à la famille
<b>SC</b>	Standard Care
<b>TABS</b>	Trauma and Birth Stress
<b>TSPT</b>	Trouble du stress post-traumatique
<b>TSPT-A</b>	Trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement
<b>UNIL</b>	Université de Lausanne

Tableau 1 : Liste des abréviations

## Introduction

L'accouchement est majoritairement perçu comme un moment heureux et joyeux dans la vie des parents (Deforges et al., 2020; Righetti-Veltema et al., 2007). Pourtant, pour certaines mères, et parfois le·la partenaire, cet événement peut être vécu comme traumatique (Chabbert & Wendland, 2016). En Suisse, une proportion non négligeable de femmes rapporte un accouchement vécu comme traumatique, avec des risques de développer un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A) (Chabbert & Wendland, 2016; Deforges et al., 2020; Schobinger et al., 2020). Ce trouble peut impacter la santé mentale des parents ainsi que la création du lien d'attachement avec l'enfant, élément pourtant fondamental pour son bon développement (Deforges et al., 2020; Emery, 2016; Schobinger et al., 2020).

Dans ce contexte, les infirmier·ère·x·s jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement du post-partum, particulièrement dans la détection des signes de TSPT-A et par la mise en place d'interventions favorisant la création du lien parent-enfant. Pour mieux comprendre cette problématique, notre travail s'appuie sur la théorie infirmière de Neuman. Ce modèle théorique permet de percevoir la mère (ou le·la partenaire) comme un système en constante interaction avec son environnement, et vulnérable aux stresseurs comme l'accouchement traumatique (Alligood, 2010; George, 2014).

Notre travail vise à explorer les interventions infirmières susceptibles de soutenir le développement du rôle parental dans le contexte d'accouchement traumatique, en favorisant la création du lien d'attachement.

Dans ce travail nous allons aborder la problématique de l'accouchement traumatique et du TSPT-A, ainsi que ses conséquences sur la création du lien parent-enfant. Ensuite, nous allons mettre en relation notre problématique avec le modèle théorique de Neuman, et poser notre question de recherche. Nous décrirons notre méthodologie de recherche avant de faire un résumé de chacun des six articles sélectionnés. Pour finir, nous discuterons les résultats et nous amènerons des pistes pour la recherche, la clinique et l'enseignement, et les limites de notre travail. Cette revue de littérature sera terminée par une conclusion.

## Problématique

Selon l'office fédérale de la statistique (OFS), en Suisse, ce sont 80'024 naissances vivantes qui ont été enregistrées, dont 3'154 au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en 2023 (CHUV, 2024b; OFS, 2024). L'accouchement est, dans la majorité des cas, décrit comme un événement émouvant et heureux de la vie, et comme une expérience marquante pour beaucoup de parents (Deforges et al., 2020; Righetti-Veltema et al., 2007; Wright, 2024). En société, l'accouchement est souvent embelli et idéalisé, et il est habituellement inconcevable qu'une femme vive cette période de manière négative (Sardas, 2016). Malgré cela, la réalité est bien plus complexe pour de nombreux parents ; il existe un tabou qui persiste, autour de celles et ceux qui ne ressentent pas de joie intense après la naissance de leur enfant, et qui font face à des situations difficiles (Jansen & El-Hage, 2021).

De plus, certaines personnes vivent des accouchements qu'ils définissent comme traumatiques, et développent par la suite un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Chabbert & Wendland, 2016). Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5<sup>ème</sup> édition (DSM-V), le TSPT correspond au critère d'une « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (American Psychiatric Association, 2024). Un accouchement peut donc être perçu comme traumatique pour une femme lorsqu'il est perçu comme menaçant, que ce soit pour sa vie ou celle de son bébé, selon la Pre Antje Horsch (Gannac, 2017). Il peut aussi être perçu de la sorte lorsque des interventions médicales imprévues (césarienne d'urgence, utilisation de forceps) sont utilisées, ainsi que des douleurs intenses ou des interactions médicales déshumanisantes (Deforges et al., 2020). Par ailleurs, la menace vitale pour la mère ou pour son enfant n'est pas le seul élément à prendre en compte, il est important de considérer également le vécu subjectif de la mère (Benzakour et al., 2019).

Selon Ayers (2016), une femme sur trois considère avoir vécu son accouchement comme traumatique (Schobinger et al., 2020). De plus, 3% à 6% des femmes qui accouchent développent un TSPT-A (Deforges et al., 2020). Ces chiffres peuvent même atteindre 18% à 19% chez les mères considérées à risque (Deforges et al., 2020). Une mère considérée à haut risque est par exemple une mère ayant vécu des complications pendant sa grossesse, comme la pré-éclampsie ou l'hyperémèse gravidique, ou pendant son accouchement, lorsqu'il est prématuré ou instrumentalisé, ou lors d'une perception de complications pour soi pendant l'accouchement (Deforges et al., 2020; Montmasson et al., 2012). De plus, les femmes atteintes de tocophobie sont plus à risque de développer un TSPT-A que les autres (Deforges et al., 2020). La tocophobie se définit comme une peur ou une anxiété intense, présente avant la grossesse, spécifique à la

mort durant l'accouchement, qui mène à un évitement de l'accouchement (Hofberg & Brockington, 2000).

Malgré le manque de recherche sur le sujet, des études démontrent que le TSPT-A touche également jusqu'à 5% des partenaires dans les groupes à risque standard, et jusqu'à 12% des partenaires dans les groupes considérés à risque (Deforges et al., 2020).

Les causes du TSPT-A sont diverses et propres à chacun, car ce qui est ressenti comme un traumatisme par une mère, ne le sera pas nécessairement chez une autre, et il en va de même pour les partenaires (Sardas, 2023). De même que pour le TSPT, le TSPT-A se caractérise par quatre catégories de symptômes qui provoquent une souffrance ou qui perturbent le fonctionnement social, professionnel, ou tout autre fonctionnement de la vie (Deforges et al., 2020). De plus, selon Deforges et al., (2020), pour être inclus dans le TSPT-A, les symptômes doivent apparaître à la suite d'un accouchement et persister sur une durée minimale de plus d'un mois après la naissance de l'enfant. Les quatre catégories de symptômes sont : des intrusions mentales (l'événement envahit les pensées de manière incontrôlable et répétée), un évitement de tout ce qui rappelle l'événement, une humeur et des pensées négatives et une hypervigilance avec des réactions altérées (Barnhill, 2023).

En ce qui concerne les intrusions mentales, l'accouchement vécu comme traumatique peut se manifester sous la forme de cauchemars ou de souvenirs qui peuvent apparaître comme des flashbacks qui font revivre le traumatisme (Deforges et al., 2020).

Concernant l'évitement, les personnes atteintes d'un TSPT-A viennent à éviter toutes les situations, personnes ou activités qui sont reliées à leur traumatisme (Deforges et al., 2020). Dans le contexte de l'accouchement traumatique, l'évitement peut se transposer sur l'enfant, le·la partenaire et le corps médical ou le lieu de l'accouchement (Benzakour et al., 2019; Deforges et al., 2020).

Par rapport à l'humeur négative, l'ensemble des symptômes qui y sont liés ressemblent fortement à ceux d'une dépression, ou d'une dépression post-partum (DPP), car les émotions prédominantes sont la peur, la tristesse et la honte (Deforges et al., 2020). De plus, selon Deforges et al., (2020), il peut y avoir des altérations cognitives, qui peuvent mener à une perte de mémoire en ce qui concerne l'accouchement ou encore une diminution de l'intérêt envers des activités autrefois appréciées.

Finalement, pour ce qui est des réactions altérées, l'insomnie ou la difficulté de concentration sont des effets fréquents du TSPT, ainsi que l'hypervigilance (American Psychiatric Association, 2024).

Selon l'*American Psychiatric Association* (2024), les personnes atteintes d'un TSPT sont sans cesse aux aguets, pour les moindres signaux d'alerte.

Les conséquences du TSPT-A sont multiples, et peuvent avoir des répercussions sur le couple, sur les grossesses futures et sur la parentalité (Deforges et al., 2020). En effet, selon Deforges et al., (2020), vivre un accouchement traumatisant et souffrir d'un TSPT-A peut influencer la parentalité. Les parents peuvent en arriver à éviter leur enfant, montrer un détachement émotionnel ou être diamétralement opposé en étant surprotecteur (Deforges et al., 2020). De plus, le TSPT-A peut affecter la relation de couple entre les partenaires ayant vécu un accouchement traumatisant (Benzakour et al., 2019; Deforges et al., 2020). Les impacts principaux incluent des difficultés dans la relation physique, mais aussi dans la communication, le soutien mutuel et l'adaptation en tant que couple (Deforges et al., 2020). Du côté des mères qualifiant leur accouchement de traumatisant, l'évitement des rapports sexuels est relativement fréquent, et les partenaires peuvent parfois se sentir impuissants face à la situation (Deforges et al., 2020). Le TSPT-A peut également entraîner des conséquences négatives sur les grossesses futures, car les femmes traumatisées par leur accouchement ont souvent moins d'enfants et, dans la majorité des cas, attendent longtemps avant de penser à une nouvelle grossesse (Benzakour et al., 2019). Certaines femmes développent même une tocophobie par la suite (Deforges et al., 2020). De plus, le fait de développer un TSPT peut être accompagné par le développement d'une DPP (Boudou et al., 2007; Séjourné et al., 2018).

Bien souvent, les symptômes du TSPT-A sont liés à ceux de la DPP, car l'ensemble des symptômes du TSPT peuvent évoquer ceux d'une dépression (Séjourné et al., 2018). Dans plusieurs études il est expliqué qu'il existe une grande comorbidité entre ces deux troubles, et que souvent, lors du diagnostic d'un TSPT-A, le risque de développer également une DPP est élevé (Boudou et al., 2007; Montmasson et al., 2012; Séjourné et al., 2018).

En comparaison avec le TSPT-A, la DPP touche plus de 10% des mères, dans les 12 mois qui suivent l'accouchement (Righetti-Veltema et al., 2007). Les symptômes du TSPT-A sont relativement les mêmes que ceux d'une DPP (Righetti-Veltema et al., 2007). Par ailleurs, durant le post-partum, les symptômes dépressifs peuvent être associés à l'arrivée du nouveau-né et au nouveau rythme de vie fatiguant auxquels font face les parents (Righetti-Veltema et al., 2007). Le traitement médicamenteux étant contre-indiqué lors de l'allaitement, il est préférable pour les mères atteintes d'une DPP de se tourner vers la psychothérapie (Righetti-Veltema et al., 2007). Cependant, la prévention auprès des soignant·e·x·s et du grand public est essentielle pour prévenir et dépister la DPP précocement, et éviter les effets néfastes qu'elle peut provoquer chez

la mère, ou chez le nouveau-né (Righetti-Veltema et al., 2007). Tout comme le TSPT-A, la DPP est un problème de santé publique important dû à sa haute prévalence (Righetti-Veltema et al., 2007). L'effet délétère principal de la DPP est qu'elle provoque une altération de la relation entre la mère et son enfant (Tissot et al., 2011). La DPP chez une mère influence donc la qualité de sa relation avec son enfant, et cela impact négativement le développement de l'enfant, et ce, dans plusieurs dimensions (le développement social, émotionnel et cognitif) (Righetti-Veltema et al., 2007; Tissot et al., 2011).

Pour certaines mères, le post-partum est donc vécu comme une période remplie de tristesse, d'angoisse et de souffrance (Weizman, 2021). Selon la définition du petit Robert, le post-partum est défini comme « la période qui suit l'accouchement » (Le petit Robert, 2023). Face au tabou qui entoure l'accouchement, la honte et la culpabilité peuvent être omniprésentes chez les mères qui ne ressentent pas d'émotions positives durant leur post-partum ou à l'égard de leur nouveau-né (Devita et al., 2024; Righetti-Veltema et al., 2007). De plus, ce tabou laisse peu de place à l'expression des ressentis négatifs et laisse penser à la mère qu'elle est incomprise et seule (Righetti-Veltema et al., 2007; Weizman, 2021).

Au CHUV, les femmes qui ressentent le besoin de s'exprimer sur leur accouchement peuvent bénéficier d'un entretien personnalisé avec le·la sage-femme ou d'autres professionnel·le·x·s de la santé présents lors de l'accouchement (CHUV, 2024a). Cet entretien leur offre un espace pour poser leurs questions, parler de leur vécu ou encore pour exprimer leur ressenti (CHUV, 2024a). Cela leur permet également d'avoir un soutien adapté pour gérer les éventuels symptômes de DPP ou de stress post-traumatique (CHUV, 2024a). Cet entretien est recommandé six semaines après l'accouchement (CHUV, 2024a). Cependant, l'efficacité de ce genre d'entretien, dans la prévention de l'apparition d'un TSPT-A, n'a pas encore été démontrée (Benzakour et al., 2019).

Comme identifié ci-dessus, une des conséquences d'un accouchement traumatisant est le développement d'un TSPT-A, et ce TSPT-A peut avoir de nombreuses conséquences sur la mère, le·la partenaire et le nouveau-né (Deforges et al., 2020). Le vécu d'un accouchement traumatisant peut influencer la parentalité, rendant l'attachement parent-enfant difficile, alors que ce lien est essentiel au développement de l'enfant (Deforges et al., 2020; Schobinger et al., 2020).

L'attachement parent-enfant se définit comme « un lien affectif entretenu par l'enfant à l'égard de son parent, dans la mesure où ce dernier prend soin de lui et est considéré par l'enfant comme une personne significative pouvant le protéger en cas de danger » (Emery, 2016). Selon Bowlby et sa théorie de l'attachement, le nouveau-né est un être vulnérable et fragile (Dugravier & Barbey-

Mintz, 2015; Tereno et al., 2007). De ce fait, il va donc chercher une proximité avec la personne qui lui assurera une sécurité et du réconfort, et il ne la sollicitera pas uniquement pour s'alimenter (Emery, 2016; Tereno et al., 2007). Pour prétendre au titre de figure d'attachement du nouveau-né, la personne doit être en mesure de lui apporter des soins (physiques et/ou émotionnels), d'être constamment présente au cours de sa vie et de s'investir pleinement dans la relation (Emery, 2016; Tereno et al., 2007). La présence et la disponibilité de la figure d'attachement influenceront le ressenti de l'enfant (Tereno et al., 2007). S'il ressent un manque de disponibilité ou un évitement de la part de la figure d'attachement, l'enfant pourra ressentir une insécurité ou encore de l'anxiété (Tereno et al., 2007).

Lors d'un accouchement traumatique et lors du développement d'un TSPT-A, la mère ne se montrera pas, dans la majorité des cas, émotionnellement disponible pour son bébé et peut même faire en sorte d'éviter son propre enfant (Deforges et al., 2020). Si la mère, ou le partenaire, n'est pas en mesure d'apporter des soins de manière fréquente au nouveau-né, la création du lien d'attachement sera en conséquence plus compliquée, car elle dépend de la qualité, de la fréquence et de la stabilité des soins que reçoit le bébé (Emery, 2016). Il est donc important de prendre en charge les mères ou les partenaires atteints d'un TSPT-A, afin d'éviter que le lien d'attachement avec leur enfant soit fragilisé (Deforges et al., 2020; Emery, 2016; Schobinger et al., 2020).

Il est donc capital de sensibiliser les soignant·e·x·s à ce trouble et ses symptômes et au vécu de l'accouchement traumatique, pour leur permettre d'identifier les personnes présentant un risque de développer un TSPT-A, en se focalisant sur les symptômes de ce trouble, et pas uniquement sur de potentiels symptômes dépressifs (Boudou et al., 2007; Deforges et al., 2020). Il est important que les professionnel·le·x·s en périnatalité comprennent les impacts et les manifestations cliniques d'un accouchement traumatique et du développement d'un TSPT, sur la création du lien parent-enfant (Deforges et al., 2020). Une formation dans les études de soins infirmiers serait un avantage, et cela permettrait de pouvoir sensibiliser les futur·e·x·s infirmier·ère·x·s à ce sujet (Layaz & Annen, 2024). De plus, cela permettrait aux futur·e·x·s soignant·e·x·s de pouvoir se baser sur des outils de dépistage fiable (Layaz & Annen, 2024). Aussi, il est nécessaire d'informer la population au sujet de l'accouchement traumatique et de ses conséquences pour permettre une prise en charge rapide (Benzakour et al., 2019). Cette prise en charge rapide passerait par le repérage des femmes ayant vécu leur accouchement comme un traumatisme, en prenant en compte les critères objectifs et le vécu subjectif des mères

concernées (Benzakour et al., 2019). Le dépistage précoce des personnes à risque de développer un TSPT-A permet d'apporter une prise en soin personnalisée (Montmasson et al., 2012).

Ainsi, les professionnel·le·x·s de la santé jouent un rôle déterminant dans le soutien psychologique, la prévention des complications ainsi que l'amélioration de l'expérience des patientes, de leur partenaire et de leur famille (Layaz & Annen, 2024). Aujourd'hui, le TSPT-A est une problématique encore trop peu connue par les professionnel·le·x·s de la santé alors que ses conséquences sont très importantes pour les personnes touchées (De Vries et al., 2020). Il est donc important que les soignant·e·x·s soit formés sur le sujet, afin que la prise en charge soit rapide et efficace (De Vries et al., 2020).

Le but de ce travail est de comprendre comment un accouchement traumatisant et un TSPT-A affectent la relation parent-enfant et la création du lien d'attachement, qui est essentiel au développement de l'enfant. De plus, ce travail a pour but d'identifier les interventions infirmières qui peuvent être mise en place pour accompagner la création du lien d'attachement à la suite d'un accouchement traumatisant, ou à identifier et prévenir le TSPT-A, que ce soit directement après la naissance, ou durant le suivi post-partum à domicile.

# Cadre théorique

## Modèle de Neuman

Pour Neuman, le·la patient·e·x est un·une client·e·x et ceci peut être une personne individuelle, un groupe, une famille ou encore une communauté (Alligood, 2010). Selon Neuman, chaque client·e·x·s est vu dans son ensemble, avec différentes variables (physiologique, psychologique, développementale, sociale, et spirituelle) (Alligood, 2010). Il faut également prendre en compte l'environnement du·de la client·e·x, et tous les facteurs qui lui sont propres, qu'ils soient positifs ou négatifs, intrapersonnels (interne à la personne), interpersonnels (interactions sociales) ou extrapersonnels (externe à la personne), car tous ces facteurs, aussi appelés stresseurs, peuvent impacter le système de la personne (Alligood, 2010). Les stresseurs peuvent menacer la stabilité et l'équilibre du système en créant des tensions qui peuvent impacter le système et provoquer une maladie ou la mort (Alligood, 2010). De plus, l'environnement de la personne est constamment en mouvement, ce qui demande au système de s'adapter continuellement face aux stresseurs environnementaux potentiels (George, 2014). Pour combattre les stresseurs qui impactent le système, ce dernier est entouré par des lignes de protection appelés lignes de défense et de résistance (George, 2014). Afin de combattre les stresseurs, les lignes de résistance vont s'activer, ce qui va dépenser l'énergie du·de la client·e·x et mobiliser ses ressources (Alligood, 2010). Ensuite, la ligne normale de défense, qui est le niveau de santé de la personne, sert à protéger la structure de base ainsi que les lignes de résistance lorsque ces dernières réagissent aux stresseurs qui viennent les perturber (Alligood, 2010). Les propos peuvent être illustrés à l'aide du schéma du modèle de Neuman (figure 2, annexe 2).

Ce modèle vise à maintenir le système du·de la client·e·x stable et donc de conserver le bien être général de la personne (Alligood, 2010). Selon la théorie de Neuman, le rôle de infirmier va être de promouvoir la prévention primaire, secondaire et tertiaire, et donc de maintenir la stabilité du système du·de la client·e·x avant que les stresseurs ne puissent franchir les lignes de défense et de résistance (George, 2014). Selon Neuman, la prévention est déjà une intervention et son modèle encourage la prise en charge de la personne dans son ensemble, en traitant le problème principal, mais sans pour autant oublier le reste du système (Alligood, 2010; George, 2014). De plus, ce modèle fait appel aux différentes ressources du système, qui peuvent être intrapersonnelles, interpersonnelles et extrapersonnelles (George, 2014).

L'accouchement traumatique peut être perçu comme un stresseur car il peut menacer l'équilibre psychologique, physique et émotionnel du système (ici la mère en majeure partie), et donc

perturber le système de manière négative et engendrer une perturbation de la création du lien entre la mère et son enfant (Schobinger et al., 2020).

Dans ce travail, le modèle semble pertinent car le·la client·e·x peut être une personne, une famille ou un groupe de personnes, et donc une mère, un partenaire ou un couple. Cela permet de mobiliser les ressources du système, en mettant en place différentes interventions qui vont agir à différents niveaux, sur les lignes de défenses et sur la ligne de résistance. Ainsi, la stabilité du système (famille ou dyades mère-enfant et partenaire-enfant) sera maintenue ou rétablie.

## Question recherche

L'utilisation de la méthode PI(C)O(T) permet de définir les concepts clés de la question de recherche afin de simplifier et structurer la recherche d'articles scientifiques (Laloi, 2022). Le questionnement de ce travail est : « Chez les parents ayant vécu un accouchement traumatique, quelles interventions infirmières favorisent le développement du rôle parental, en renforçant le lien d'attachement avec l'enfant ».

P	Population	Les parents ayant vécu un accouchement traumatique
I	Intervention ou variable d'intérêt	Interventions infirmières favorisant le développement du rôle parental
C	Comparaison	<i>Non applicable</i>
O	Outcome	Lien d'attachement renforcé
T	Temps	<i>Non applicable</i>

Tableau 2 : Question de recherche ; format PICO

## Méthode

Cette revue de littérature se base sur des articles scientifiques primaires. Les deux bases de données utilisées pour les recherches sont l'US National Library of Medicine National Institutes of health (PubMed) et le Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). PubMed est une base de donnée qui rassemble une multitude d'articles et de revues dans le domaine biomédical, scientifique, ainsi que des livres en ligne (PubMed, s. d.). CINAHL est une base de données qui regroupe des articles et des revues scientifiques concernant les soins infirmiers et le domaine paramédical. Il s'agit de la base de donnée la plus fiable en ce qui concerne les soins infirmiers (CINAHL Database | EBSCO, s. d.). Google Scholar est un moteur de recherche qui contient des articles et des revues universitaires en français et qui permet également de trouver

des textes intégraux qui ne sont pas disponibles sur les bases de données (Google Scholar, s. d.).

Tout d'abord, les mots clés de la question de recherche (Tableau 3) ont d'abord été traduits en anglais avec le logiciel Health Terminology/Ontology Portal (HETOP), puis transposés dans les bases de données afin d'obtenir le thésaurus propre à chacune de ces bases. Ensuite, des équations de recherche sur PubMed et CINAHL ont été réalisées (Tableau 4). Des difficultés ont été rencontrées pour trouver une équation de recherche qui corresponde aux attentes. Lors de la recherche des Medical Subject Headings terms (MeSH terms), des difficultés sont apparues pour trouver un terme adéquat pour le terme de l'accouchement (« Labor »), c'est pour cela que la catégorie « mot libre » a été utilisée pour les mots tels que « traumatic child birth ».

Concepts	HeTop	Mots Libres	PubMed	CINAHL
Parents	Parents Mother Father		"parents"[MeSH Terms] "mothers"[MeSH Terms] "fathers"[MeSH Terms]	(MH "Parents") (MH " Biological Parents ")
Accouchement	Parturition Childbirth	Traumatic childbirth Childbirth	"parturition"[MeSH Terms]	(MH "Childbirth") (MH "Labor")
Trouble de stress post-traumatique	Stress disorders, post-traumatic		"stress disorders, post-traumatic"[MeSH Terms]	(MH "stress disorders, post-traumatic") (MH "Shock, Traumatic")
Soins Infirmiers	Nursing care	Nurse Nurse intervention	"nursing care"[MeSH Terms]	(MH "Nursing Care")
Lien d'attachement	Object attachment Mother-child relation Father-child relation	Bonding	"object attachment"[MeSH Terms] "mother child relation"[MeSH Terms] "father child relation"[MeSH Terms]	(MH "Attachment Behavior") (MH "Parent-Infant Bonding") (MH "Father-Infant Relations") (MH "Mother-Infant Relations")

Tableau 3 : Thésaurus des bases de données

Après avoir effectué les équations de recherche, l'application de filtres a été nécessaire afin de trouver des articles pertinents. Les filtres sur PubMed étaient : des articles entiers paru entre 2019 et 2024, en français ou en anglais, et qui incluaient des enfants entre 0 et 23 mois. Pour CINAHL, l'unique filtre appliqué a été la date de parution entre 2015 et 2025. Dans un premier temps, 100 articles ont été identifiés sur PubMed, et 28 articles sur CINAHL. Il a été difficile de trouver des articles qui abordaient uniquement le sujet du TSPT. Après les lectures des titres et des abstracts,

il a été constaté que très peu d'articles correspondaient finalement à la question de recherche initiale. La plupart des articles portaient sur la DPP ou sur les troubles liés à l'accouchement en général, mais pas spécifiquement sur le TSPT-A. De plus, peu d'articles mentionnaient des interventions infirmières, ce qui est nécessaire pour répondre à la question de recherche. L'aide de l'équipe du centre de documentation (CEDOC) de la Haute École de la Santé La Source a été nécessaire, cela a permis de simplifier et de réduire les équations de recherches qui étaient initialement trop longues, ce qui compliquait la recherche des articles dans les bases de données. La création de nouvelles équations de recherche, plus courtes et avec des mots libres, a permis de trouver de nouveaux articles et de nouvelles références. L'utilisation de Google Scholar a permis de trouver de nouvelles références et de nouveaux articles à lire, en utilisant la méthode du crossreferencing. La recherche par des noms d'auteur·rice·x·s ou par mots clés a permis de trouver d'autres articles qui ne ressortaient pas sur les bases de données avec les équations de recherche initiales. Après la lecture des titres et des résumés des articles provenant des différentes équations de recherche, dix articles de PubMed et quatre articles de CINAHL ont été sélectionnés à lire dans leur intégralité.

Date	Base de données	Équations de recherche	Filtres appliqués	Articles
06.01.2025	PUBMED	((("parents"[MeSH Terms] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "fathers"[MeSH Terms]) AND "traumatic childbirth"[All Fields]) OR "childbirth"[All Fields]) AND "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] AND "mother child relations"[MeSH Terms] OR "father child relations"[MeSH Terms])	2019-2024 Textes entiers Anglais Français Enfants : naissance -23 mois	Résultats obtenus : 100 Articles sélectionnés pour la lecture intégrale : 9
06.01.2025	CINAHL	((MH "Father-Infant Relations") OR (MH "Mother-Infant Relations") OR (MH "Parent-Infant Bonding")) AND (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") AND (MH "Childbirth") OR (MH "Labor")		Résultats obtenus : 28 Articles sélectionnés pour la lecture intégrale : 7
03.02.2025	PUBMED	((nurse) AND (childbirth)) AND (bonding)		Résultats obtenus : 17 Articles sélectionnés pour la lecture intégrale : 1
03.02.2025	PUBMED	(nurse interventions) AND (bonding)	2015-2025	Résultats obtenus : 213 Articles sélectionnés pour la lecture intégrale : 1

Tableau 4 : Équations de recherche

La mise en place de critères d'inclusion et d'exclusion a été essentielle pour trier et sélectionner des articles finaux. Les critères d'inclusions sont : le soutien parental, l'accouchement traumatique,

TSPT-A et un article de source primaire. Les critères d'exclusion sont : les familles monoparentales, l'adoption et le décès de la mère ou du nouveau-né. Après l'exclusion des doublons et la lecture intégrale des 14 articles, ce sont quatre articles sur PubMed et un article sur CINAHL qui ont été sélectionnés pour faire partie de la sélection des articles finaux. Un article a été choisi via le crossreferencing sur Google Scholar. Afin d'évaluer la qualité méthodologique des six articles sélectionnés, des grilles de lecture critiques qualitatives et quantitatives (annexes 3 et 4) ont été utilisées. Le diagramme de flux présente la sélection des articles finaux (figure 1).

## Diagramme de flux

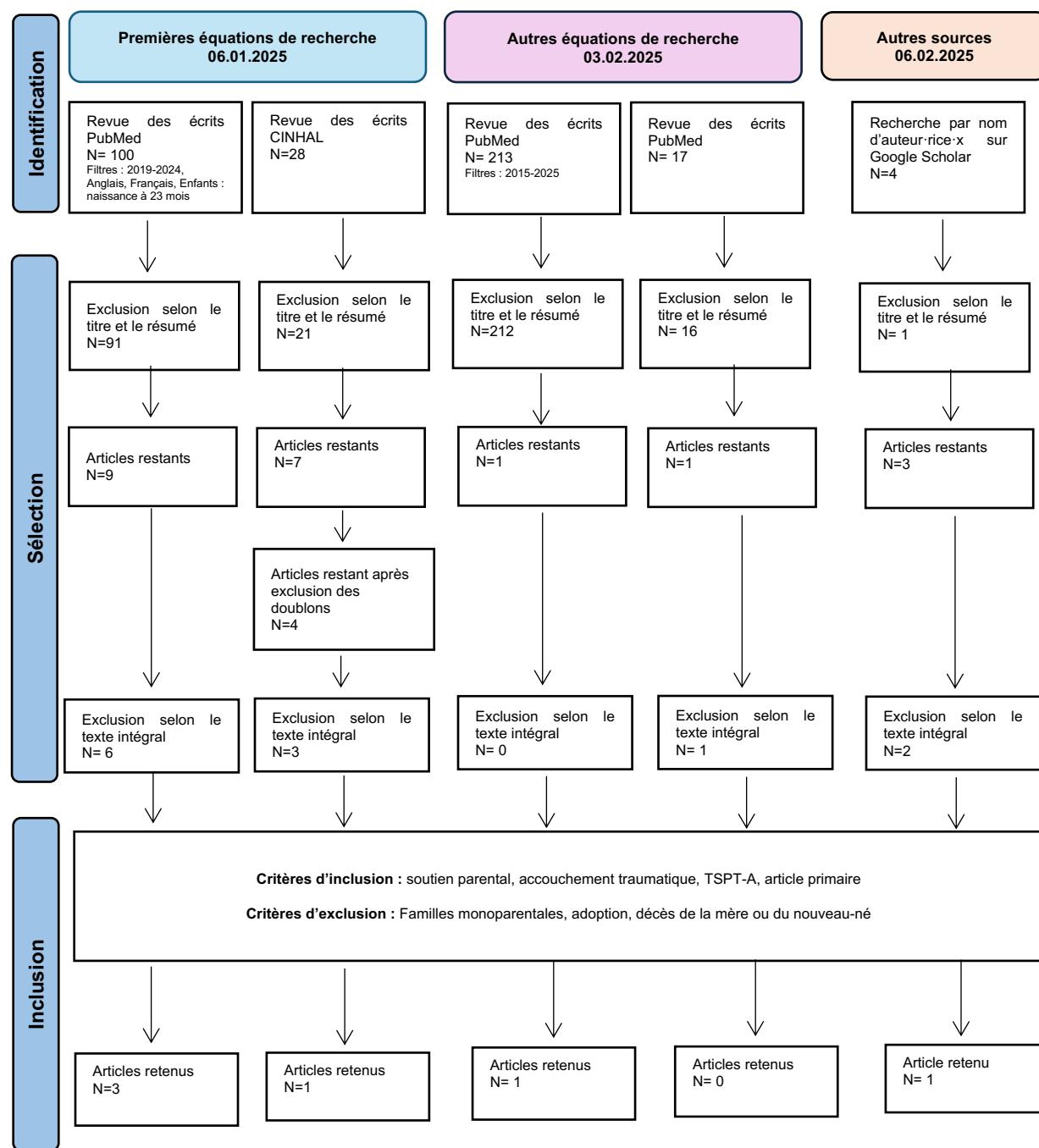


Figure 1 : Diagramme de flux

## Résultats

### Résumé des articles retenus

**Devita, S., Bozicevic, L., Deforges, C., Ciavarella, L., Tolsa, J.-F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2024). Early mother-infant interactions within the context of childbirth-related posttraumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 365, 24-31.**  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025>

Cette étude transversale a été réalisée par Sella Devita, accompagnée d'un groupe de chercheurs travaillant principalement au département femme-mère-enfant du CHUV et de l'UNIL, ainsi que du département de soins primaires et de santé mentale de l'université de Liverpool (UK). Cette étude est divisée en deux phases, et cet article concerne la phase numéro deux. L'étude a été réalisée au CHUV, d'août 2022 à septembre 2023, et publiée dans la revue des maladies affectives (*Journal of Affective Disorders*) en août 2024. Le but de cette étude est d'explorer la qualité et les différences des interactions entre les mères et leur enfant lors d'un TSPT-A.

**Méthodologie :** Les participantes ont été recrutées via des annonces de recherches dans le CHUV, ainsi que dans des crèches, des cliniques de gynécologies et chez des pédiatres. De plus, les annonces ont également été postées sur les réseaux sociaux du CHUV. Le total de participantes recrutées pour la phase deux est de N=62, et leur enfant était âgé d'environ six mois. Les critères d'inclusions étaient : des mères parlant français ou anglais, en bonne santé habituelle et sans pathologie psychiatrique, avec un enfant en bonne santé et né à terme (>37 semaines). Les participantes ont été divisées en trois groupes, selon les symptômes qu'elles présentaient. Il y a le groupe *Non Symptomatic* (NS) (N=34), le groupe *Birth Related Symptoms* (BRS) (N=20) et le groupe *General Symptoms* (GS) (N=46). Les participantes ont d'abord répondu à un questionnaire en ligne. Ensuite, elles sont venues à l'hôpital avec leur enfant afin que l'équipe de recherche puisse filmer leurs interactions durant un moment de jeu de 15 minutes, avec des jouets semblables pour toutes les mères.

**Résultats :** Les symptômes liés à l'accouchement (reviviscence et évitement) sont associés à moins de réciprocité durant les interactions mère-enfant que les symptômes généraux (humeur négative et hyperexcitation cognitive). Le groupe BRS présentait un comportement plus coercitif envers leur enfant que le groupe NS. De plus, le groupe BRS présentait moins de réciprocité dans les interactions avec leurs enfants, par rapport au groupe GS. Les mères faisant partie du groupe BRS sont facilement distraites, ce qui réduit leur attention envers les signaux de leur enfant, et les mères ayant des symptômes d'évitement peuvent rencontrer des difficultés à être pleinement

attentives à leur enfant durant les interactions avec celui-ci, et elles peuvent donc manquer des signaux. Par ailleurs, les résultats ne démontrent pas de différences assez significatives entre les différents groupes.

**Limitations :** L'étude utilise le modèle d'étude transversale qui n'a pas permis d'explorer la cohérence des résultats entre les groupes. De plus, l'état mental des mères avant l'accouchement n'a pas été mesuré alors que cela peut influencer les résultats, car l'anxiété peut modifier la qualité des interactions mère-enfant.

**Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 338. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565>**

Cette étude phénoménologique descriptive a été réalisée par Cheryl Tatano Beck, un professeur de l'université du Connecticut, et Sue Watson, la présidente de l'organisation *Trauma And Birth stress* (TABS), à Auckland en Nouvelle-Zélande. Cette étude a été publiée en novembre 2019, dans le numéro de novembre/décembre du journal *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. Le but de cette étude est de décrire les expériences des mères qui interagissent avec leur enfant après un accouchement qu'elles définissent comme traumatique.

**Méthodologie :** L'étude inclus 18 femmes provenant de six pays différents, et ayant un vécu d'accouchement qu'elles qualifient de traumatique. Elles ont été recrutées via l'organisation caritative néo-zélandaise TABS. L'avis de recrutement a été publié sur le site web de TABS et sur la page Facebook de Cheryl Tatano Beck, une des deux autrices. L'enquête était anonyme et en ligne. Les participantes ont dû répondre à la question suivante : « Décrivez en détail comment votre accouchement traumatique a affecté vos soins et interactions avec votre bébé et tout autre enfant que vous pourriez avoir ».

**Résultats :** Selon les résultats, un accouchement traumatique a un impact négatif sur la relation que la mère entretient avec son nouveau-né, et peut affecter les capacités mentales des mères, ainsi qu'entraîner des pensées anxiées. Dans cette étude, 89% des mères avaient un vécu traumatique de leur accouchement, mais 19% avaient reçu un diagnostic de TSPT-A. Les mères exprimaient une déconnexion émotionnelle et ont besoin de plusieurs mois pour développer un lien avec leur nouveau-né. La déconnexion émotionnelle laisse de la place à de la tristesse, de la colère, et même de la frustration et de la rage. Le traumatisme a même provoqué chez certaines mères un isolement social et une limitation de leurs interactions sociales. L'étude notifie

qu'enseigner le massage au nouveau-né pourrait être bénéfique pour améliorer les interactions mère-enfant.

**Limitations :** Dans cette étude, la taille de l'échantillon est très limitée. De plus, les critères d'inclusion ne sont pas clairement explicités, et les critères d'exclusion ne sont pas mentionnés. De plus, les résultats ne sont pas généralisables car l'étude se base uniquement sur des vécus et des expériences subjectives, et non sur des échelles et des diagnostics cliniques.

**Radoš, S. N., Matijaš, M., Andelinović, M., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders, 268*, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006>**

Cette étude transversale a été réalisée par Sandra Nakić Radoš et une équipe provenant principalement du département de psychologie de l'université catholique de Croatie. L'étude a été publiée en ligne le 3 mars 2020 dans le *Journal Of Affective Disorders*. Le but de cette étude transversale est d'examiner les relations entre les symptômes de stress post-traumatique liés à l'accouchement (symptômes liés à la naissance et symptômes généraux), les symptômes de DPP et le lien mère-enfant.

**Méthodologie :** Des mères avec des enfants âgés de 1 à 12 mois ont été recrutées via les réseaux sociaux ou via des groupes de soutien entre novembre et décembre 2018. Elles ont répondu à trois questionnaires évaluant le TSPT (City Birth Trauma Scale), la DPP (Edinburgh Postnatal Depression Scale) et le lien mère-enfant (Postpartum Bonding Questionnaire). Les chercheurs ont ensuite analysé les réponses anonymes de 603 mères ayant préalablement donné leur consentement.

**Résultats :** Les résultats ont démontré que les femmes mariées avaient moins de difficultés à créer un lien d'attachement que les femmes en couple ou célibataires. Dans cette étude, 11,8% des femmes ont développé un TSPT-A à la suite de leur accouchement, et 39,4% d'entre-elles ont rencontré des difficultés à établir un lien avec leur bébé. De plus, 57,8% des femmes ayant un TSPT-A ont également développé une DPP. En parallèle, sur les 603 femmes, 24,9% ont développé une DPP et au total 12,3% d'entre-elles ont rencontré des difficultés à établir un lien avec leur nouveau-né. De plus, les symptômes du TSPT-A n'avaient pas d'effets significatifs directs ou indirects sur le lien mère-enfant. Les symptômes généraux du TSPT ont eu un effet direct ou indirect (via les symptômes dépressifs) sur le lien mère-enfant. Cela démontre que les

symptômes généraux du TSPT peuvent être préjudiciables au développement d'un lien mère-enfant sain et fort.

**Limitations :** Cette étude transversale ne permet pas de faire des liens de causalité entre les résultats. De plus, l'analyse des résultats est basée sur des questionnaires auto-rapportés en ligne. Le recrutement ayant été fait via les réseaux sociaux peut causer une sur-représentation des mères rencontrant des difficultés psychologiques durant leur post-partum.

**Horsch, A., Tolsa, J.-F., Gilbert, L., du Chêne, L. J., Müller-Nix, C., & Graz, M. B. (2016).**

**Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 780-791. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0611-6>**

Cette étude randomisée contrôlée a été réalisée par Antje Horsch et une équipe de chercheurs du département de néonatalogie du CHUV et du département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Lausanne. Elle a été publiée en ligne le 12 décembre 2015 dans le *Springer Science + Business Media*. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la satisfaction des mères ayant accouché prématurément avec une intervention d'écriture expressive sur leur expérience d'accouchement et d'hospitalisation.

**Méthodologie :** L'étude inclus 67 mères ayant eu un nouveau-né prématuré. Les 67 participantes ont été séparées en deux groupes, un groupe utilisant l'intervention et un groupe de contrôle ne recevant pas l'intervention. Les critères d'inclusion étaient : des mères ayant donné naissance à un nouveau-né prématuré de plus de 32 semaines ou de moins de 1,5kg de poids de naissance, le nouveau-né devait encore être en vie au moment de l'étude et les mères devaient être capables de répondre à des questionnaires en français.

**Résultats :** En ce qui concerne le stress post-traumatique, l'étude a démontré une diminution des symptômes entre le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement pour le groupe ayant reçu l'intervention. En ce qui concerne la dépression, l'étude a démontré une diminution des symptômes entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement. En ce qui concerne la santé mentale, le groupe ayant reçu l'intervention démontrait un meilleur score de santé mentale. De plus, une amélioration significative de la santé mentale a été observée pour les deux groupes entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement. Finalement, le nombre de spécialistes vus entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois après l'accouchement a diminué significativement chez les mères ayant reçu l'intervention.

**Limitations :** Dans cette étude, le diagnostic de TSPT-A a été établi sur la base d'un questionnaire, basé sur les réflexions personnelles et le vécu subjectif, auquel répondait les mères et non grâce à un entretien clinique avec un·e·x professionnel·le·x. De plus, les chercheurs avaient accepté que les participantes écrivent dans leur langue maternelle, ils ne pouvaient donc pas vérifier si cela concernait leur expérience d'accouchement et d'hospitalisation. Finalement, l'efficacité de cette intervention pourrait être reliée au simple fait d'être impliqué dans une activité, et non directement liée à l'écriture expressive elle-même.

**Corrigan, M., Keeler, J., Miller, H., Naylor, C., & Diaz, A. (2022). Music Therapy and Family-Integrated Care in the NICU: Using Heartbeat-Music Interventions to Promote Mother-Infant Bonding. *Advances in Neonatal Care*, 22(5), E159.**

<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000910>

Cette étude a été réalisée par Maxwell Corrigan et une équipe de chercheurs de centres de néonatalogie et d'hôpitaux mère-enfants à Orlando en Floride aux États-Unis. L'étude a été publiée en 2022 dans les progrès en matière de soins néonataux (*Advances in Nenoatal Care*). Elle a pour but de d'examiner le rôle de la musicothérapie en néonatalogie pour promouvoir le lien mère-enfant. L'étude se concentre principalement sur l'intervention de musique de battement de cœur.

**Méthodologie :** 97 dyades (mère-enfant) ont participé à cette étude. Les critères d'inclusion étaient : la mère est la représentante légale de l'enfant, elle a plus de 18 ans et l'enfant prématuré est hospitalisé en néonatalogie. Les dyades ont été séparées en deux groupes, un groupe expérimental recevant l'intervention, le groupe *Music Therapy* (MT) et un groupe de contrôle recevant uniquement les soins standards, le groupe *Standard Care* (SC). Les femmes dans le groupe MT ont été séparé en deux ; (1) les mères qui s'enregistrent en train de chanter mais qui enregistrent aussi leurs battements du cœur pour leur nouveau-né, (2) un enregistrement des battements du cœur du bébé avec la chanson préférée de la maman pour l'utilité personnelle de la mère. Avant de commencer l'étude, les mamans ont dû remplir un questionnaire pour les informations démographiques de la famille. A une semaine, elles ont dû remplir une échelle sur l'attachement mère-enfant, la *Mother-to-Infant Bonding Scale* (MIBS) qui a été utilisé pour obtenir les résultats de l'étude. Un musicothérapeute certifié par le conseil d'administration a rencontré individuellement chaque participante. Les mères du groupe MT(2) n'ont pas reçu de consignes particulières pour l'utilisation de l'enregistrement des battements de cœur de leur nouveau-né avec leur musique favorite. Les mères pouvaient l'écouter lorsqu'elles ressentaient le besoin,

Après une semaine, les mamans devaient dire combien de fois elles avaient écouté l'enregistrement.

**Résultats :** Les participantes du groupe MT présentaient des scores d'attachement stables après une semaine (selon l'échelle MIBS), contrairement aux participantes du groupe SC qui présentaient des tendances à des changements négatifs du score d'attachement. Les mères ayant reçu l'intervention ont rapporté une efficacité des battements de cœur ou du chant pour calmer leur nouveau-né lors d'examens médicaux ou après ces examens. L'utilisation de l'intervention a également favorisé l'engagement familial. Finalement, les enregistrements ont provoqué une prise de conscience de l'identité maternelle, un sentiment de fascination et de connexion, ainsi que des sentiments de satisfaction et d'accomplissement du côté des mères.

**Limitations :** Les limites méthodologiques concernent les limites culturelles de l'outils MIBS, ce qui peut avoir un impact sur la fiabilité de scores. De plus, la non-inclusion des partenaires est également une limite qui restreint la fiabilité des résultats. En ce qui concerne la transférabilité des résultats, les scores MIBS de base faible ont grandement limité l'observation des changements positifs significatifs.

**Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M. M., Blackwell, S. E., Watson, P., Iyadurai, L., Bonsall, M. B., & Holmes, E. A. (2017). Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section : A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 36-47.**  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.018>

Cette étude randomisée contrôlée a été réalisée par Antje Horsch, accompagnée d'un groupe de chercheur provenant du département femme-mère-enfant du CHUV, du département psychiatrique pédiatrique du CHUV et d'autres départements de psychiatrie, de zoologie et de neurosciences à travers le monde. Cette étude a été publiée dans le *Behaviour Research and Therapy* (Recherche et Thérapie Comportementale) le 6 avril 2017. Le but de cette étude est d'investiguer une intervention de prévention pour réduire les souvenirs intrusifs d'accouchements traumatiques (ici une césarienne d'urgence) en utilisant un outil technologique utilisant une tâche visuospatiale (le jeu vidéo Tetris) au lieu d'une thérapie conventionnelle.

**Méthodologie :** Les femmes ayant subi une césarienne d'urgence, dont le bébé était en bonne santé, étaient éligibles pour participer à l'étude. Le recrutement a commencé en juin 2013 et s'est terminé en août 2015. 56 femmes éligibles ont accepté de participer à cette étude qui s'est réalisée durant les premières six heures qui ont suivi l'accouchement dans la salle de réveil de la maternité

avec leur bébé à leur côté. Elles ont signé un consentement écrit. Les critères d'inclusion étaient : femmes majeures, césarienne d'urgence à terme, délais de six heures dans une maternité d'un hôpital universitaire suisse. Les participantes ont rempli des questionnaires, notamment sur l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière puis le questionnaire sociodémographique. Et par la suite, elles ont été dispersées aléatoirement dans deux groupes, un groupe intervention et un groupe contrôle. Le groupe d'intervention devait jouer au jeux Tetris sur une Nintendo pendant minimum dix minutes durant les six heures qui ont suivi l'accouchement. Les deux groupes continuaient à recevoir des soins de routines. Les participantes devaient maintenir un journal pendant sept jours et décrire les symptômes quand ils apparaissaient pour assurer un suivi. Après un mois, elles devaient également remplir une échelle d'anxiété et de dépression au milieu hospitalier.

**Résultats :** Une semaine après l'utilisation de l'intervention, les participantes du groupe intervention avaient une réduction de 48% de la fréquence d'apparition des souvenirs intrusifs de l'événement traumatisique (césarienne d'urgence) et une réduction des symptômes de reviviscence. De plus, au bout d'un mois, il y a eu une différence dans les critères diagnostiques du TSPT-A (4,2% dans le groupe intervention contre 30,4% dans le groupe de contrôle) et le nombre de symptômes d'évitement (8,3% dans le groupe intervention contre 39,1% dans le groupe de contrôle). L'intervention étant facile d'accès, rentable et praticable en milieu hospitalier, elle pourrait être utilisée dans d'autres services. De plus, cette intervention prend très peu de temps et n'interfère pas avec les interventions infirmières de base. Finalement, 72% des participantes ont jugé cette intervention plutôt à extrêmement acceptable, et 54,5% la recommanderaient à une proche.

**Limitations :** La taille de l'échantillon est trop limitée pour évaluer les effets de l'intervention sur le TSPT sur le long terme. De plus, les résultats sont dépendants des auto-évaluations rapportées par les participantes de l'étude. Finalement, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés car la majorité des participantes avaient un partenaire et/ou un diplôme universitaire.

## Synthèse des résultats

	But de l'étude	Population	Résultats pertinents pour la question de recherche	Implication pour la clinique et la recherche	Limites
	Devita, S., Bozicevic, L., Deforges, C., Ciavarella, L., Tolsa, J.-F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2024). Early mother-infant interactions within the context of childbirth-related posttraumatic stress symptoms. Journal of Affective Disorders, 365, 24-31. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025">https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025</a>				
	Mots-clefs : Mother-infant interactions, Coercions, Reciprocity, Traumatic childbirth, PTSS				
	Explorer les différences et la qualité des interactions mère-enfant lors d'un TSPT-A, à six mois post-partum.  L'étude est divisée en 2 phases.	<b>Pays :</b> Suisse  <b>Nombre de participant.e.s :</b> (N=x) N= 100  <b>Critères Inclusion/exclusion :</b> <u>Inclusion</u> : Mères parlant français ou anglais, arrivées à terme (>37 semaines), avec des enfants en bonne santé et qui ont donné leur consentement par écrit.  <u>Exclusion</u> : Niveau de français ou d'anglais insuffisant, les mères présentant des pathologies psychiatriques ou un retard mental, des pathologies sévères chez la femme ou l'enfant, et les mères ayant consommé abusivement de l'alcool ou des drogues durant la grossesse.	<p>Le groupe BRS présentait un comportement plus coercitif envers leur enfant que le groupe NS.</p> <p>Le groupe BRS présentait moins de réciprocité dans leurs interactions avec leurs enfants, par rapport au groupe présentant des GS.</p> <p>Les symptômes liés à l'accouchement (reviviscence et évitement) sont associés à moins de réciprocité durant les interactions.</p> <p>Les mères du groupe BRS sont facilement distraites, ce qui réduit leur attention envers les signaux de leur enfant.</p> <p>Les mères ayant des symptômes d'évitement peuvent rencontrer des difficultés à être attentives à leur enfant durant les interactions avec celui-ci, et peuvent manquer des signaux.</p>	<p>Il serait intéressant d'inclure des études longitudinales dans de futures recherches afin d'avoir des résultats à long terme.</p> <p>Il serait bien que des futures études expérimentent le « still-face stress paradigm » pour explorer les interactions mère-enfant dans un contexte de stress, pour comprendre comment le comportement de la mère et la réponse de l'enfant sont variables selon les soins donnés.</p>	<p><b>Méthodologique :</b> L'utilisation du modèle d'étude transversale n'a pas permis d'explorer la cohérence des résultats entre les groupes.</p> <p><b>Transférabilité des résultats :</b> L'état mental des mères avant l'accouchement n'a pas été mesuré alors que cela peut influencer les résultats.</p> <p>L'anxiété peut modifier la qualité des interactions mère-enfant.</p>
	<b>Devis</b>	<b>Considération éthique</b>			
	<b>Type de devis :</b> Étude transversale (Cross-sectional study)	Un comité d'éthique local a approuvé la phase 1 (2017-02142) et la phase 2 (2022-00716) de cette étude.			

	<b>But de l'étude</b>	<b>Population</b>	<b>Résultats pertinents pour la question de recherche</b>	<b>Implication pour la clinique et la recherche</b>	<b>Limites</b>
	Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 44(6), 338. <a href="https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565">https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565</a>				
	Mots-clefs : Mother-infant interactions, parturition, posttraumatic, qualitative research, stress disorders				
	Décrire les expériences des mères qui interagissent avec leur enfant après un accouchement traumatisant.	<b>Pays :</b> Nouvelle Zélande <b>Nombre de participant.e.s :</b> (N=x) N=18  <b>Critères inclusion/exclusion :</b> <u>Inclusion :</u> Femmes ayant vécu un accouchement qu'elles perçoivent comme traumatisant <u>Exclusion :</u> Pas de critères d'exclusion.	L'accouchement traumatisant a un impact négatif sur la relation mère-enfant.  Les mères expérimentent une déconnexion émotionnelle avec leur nouveau-né et mettent du temps à développer un lien.  89% des mères avaient vécu un accouchement traumatisant, mais 19% avaient un diagnostic de TSPT-A.  La déconnexion fait place à la tristesse intense et la colère, ainsi que de la frustration et de la rage.  L'accouchement traumatisant peut affecter les capacités mentales et entraîner des pensées anxiées.  Le traumatisme peut provoquer un isolement social et limiter les interactions sociales.  Le massage infantile peut être une intervention bénéfique pour améliorer les interactions mères-enfants.	L'étude souligne l'importance pour les professionnel·le·x·s d'identifier les mères qui ont vécu un accouchement traumatisant et de proposer des interventions précoces.  Il est important d'intervenir tôt pour prévenir les conséquences à long terme d'une fragilisation de la dyade mère-enfant.  Les professionnel·le·x·s de la santé doivent être attentifs aux symptômes suivants : regard absent et relation distante avec le nouveau-né.  Il faudrait permettre aux femmes de pouvoir revenir sur leur perception de leur accouchement avant leur sortie de l'hôpital.	<b>Méthodologique :</b> La taille de l'échantillon est très limitée.  Les critères d'inclusion sont implicites et les critères d'exclusion ne sont pas mentionnés.  <b>Transférabilité des résultats :</b> Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à cause de la taille de l'échantillon.  L'étude se base sur des vécus et des expériences subjectives.
	<b>Devis</b>	<b>Considération éthique</b>			
	Type de devis : Étude phénoménologique descriptive	L'étude a été approuvée par un comité d'éthique universitaire du Connecticut.			

	But de l'étude	Population	Résultats pertinents pour la question de recherche	Implication pour la clinique et la recherche	Limites
	Radoš, S. N., Matijaš, M., Andelinović, M., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 268, 134-140. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006">https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006</a>				
	Mots-clefs : Posttraumatic stress disorder, childbirth, postnatal depression, bonding, infant				
	Examiner la relation entre les symptômes de stress post-traumatique après un accouchement (symptômes généraux et symptômes liés à la naissance), les symptômes dépressifs et le lien mère-enfant.	<b>Pays :</b> Croatie <b>Nombre de participant.e.x.s :</b> (N=x) N= 603  <b>Critères Inclusion/exclusion :</b> <u>Inclusion :</u> mères ayant un enfant entre 1 et 12 mois <u>Exclusion :</u> Pas de critères d'exclusion.	Les femmes mariées avaient moins de difficultés à créer un lien d'attachement.  11,8% des femmes ont développé un TSPT-A.  24,9% des femmes ont développé une DPP.  12,3% des femmes ont rencontré des difficultés à établir un lien avec leur bébé.  39,4% avec un TSPT-A ont eu des difficultés à établir un lien avec leur bébé.  57,8% des femmes ayant un TSPT-A avaient aussi une DPP.  Les symptômes du TSPT-A liés à la naissance n'ont pas d'effets significatifs sur le lien mère-enfant.  Les symptômes généraux du TSPT-A ont un effet sur le lien mère et enfant (via les symptômes dépressifs).	Il faudrait faire des programmes de prévention pour diminuer les symptômes généraux et dépressifs du TSPT-A pour favoriser un lien mère-enfant optimal.  Il faudrait étudier différents sous-groupes (mères avec TSPT-A, mères avec DPP, mères ayant aucun symptôme et mères ayant un accouchement traumatique sans TSPT-A) pour avoir des résultats plus spécifiques.	<b>Méthodologique :</b> Les résultats sont basés sur des questionnaires auto-rapportés.  Le recrutement via les réseaux sociaux peut causer une sur-représentation des mères rencontrant des difficultés psychologiques durant le post-partum.  <b>Transférabilité des résultats :</b> C'est une étude transversale qui ne permet pas d'établir des liens de causalités.
	Devis	Considération éthique			
	Type de devis : Étude transversale (Cross-sectional study)	Le comité d'éthique de l'université catholique de Croatie a approuvé cette étude.			

	But de l'étude	Population	Résultats pertinents pour la question de recherche	Implication pour la clinique et la recherche	Limites	
	Horsch, A., Tolsa, J.-F., Gilbert, L., du Chêne, L. J., Müller-Nix, C., & Graz, M. B. (2016). Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. <i>Child Psychiatry &amp; Human Development</i> , 47(5), 780-791. <a href="https://doi.org/10.1007/s10578-015-0611-6">https://doi.org/10.1007/s10578-015-0611-6</a>					
	Mots-clefs : premature, NICU, Expressive writing, Intervention, Maternal mental health					
	<p>Évaluer l'efficacité et la satisfaction des mères ayant accouché prématièrement avec une intervention d'écriture expressive sur leur expérience d'accouchement et d'hospitalisation.</p> <p>Les participantes ont été séparées en 2 groupes, un groupe qui a reçu l'intervention et un groupe de contrôle.</p>	<p><b>Pays :</b> Suisse</p> <p><b>Nombre de participant.e.s :</b> (N=65)</p> <p><b>Critères Inclusion/exclusion :</b></p> <p><u>Inclusion :</u> naissance prématurée de moins de 32 semaines ou de moins 1,5Kg de poids de naissance, bébé encore en vie au moment de l'étude, mères capables de répondre aux questionnaires en français.</p> <p><u>Exclusion :</u> mères pas capables de répondre aux questionnaires en français, psychothérapie durant la période de l'étude</p>	<p><b>TSPT-A :</b> Réduction significative de symptômes entre le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> mois dans le groupe recevant l'intervention.</p> <p><b>Dépression :</b> Réduction significative de symptômes entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois dans le groupe intervention et le groupe de contrôle.</p> <p><b>Santé mentale :</b> Le groupe intervention a un meilleur score de santé mentale que le groupe de contrôle.</p> <p>Entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois une diminution significative des symptômes négatifs a été observée pour les deux groupes.</p> <p><b>Rencontres avec des spécialistes (Médicaux et non-médicaux)</b> Le nombre de spécialistes vus par les mères entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois a significativement diminué dans le groupe intervention.</p>	<p>La majorité des mères ont trouvé l'intervention utile et satisfaisante.</p> <p>Le TSPT-A impacte la mère mais également les interactions qu'elle a avec l'enfant et leur relation d'attachement. Cette étude démontre qu'il est important de proposer des interventions qui aident à diminuer les symptômes.</p> <p>L'étude devrait être reproduite car les résultats sont encourageants et que les effets négatifs du trouble du post-partum sont connus chez les familles.</p> <p>La diminution des rendez-vous avec les spécialistes médicaux et non-médicaux pourrait contribuer à une diminution des coûts de la santé.</p>	<p><b>Méthodologique :</b> Le diagnostic de TSPT-A a été établi par un questionnaire et non durant un entretien clinique.</p> <p>Les chercheurs avaient accepté que les participantes écrivent dans leurs langues maternelles, ils ne pouvaient pas en vérifier le contenu.</p> <p><b>Transférabilité des résultats :</b> Les résultats sont basés sur une réflexion personnelle et subjective. Ils doivent être analysés avec attention.</p> <p>La perception des mères sur l'efficacité de cette intervention pourrait être reliée au fait d'être impliquée dans une activité spécifique et pas spécifiquement à l'écriture expressive.</p>	
	Devis	Considération éthique				
	Type de devis :	Le comité d'éthique du canton de Vaud a approuvé l'étude (numéro étude 14/12)				

	But de l'étude	Population	Résultats pertinents pour la question de recherche	Implication pour la clinique et la recherche	Limites	
	Corrigan, M., Keeler, J., Miller, H., Naylor, C., & Diaz, A. (2022). Music Therapy and Family-Integrated Care in the NICU: Using Heartbeat-Music Interventions to Promote Mother-Infant Bonding. <i>Advances in Neonatal Care</i> , 22(5), E159. <a href="https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000910">https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000910</a>					
	Mots-clefs : Bonding, family-integrated care, heartbeat-music intervention, MT, NICU					
	<p>Le but de cette étude est d'examiner le rôle de la musicothérapie en néonatalogie pour promouvoir le lien mère-enfant. L'étude se concentre principalement sur l'intervention de musique de battement de cœur.</p>	<p><b>Pays :</b> Etats-Unis</p> <p><b>Nombre de participant.e.s :</b> N=100 dyades mère-enfant</p> <p><b>Critères Inclusion/ exclusion :</b></p> <p><u>Inclusion :</u> mère est la représentante légale du nouveau-né, la mère a plus de 18 ans et a donné naissance à un enfant prématuré, hospitalisé en néonatalogie.</p> <p><u>Exclusion :</u> Pas de critères d'exclusion.</p>	<p>Les participantes du groupe MT avaient des scores d'attachement mère-nourrisson stables après 1 semaine.</p> <p>Les participantes du groupe SC montraient des tendances à des changements négatifs du score d'attachement selon la MIBS.</p> <p>Les participantes ont rapporté l'efficacité des chants et des battements de cœur pour aider à calmer leur nourrisson lors d'examens.</p> <p>La musique de battement de cœur favorise l'engagement familial.</p>	<p>Dans des études futures, il faudrait uniquement les mères présentant un lien altéré au début de l'étude afin de pouvoir mieux évaluer les changements potentiels.</p> <p>Il sera important d'inclure les pères dans les futures études.</p> <p>Les études futures devraient explorer le mécanisme spécifique par lequel l'intervention de musique de battements de cœur affecte le lien, les pensées et le réconfort maternel.</p>	<p><b>Méthodologique :</b></p> <p>Manque d'inclusion des partenaires.</p> <p>Les limites culturelles de l'outil MIBS peuvent avoir un impact sur la fiabilité des scores.</p> <p><b>Transférabilité des résultats :</b></p> <p>Les score MIBS de base faible ont limité la possibilité d'observer des changements positifs significatifs.</p>	
	Devis	Considération éthique				
	<p><b>Type de devis :</b></p> <p>Essais contrôlé randomisé</p>	<p>Le conseil institutionnel de l'hôpital Winnie Palmer pour femmes et bébés à Orlando a approuvé cette étude</p>	<p>Les enregistrements ont suscité une prise de conscience de l'identité maternelle, un sentiment de fascination et de connexion, ainsi que des sentiments de satisfaction et d'accomplissement.</p>			

	But de l'étude	Population	Résultats pertinents pour la question de recherche	Implication pour la clinique et la recherche	Limites	
	Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M. M., Blackwell, S. E., Watson, P., Iyadurai, L., Bonsall, M. B., & Holmes, E. A. (2017). Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 94, 36-47. <a href="https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.018">https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.018</a>					
	Mots-clefs : Posttraumatic stress disorder, Acute stress disorder, Early intervention, Proof-of-principle randomized controlled study, Cognitive, Computerized, Childbirth, Universal intervention					
	Investiguer une nouvelle intervention de prévention pour réduire les souvenirs intrusifs de l'accouchement traumatique en utilisant la technologie au lieu d'une thérapie conventionnelle.	<b>Pays :</b> Suisse <b>Nombre de participant.e.s :</b> (N=x) N = 56 <b>Critères Inclusion/exclusion :</b> <u>Inclusion</u> : Femmes majeures, césarienne d'urgence à terme, délais de 6h dans une maternité d'un hôpital universitaire suisse <u>Exclusion</u> : Césarienne planifiée, niveau bas de français, nouveau-né transféré en néonatalogie.	Après une semaine, le groupe recevant l'intervention a une réduction de 48% de la fréquence d'apparition des souvenirs intrusifs de l'événement traumatique et une réduction des symptômes de reviviscence que le groupe de contrôle. Différences significatives entre les groupes concernant les critères diagnostiques de TSPT-A (4,2% pour le groupe intervention, 30,4% pour le groupe de contrôle) et le nombre de groupes de symptômes d'évitement (8,3% pour le groupe intervention, 39,1% pour le groupe de contrôle). 72% des participantes ont jugé cette intervention acceptable et 54,5% la recommanderaient à une proche.	Il faudrait reproduire cette étude avec un plus grand échantillon pour pouvoir formuler des recommandations pour la pratique clinique. Des recherches futures sont justifiables par le potentiel d'extension de cette intervention. Des recherches futures seraient intéressantes pour déterminer la durée de ce type d'intervention. A long terme, cette intervention pourrait être utilisée dans d'autres services.	<b>Méthodologique :</b> La taille de l'échantillon est limitée pour évaluer les effets sur le trouble du stress post-traumatique sur le long terme. <b>Transférabilité des résultats :</b> Dépendance aux auto-évaluations. Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisé car la majorité des participantes avaient un partenaire et/ou un diplôme universitaire.	
	Devis	Considération éthique				
	Type de devis : Essais contrôlé randomisé	Le comité d'éthique de la recherche sur l'homme du canton de Vaud en Suisse a approuvé cette étude (numéro d'étude : 480/2012)				

Tableau 5 : Synthèse de résultats de la revue de littérature

## Discussion et perspectives

Cette revue de littérature explore les interventions infirmières qui permettraient de favoriser la création du lien parent-enfant et la transition vers le rôle parental dans un contexte d'accouchement traumatisant. Selon le modèle de Neuman, la mère (ou le·la partenaire) est considérée comme un système en interaction avec des stresseurs physiologiques, psychologiques, socio-culturels, spirituels et environnementaux (Alligood, 2010; George, 2014). L'accouchement traumatisant, en tant que stresseur majeur, perturbe donc les lignes de défense et de résistance de ce système, rendant la mère plus vulnérable au développement du trouble du TSPT-A. Ce trouble vient alors menacer l'équilibre global du système, tant au niveau psychique qu'émotionnel. Afin de répondre à la question de recherche, des équations de recherche ont été réalisées sur des bases de données scientifiques, permettant la sélection de six articles primaires. L'analyse de ces articles a permis de dégager cinq thématiques : la prévalence et les caractéristiques du TSPT-A, la comorbidité avec la DPP et les altérations émotionnelles, les perturbations du lien mère-enfant, le soutien extérieur et les interventions innovantes visant à atténuer les symptômes du TSPT-A tout en favorisant la création et le renforcement du lien parent-enfant.

Les six études analysées se rejoignent sur le fait que le TSPT-A est une problématique prévalente, mais très souvent négligée (Beck & Watson, 2019; Corrigan et al., 2022; Devita et al., 2024; Horsch et al., 2016, 2017; Radoš et al., 2020). Les taux de vécu traumatisant de l'accouchement varient de 4% dans les échantillons de population à risque standard à 18,5% dans les groupes à haut risque (Beck & Watson, 2019). Cette variabilité souligne l'influence de la subjectivité dans l'expérience de l'accouchement traumatisant. Ces différents événements peuvent être considérés comme des stresseurs potentiels. Plusieurs études de la revue se rejoignent sur ce point (Beck & Watson, 2019; Radoš et al., 2020). Dans l'étude de Radoš et al, (2020), 11,8% des mères ont développé un TSPT-A, soit 71 mères sur 603. Dans l'étude de Beck et Watson (2019), parmi les 18 participantes, trois d'entre-elles ont reçu un diagnostic de TSPT (soit 16%). Ces résultats démontrent l'importance de cibler la population à risque afin de mieux accompagner et ainsi réduire la prévalence du TSPT-A.

Plusieurs études mettent en évidence une comorbidité marquée entre les symptômes du TSPT-A et de la DPP (Beck & Watson, 2019; Horsch et al., 2016; Radoš et al., 2020). Par exemple, dans l'étude menée par Radoš et al, (2020), ce sont 57,8% des mères qui présentaient une DPP, en plus du TSPT-A. De plus, dans une autre étude, deux tiers des femmes qui avaient un TSPT-A étaient déprimées. Cela illustre une interaction entre ces deux troubles. Le système étant déjà

fragilisé par le vécu traumatisant de l'accouchement et les stresseurs multiples, il devient plus vulnérable au développement d'une DPP, en parallèle du TSPT-A déjà présent. Cela accentue la détresse psychologique de la mère. Parallèlement, les témoignages recueillis dans l'étude de Beck & Watson (2019) mettent en lumière l'intensité des émotions ressenties par certaines mères, notamment la colère et l'irritabilité, parfois dirigées vers leur propre nouveau-né. Par exemple, une mère avait confié : « dans les deux premières semaines après la naissance, j'ai commencé à être irritée par tout le monde, y compris mon bébé » (Beck & Watson, 2019). Une autre témoigne : « je n'avais jamais ressenti de fortes émotions de colère auparavant, mais parfois je ressens tellement de rage, de colère et de frustration que je dois laisser ma fille dans un endroit sûr comme sa chambre pour pouvoir me calmer » (Beck & Watson, 2019). Comme mentionné, l'accouchement traumatisant agit comme un stresseur et peut fragiliser la ligne normale de défense et mobiliser les lignes de résistance (Alligood, 2010; George, 2014). Le développement d'un TSPT-A ou d'une DPP, ainsi que les émotions négatives (anxiété, colère, culpabilité), peuvent provoquer un déséquilibre du système. Ces différents éléments peuvent empêcher la mère d'être complètement disponible pour créer un lien avec son nouveau-né. De plus, l'isolement vécu par certaines mères, ainsi que la honte et la culpabilité, sont fortement associés à la DPP (Beck & Watson, 2019; Radoš et al., 2020).

Plusieurs études abordent l'altération du lien mère-enfant relatif au TSPT-A (Beck & Watson, 2019; Devita et al., 2024; Radoš et al., 2020). Dans l'étude de Radoš et al., parmi les 603 femmes, ce sont 12,3% d'entre-elles qui ont rencontré des difficultés à établir un lien avec leur nouveau-né (2020). Ce résultat est confondu chez les femmes présentant une DPP, un TSPT-A ou n'ayant pas reçu de diagnostic. Cependant, chez les 71 femmes diagnostiquées d'un TSPT-A, 28 d'entre-elles ont présenté des difficultés à créer un lien, ce qui représente 39,4% des femmes (Radoš et al., 2020). Plusieurs recherches insistent toutefois sur la différenciation entre les symptômes liés à l'accouchement, tels que les flashback et l'évitement, et les symptômes généraux, comme l'humeur dépressive ou l'hypervigilance (Devita et al., 2024; Radoš et al., 2020). En effet, selon Radoš et al., (2020), les symptômes du TSPT-A liés à la naissance n'ont pas d'effet significatif sur le lien mère-enfant, contrairement au symptômes généraux (via les symptômes dépressifs). Par ailleurs, dans l'étude de Devita et al., (2024) les mères du groupe BRS ont des gestes plus intrusifs ou forcent l'interprétation, et ont moins d'échanges spontanés et réciproques avec leur bébé. La diminution des échanges spontanés et de la réciprocité avec le nouveau-né pourrait avoir un impact sur la création du lien mère-enfant. Les mères ayant des symptômes généraux (altération de l'humeur) ont une meilleure réciprocité avec leur bébé. Cela démontre une différence entre les résultats de ces deux études. En ce qui concerne les symptômes généraux,

dans l'étude menée par Beck & Watson (2019) les mères présentaient une déconnexion émotionnelle avec leur nouveau-né et mettaient plus de temps à développer un lien. Sur la base de la théorie de Neuman, ces différents symptômes sont donc des stresseurs qui peuvent déstabiliser le système mère-enfant, et expliquer une altération du lien. Le système maternel doit alors faire face, souvent seule, aux stresseurs qui l'envahissent et cela peut perturber la création du lien avec l'enfant.

Le soutien d'une personne extérieur peut être bénéfique pour améliorer le vécu de l'accouchement de la mère (Nichols, 1993; Pereda-Goikoetxea et al., 2019; Radoš et al., 2020). Dans l'étude de Radoš et al., (2020) les femmes mariées avaient moins de difficulté à créer un lien. Dans l'article de Pereda-Goikoetxeas et al., (2019) et de Nichols (1993) les mères ayant accouché ont décrit que les partenaires impliqués durant la phase d'accouchement étaient une source de motivation, de tranquillité et de force. Par conséquent, cela favoriserait la création d'une relation familiale de proximité. De plus, une relation de confiance, d'écoute et d'empathie entre les femmes et les soignant·e·x·s serait un facteur positif pour le vécu de l'accouchement au sein du couple (Pereda-Goikoetxea et al., 2019). De ce fait, selon la théorie de Neuman, les soignant·e·x·s et les partenaires seraient une ressource interpersonnelle essentielle pour maintenir la stabilité du système, en l'aidant à faire face aux différents stresseurs, grâce à un soutien émotionnel, affectif ou informatif (George, 2014).

Plusieurs interventions ont été étudiées dans le but de réduire les symptômes du TSPT-A ou d'améliorer la création du lien mère-enfant (Corrigan et al., 2022; Horsch et al., 2016, 2017). Par exemple, les femmes ayant joué à Tetris dans les heures qui ont suivi leur césarienne d'urgence avaient moins de flashbacks et présentaient des scores moins élevés de reviviscence (Horsch et al., 2017). Cette intervention secondaire permettrait de renforcer la ligne normale de défense du système selon le modèle de Neuman (George, 2014). De plus, les femmes qui ont pratiqué l'écriture expressive après un accouchement traumatique présentaient une réduction des symptômes de TSPT-A et de dépression entre les 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois après l'accouchement (Horsch et al., 2016). De plus, les femmes ayant pratiqué l'écriture expressive ont vu moins de spécialistes (médicaux et non médicaux) entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement (Horsch et al., 2016). Cette intervention tertiaire pourrait permettre au système de retrouver une certaine stabilité (George, 2014). En ce qui concerne l'attachement mère-enfant, dans l'étude de Corrigan et al., (2022) les femmes ayant participé à l'intervention de musicothérapie présentaient des scores d'attachement stable après une semaine, contrairement aux autres femmes qui présentaient des changements négatifs du score d'attachement. La musicothérapie par battement de cœur a

permis aux mères d'avoir une prise de conscience de leur rôle, et elles ont ressenti un sentiment de connexion à l'égard de leur nouveau-né et d'accomplissement (Corrigan et al., 2022). L'étude a démontré que la musicothérapie par battement du cœur favorisait l'engagement familial (Corrigan et al., 2022). Cela pourrait signifier que le·la partenaire ou la fratrie pourrait y participer et soutenir la mère. Dans le modèle de Neuman, les ressources internes et externes peuvent renforcer les lignes de défense (Alligood, 2010). Le·la partenaire et la fratrie peuvent donc jouer un rôle au niveau émotionnel (réconfort, validation des émotions) et stabiliser l'équilibre du système (réduction de l'isolement, soutien, aide pour faire face au traumatisme et soutien dans les soins du nouveau-né). Ce soutien pourrait être une ressource pour la mère et l'aider à créer un lien avec son nouveau-né. De plus, afin de créer le lien, le massage infantile est une intervention utile et agréable, qui peut aussi être pratiqué par le·la partenaire (Beck & Watson, 2019).

## Implication dans la clinique et la recherche

En ce qui concerne les implications pour la clinique, il est important que les professionnel·le·x·s de la santé identifient les mères, ou les partenaires, à risque de vivre un accouchement considéré comme traumatique ou à risque de développer un TSPT-A. En effet, les infirmier·ère·x·s et les sage-femmes, qui suivent les mères et les partenaires, du prénatal au postpartum, sont les professionnel·le·x·s qui sont au plus proche des familles. Ils·elles peuvent donc identifier de manière efficace et rapide les populations à risque de développer un TSPT-A et donc, agir en conséquence. Il est donc nécessaire que ces professionnel·le·x·s soient informés sur le sujet de l'accouchement traumatique et du TSPT-A. Cela leur permettrait de proposer des interventions précoces, afin de renforcer la ligne flexible de défense et d'être attentif à l'apparition de potentiels symptômes du TSPT-A (Beck & Watson, 2019; George, 2014). Ces interventions précoces peuvent être diverses, comme proposer des outils de gestion du stress (comme la cohérence cardiaque par exemple) ou orienter les mères et leur partenaire vers un psychologue ou un thérapeute spécialisé. Puis, dès l'identification de potentiels symptômes, des programmes de prévention pourraient être créés afin de réduire les symptômes et d'éviter les conséquences à long terme, tout en favorisant la création du lien d'attachement (Beck & Watson, 2019; Horsch et al., 2016; Radoš et al., 2020). Selon le modèle de Neuman, le rôle infirmier est de faire de la prévention à différents niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) (George ; Alligood). Ces programmes de prévention permettraient aux personnes touchées par le TSPT-A d'avoir des ressources pour y faire face et se reconstruire en étant accompagnées par des infirmier·ère·x·s. De plus, il faut permettre aux femmes, et à leur partenaire, de revenir sur leur vécu

d'accouchement avec les professionnel·le·x·s de la santé, avant leur sortie de l'hôpital, et pas uniquement après, comme c'est déjà le cas au CHUV (Beck & Watson, 2019; CHUV, 2024a). Par ailleurs, comme observé durant un stage dans le service de maternité de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC), ces entretiens avant la sortie de l'hôpital sont proposés aux femmes et aux partenaires ayant vécu un accouchement potentiellement traumatisant. De plus, les stages effectués dans les départements mère-enfant du CHUV et de l'EHC, ont permis de mettre en lumière les différences entre les pratiques. En effet, au CHUV, là où a été réalisé l'étude avec le jeu Tetris, l'intervention n'a pas été mise en place et n'a pas pu être observée. Au contraire, à l'EHC, c'est une intervention qui est pratiquée dans certains cas. Cela démontre une disparité dans les institutions en ce qui concerne les interventions. Concernant, la mise en place de l'intervention avec le jeu Tetris, ce sont les infirmier·ère·x·s en salle de réveil qui sont en première ligne et qui ont la possibilité d'accompagner les mères, et les partenaires, directement après une césarienne. Finalement, les infirmier·ère·x·s de la petite enfance, qui suivent les familles à domicile, après le suivi de la sage-femme, ont la possibilité de continuer les diverses interventions qui aide à la création du lien, comme l'écriture expressive et la musique de battements cardiaques, ou enseigner des techniques de massage infantil par exemple.

Concernant les implications pour la recherche, il serait intéressant d'effectuer des études, et d'étudier des sous-groupes (mères avec TSPT-A, mères avec DPP, mères ayant aucun symptômes et mères ayant un accouchement traumatisant sans TSPT-A, etc) afin d'avoir des résultats plus spécifiques et à long terme (Devita et al., 2024; Radoš et al., 2020). De plus, il serait intéressant d'effectuer des recherches avec des échantillons plus conséquents pour avoir des résultats plus fiables, afin de pouvoir formuler des recommandations pour la pratique clinique (Beck & Watson, 2019; Horsch et al., 2017). Aussi, il serait extrêmement important d'inclure les partenaires dans les futures études, car ceux-ci sont sous représentés lorsqu'il s'agit de vécu traumatisant de l'accouchement et de la difficulté de création du lien parent-enfant. Finalement, des recherches sur différentes interventions visant à renforcer et maintenir le lien d'attachement dans les quatre premières années de vie de l'enfant pourraient être intéressantes, notamment lors d'accompagnement par des infirmier·ère·x·s de la petite enfance.

## Implication dans l'enseignement

Selon Benzakour et al., (2019), il est essentiel et nécessaire de sensibiliser et former les soignant·e·x·s, au même titre que le grand public sur la thématique du TSPT-A. Par ailleurs, au cours de la formation en soins infirmiers le sujet n'est pas abordé alors qu'une femme sur trois vit son accouchement comme étant traumatisant, et 3% à 19% des mères développent un TSPT-A

(Deforges et al., 2020; Schobinger et al., 2020). En effet, la DDP et la psychose du post-partum sont vues lors d'un cours en première année alors que le TSPT-A ne l'est pas. Il serait donc intéressant d'introduire ce sujet dans des cours déjà existants concernant la prise en charge des personnes susceptibles à développer un TSPT-A. La sensibilisation à ce sujet est importante pour une meilleure perception de l'accouchement et pour apporter de nouvelles connaissances et de nouvelles interventions. Certes, certaines femmes peuvent bénéficier d'un suivi thérapeutique en post-partum, mais il peut être compliqué de prendre le temps d'aller consulter à cause de la transition vers le rôle parental. Cela pourrait être utile durant les périodes de stage par exemple, ou pour les futur·e·x·s soignant·e·x·s qui se destinent au secteur mère-enfant. Le sujet pourrait être évoqué lors du module de première année, en donnant les principales informations comme l'identification de la population à risque, les symptômes et les interventions proposées. Cela pourrait être également proposé lors du cours soins à l'enfant, à l'adolescent·e et à la famille (SEAF) dans le module à options d'automne en 3<sup>ème</sup> année du Bachelor en soins infirmiers.

## **Limites et forces du travail**

Ce travail présente certaines limites. Un manque important de recherches portant sur le vécu traumatisant du·de la partenaire a été constaté, ce qui a empêché son inclusion totale dans la question de recherche. Malgré cela, les interventions infirmières identifiées restent adaptables chez le·la partenaire. De ce fait, il aurait été intéressant de trouver et d'analyser un article qui mentionne le vécu chez le·la partenaire afin de pouvoir l'intégrer pleinement à notre question de recherche. Par ailleurs, le temps consacré à l'analyse des articles aurait pu être mieux organisé, pour ne pas surcharger la période du dernier stage de la formation. Toutefois, ce travail présente également des forces. En effet, le sujet étant actuel mais trop peu abordé, ce travail permet de le mettre plus en avant. De plus, trois des articles ont été rédigés en Suisse, ce qui rend ce travail intéressant pour les établissements de soin de Suisse Romande. Finalement, les femmes représentent environ 50% de la population mondiale, c'est donc un sujet important et de grande portée qui est abordé dans ce travail.

## Conclusion

Pour conclure, le but de ce travail était de comprendre quelles interventions infirmières permettaient aux parents ayant vécu un accouchement traumatisant, d'entrer dans leur rôle parental et de renforcer la création du lien d'attachement. Nous avons effectué des recherches sur des bases de données pour en extraire six articles scientifiques primaires que nous avons analysé. Ce travail met en lumière les potentielles conséquences d'un accouchement vécu comme traumatisant, notamment le développement d'un TSPT-A, et ses effets négatifs sur le développement du lien parent-enfant. Les résultats de notre revue de littérature soulignent l'importance de proposer des interventions infirmières ciblées, telles que la musicothérapie, l'écriture expressive ou les tâches visuo-spatiales, qui peuvent diminuer les symptômes du TSPT-A et soutenir la création du lien d'attachement.

L'utilisation du modèle de Neuman nous a permis d'enrichir notre analyse en considérant la mère et/ou le·la partenaire comme un système dont les lignes de défense et de résistance peuvent être renforcées par des ressources internes ou externes. Dans cette optique, les infirmier·ère·x·s peuvent être perçus comme une force de soutien, contribuant à rétablir l'équilibre du système, et prévenir les déséquilibres après un accouchement traumatisant en intervenant sur les différentes lignes de défense.

Ce travail nous a permis de nous sensibiliser à ce sujet encore trop peu abordé. Cette recherche nous a été utile pour notre avenir professionnel et nous a donné une meilleure compréhension du modèle de Neuman. Nous allons pouvoir le mettre en pratique dans nos soins aux femmes, aux partenaires et aux enfants. Ce travail nous a donné les outils nécessaires à la recherche d'articles et de données scientifiques, car en tant qu'infirmier·ère·x·s, il est nécessaire de baser notre pratique sur des preuves scientifiques. Finalement, notre travail pourrait permettre d'ouvrir la voie à de nouvelles recherches et à la mise en place d'interventions dans les établissements de soins.

## Références

- Alligood, M. R. (2010). *Nursing theory : Utilization & application* (4th ed). Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R. (Éd.). (2022). *Nursing theorists and their work* (10th edition). Elsevier.
- American Psychiatric Association (avec Crocq, M.-A., Boehrer, A. É., Guelfi, J. D., Favré, P., Hikmat, W., Hodé, Y., Pull, C.-B., Pull-Erpelding, M.-C., & Sinzelle, J.). (2024). *Mini DSM-5-TR : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- Barnhill, J. (2023). *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)—Troubles mentaux*. Le Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 338. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565>
- Benzakour, L., Epiney, M., & Girard, E. (2019). Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. *Revue Médicale Suisse*, 15(637), 347-350. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.637.0347>
- Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(11), 1136-1142. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014>
- Chabbert, M., & Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : Un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Revue de médecine périnatale*, 8(4), 199-206. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>
- CHUV. (2024a, juin 26). *Entretien de vécu d'accouchement*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/consultations-dobstetrique/entretien-de-vecu-daccouchement>

CHUV. (2024b, novembre 29). *Le CHUV en chiffres*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/chiffres>

*CINAHL Database | EBSCO*. (s. d.). Consulté 3 mars 2025, à l'adresse <https://www.ebsco.com/fr-fr/products/research-databases/cinahl-database>

Corrigan, M., Keeler, J., Miller, H., Naylor, C., & Diaz, A. (2022). Music Therapy and Family-Integrated Care in the NICU : Using Heartbeat-Music Interventions to Promote Mother-Infant Bonding. *Advances in Neonatal Care*, 22(5), E159. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000910>

De Vries, N. E., Stramrood, C. A. I., Sligter, L. M., Sluijs, A.-M., & Van Pampus, M. G. (2020). Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *Women and Birth*, 33(1), e95-e104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.014>

Deforges, C., Sandoz, V., & Horsch, A. (2020). Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*, 12(4), 192-200. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0101>

Devita, S., Bozicevic, L., Deforges, C., Ciavarella, L., Tolsa, J.-F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2024). Early mother-infant interactions within the context of childbirth-related posttraumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 365, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025>

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Emery, J. (2016). *L'attachement parent-enfant : De la théorie à la pratique*. Éditions du CHU Sainte-Justine.

Gannac, A. L. (2017, mars 7). *Quand l'accouchement ne se passe pas comme prévu*. Femina. <https://www.femina.ch/forme/sante/quand-laccouchement-ne-se-passe-pas-comme-prevu>

George, J. B. (2014). *Pearson new international edition Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6th ed). Pearson.

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia : An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>

Horsch, A., Tolsa, J.-F., Gilbert, L., du Chêne, L. J., Müller-Nix, C., & Graz, M. B. (2016). Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention : A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 780-791.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-015-0611-6>

Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M. M., Blackwell, S. E., Watson, P., Iyadurai, L., Bonsall, M. B., & Holmes, E. A. (2017). Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section : A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.018>

Jansen, E., & El-Hage, W. (2021). *Maternité : Les difficultés du post-partum, un tabou dangereux*.  
<http://theconversation.com/maternite-les-difficultes-du-post-partum-un-tabou-dangereux-136010>

Laloi, A. (2022). 4. Poser sa question de recherche sous la forme PICO. *Le monde du verbe*, 23-25.

Layaz, A., & Annen, C. (2024). *Rôle infirmier dans la prévention et la prise en soins du stress post-traumatique lié à l'accouchement*. <https://doi.org/10.22005/BCU.631233>

*Le petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* [2024] (Nouvelle édition du « Petit Robert » de Paul Robert Nouvelle édition millésime 2024) (avec Rey, A., Rey-Debove, J., & Robert, P.). (2023). Le Robert.

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie*

*Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(6), 553-560.

<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010>

Nichols, M. R. (1993). Paternal perspectives of the childbirth experience. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(3), 99-108.

OFS. (2024). *Naissances*. Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.html>

Pereda-Goikoetxea, B., Marín-Fernández, B., Liceaga-Otazu, N. E., & Elorza-Puyadena, M. I. (2019). A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. *Midwifery*, 74, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.018>

PubMed. (s. d.). Consulté 3 mars 2025, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Radoš, S. N., Matijaš, M., Andelinović, M., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, 268, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006>

Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Conne-Perréard, E., & Manzano, J. (2007). Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum? *Revue Médicale Suisse*, 3(110), 1200-1205. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2007.3.110.1200>

Sardas, F. (2016). *Maman blues : Du bonheur et de la difficulté de devenir mère*. Eyrolles.

Sardas, F. (2023). *De la femme à la mère : Grossesse, naissance, premiers mois. Du bonheur et des difficultés de la maternité*.

Schobinger, E., Gashi, S., Avignon, V., & Horsch, A. (2020). *Accouchements traumatiques : Perspective soignante*.

[https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_0F5B743C5249.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_0F5B743C5249.P001/REF)

Séjourné, N., De La Hammaide, M., Moncassin, A., O'Reilly, A., & Chabrol, H. (2018). Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes

dépressifs et traumatisques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(9), 658-663.

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.06.002>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement :

Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.

<https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Tissot, H., Frascarolo-Moutinot, F., Despland, J.-N., & Favez, N. (2011). Dépression post-partum

maternelle et développement de l'enfant : Revue de littérature et arguments en faveur

d'une approche familiale: *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 54(2), 611-637.

<https://doi.org/10.3917/psye.542.0611>

Weizman, I. (2021). *Ceci est notre post-partum : Défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper*.

Marabout.

Wright, A.-L. (2024, mai 13). 5 façons de préparer un accouchement positif et joyeux. *Naturelle*

*Maman.* [https://naturellemaman.com/5-facons-de-vous-preparer-a-un-accouchement-](https://naturellemaman.com/5-facons-de-vous-preparer-a-un-accouchement-positif-et-joyeux/)

[positif-et-joyeux/](https://naturellemaman.com/5-facons-de-vous-preparer-a-un-accouchement-positif-et-joyeux/)

## Annexes

### Annexe n°1 : Annonce d'utilisation des outils IA

Outil IA	Utilisé pour	Chapitre du travail	Liens ou copies (Screenshot) des prompts
ChatGPT	Reformulation et syntaxe	Introduction, problématique et conclusion	<p>ChatGPT</p> <p>Peux tu vérifier la syntaxe de ce texte ? Selon l'office fédérale de la statistique (OFS), en Suisse, ce sont 80'024 naissances vivantes qui ont été enregistrées (OFS, 2024), dont 3'154 au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en 2023 (CHUV, 2024b). L'accouchement est, dans la majorité des cas, décrit comme un événement émouvant et heureux de la vie (Deforges et al., 2020; Righetti-Veltema et al., 2007), et comme une expérience marquante pour beaucoup de parents (Wright, 2024). En société, l'accouchement est souvent embellie et idéalisé, et il est habituellement inconcevable qu'une femme vive cette période de manière négative (Sardas, 2016). Malgré cela, la réalité est bien plus complexe pour de nombreux parents ; il existe un tabou qui persiste, autour de celles et ceux qui ne ressentent pas de joie intense après la naissance de leur enfant, et qui font face à des situations difficiles (Jansen &amp; El-Hage, 2021).</p> <p>↓</p> <p>Poser une question</p> <p>Jointre Rechercher Voix</p>

			<p>ChatGPT</p> <p>Voici une version corrigée et améliorée de ton texte. Les modifications portent principalement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>syntaxe</b> (construction des phrases),</li> <li>• Quelques <b>corrections grammaticales</b> (accords, articles, prépositions),</li> <li>• Et une <b>légère amélioration du style</b> pour plus de fluidité.</li> </ul> <p>Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), en Suisse, 80'024 naissances vivantes ont été enregistrées en 2023 (OFS, 2024), dont 3'154 au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (CHUV, 2024b). L'accouchement est, dans la majorité des cas, décrit comme un événement émouvant et heureux de la vie (Deforges et al., 2020 ; Righetti-Veltema et al., 2007), ainsi que comme une expérience marquante pour de nombreux parents (Wright, 2024). Dans la société, l'accouchement est souvent <b>idéalisé</b> et <b>embelli</b>, et il est généralement inconcevable qu'une femme vive cette période de manière négative (Sardas, 2016). Pourtant, la réalité est bien plus complexe pour de nombreux parents : un tabou persiste autour de celles et ceux qui ne ressentent pas de joie intense après la naissance de leur enfant et qui font face à des situations difficiles (Jansen &amp; El-Hage, 2021).</p> <p>Poser une question</p> <p>Joindre Rechercher</p> <p>Voice</p>
ChatGPT	Aide à l'écriture inclusive	Introduction, problématique, cadre théorique, discussion et perspective	<p>écriture inclusive pour "ils"</p> <p>En écriture inclusive, le pronom « <b>ils</b> » peut être inclusif de plusieurs façons, selon le style choisi. Voici les formes les plus courantes :</p> <p><b>1. Forme double :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « <b>ils et elles</b> » ➤ Exemple : <i>Il/s et elles sont invité-e-s à la réunion.</i></li> </ul> <p><b>2. Forme abrégée avec point médian :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « <b>iel-les</b> » (contraction de <i>il</i> et <i>elle</i>) ➤ Exemple : <i>iel-les sont motivé-e-s.</i></li> <li>• « <b>ils·elles</b> » ➤ Exemple : <i>Il/s-elles participeront au projet.</i></li> </ul>
Zotero	Citations	Références	

Tableau 6 : Annonce d'utilisation des outils IA

## Annexe n°2 : Schéma du Système du modèle de Neuman

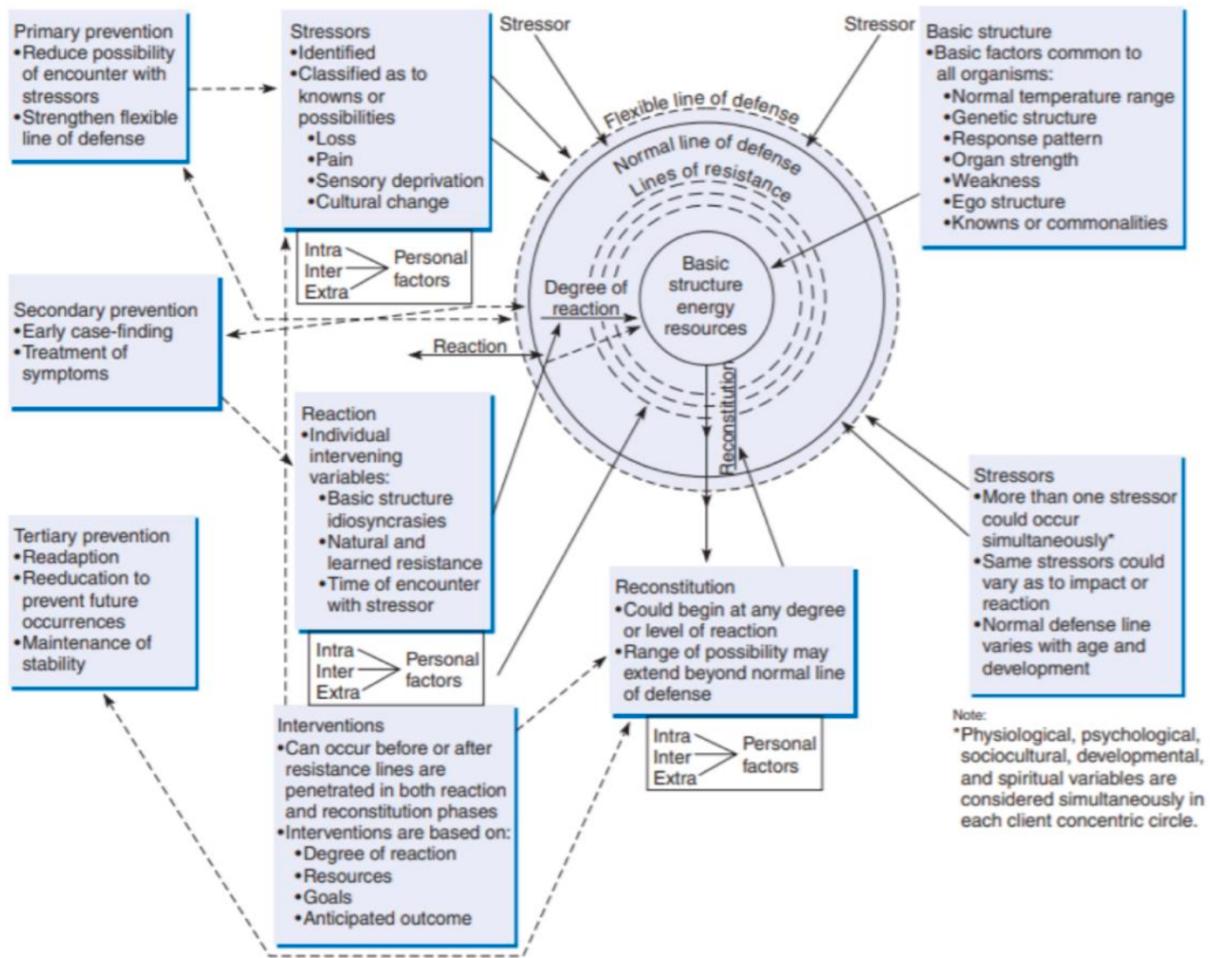


Figure 2 : Modèle des systèmes de Neuman (Alligood, 2022)

## Annexe 3 : Grille de lecture critique pour études qualitatives

### Grille de lecture critique pour études qualitatives

#### Références APA 7 de l'article:

Eléments d'évaluation	Questions à se poser pour faire la critique de l'article
<b>Titre et abstract</b> Clairs et complets ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li> <li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li> <li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul> Argumentation :
<b>Introduction</b> <b>Problème de recherche</b> Clair ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> Argumentation :
<b>But de l'étude:</b> Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>- Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> Argumentation : Décrivez le phénomène d'intérêt. Reconstituez le PICo de la/les question(s) de recherche. Décrivez le but de cette recherche.

<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b> Clair? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> </ul> <p>Argumentation : Décrivez le devis de recherche utilisé. Argumentez en quoi celui-ci est congruent avec les buts de l'étude.</p>
<b>Population et échantillon :</b> N = Décris en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>- La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage était-elle appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul> <p>Argumentation : Décrivez le type d'échantillon, ainsi que ses caractéristiques.</p>
<b>Considérations éthiques</b> Adéquates ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participants ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p>Argumentation : Consentement libre et éclairé obtenus des participants ? Ont-ils reçu une lettre d'informations ? Quelles mesures ont été prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité des données ?</p>
<b>Méthodes de collecte des données</b> Adéquates ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils appropriés et correctement décrits ?</li> <li>- Les outils de collecte des données utilisés sont-ils cohérents avec la méthodologie (devis de recherche) choisie ?</li> </ul> <p>Argumentation : Décrivez la ou les méthodes utilisées pour répondre à la question de recherche.</p>

<b>Analyse de données:</b> Adéquate ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation et le processus d'analyse des données sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée?</li> <li>- La méthode d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données?</li> <li>- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données?</li> </ul> <p>Argumentation :            Décrivez les méthodes d'analyse des données.</p>
<b>Résultats</b> <b>Présentation des résultats</b> Adéquate ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Est-ce que les résultats étaient cohérents et représentatifs des données ?</li> <li>- Est-ce que l'étude a permis de fournir une image claire du phénomène à l'étude ?</li> <li>- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> </ul> <p>Argumentation :            Décrivez les résultats pertinents en regard de votre sous-question de recherche spécifique.</p>
<b>Discussion, Conclusion et Implications</b> <b>Interprétation des résultats</b> Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</li> <li>- Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</li> <li>- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> <li>- Quelles étaient les principales limites de l'étude ?</li> </ul> <p>Argumentation :            Décrivez les conclusions de l'étude. Décrivez en quoi les résultats de l'étude servent à éclairer la pratique et/ou l'enseignement des soins à domicile.</p>

Inspiré de:

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.

## Annexe 4 : Grille de lecture critique pour études quantitatives

### Grille de lecture critique pour études quantitatives

#### Références APA 7 de l'article:

<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Questions à se poser pour faire la critique de l'article</b>
<b>Titre et abstract</b> Clairs et complets ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donnent-ils une vision globale de la recherche, vous manque-t-il des éléments ?</li> <li>- Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</li> <li>- L'abstract synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul> Argumentation :
<b>Introduction</b>	
<b>Problème de recherche</b> Clair ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>- Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>- Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul> Argumentation :
<b>But de l'étude:</b> Clair? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</li> <li>- Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> </ul> Argumentation : Décrivez le phénomène d'intérêt. Reconstituez le PICO de la/les question(s) de recherche. Décrivez le but de cette recherche. Listez les hypothèses s'il y en a.

<b>Méthode</b>	
<b>Devis de l'étude:</b> Clair? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le devis de recherche est-il clairement énoncé ? De quel type de devis s'agit-il ?</li> <li>- Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</li> <li>- La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> <li>- S'il s'agit d'une étude corrélationnelle, les relations à examiner entre les variables sont-elles indiquées ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b>            Décrivez le devis de recherche utilisé. Argumentez en quoi celui-ci est congruent avec les buts de l'étude.</p>
<b>Population et échantillon :</b> N = Décris en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée (population cible ; caractéristiques ; taille ; méthode d'échantillonnage) ?</li> <li>- La méthode d'échantillonnage est-elle appropriée au but de la recherche ?</li> <li>- Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement définis ?</li> <li>- Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> <li>- Si plusieurs groupes, les groupes sont-ils similaires et leurs similitudes ont-elles été testées ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b>            Décrivez le type d'échantillon, ainsi que ses caractéristiques. Si plusieurs groupes de participants dans l'étude, décrivez l'ensemble des groupes.</p>
<b>Considérations éthiques</b> Adéquates ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de recherche a-t-il été soumis auprès d'une Commission d'éthique ? A-t-il été approuvé ?</li> <li>- Les risques potentiels pour les participants ont-ils été identifiés ?</li> <li>- Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</li> </ul> <p><b>Argumentation :</b>            Consentement libre et éclairé signé par les participants ?            Ont-ils reçu une lettre d'informations ?            Quelles mesures ont été prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité des données ?</p>

<p><b>Méthodes de collecte des données</b></p> <p>Adéquates ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de collecte des données est-il clairement décrit ?</li> <li>- Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables d'intérêt ?</li> <li>- L'auteur indique-t-il si les instruments utilisés sont valides, ou s'ils ont été créés pour les besoins de l'étude ?</li> <li>- L'étude fournit-elle des informations sur la validité et la fidélité des instruments de mesure ?</li> <li>- A quelle fréquence les résultats ont-ils été mesurés ?</li> </ul> <p>Argumentation :</p> <p>Décrivez quelles ont été les variables explorées, et comment celles-ci sont mesurées (quand et avec quels instruments de mesure).</p>
<p><b>Conduite de la recherche</b></p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>S'il s'agit d'une <b>étude expérimentale (intervention)</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention délivrée dans le groupe expérimental est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> <li>- Y a-t-il une description claire de ce que reçoit le groupe contrôle ?</li> </ul> <p>Argumentation :</p> <p>Décrivez l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ?) et ce que reçoit le groupe contrôle.</p>
<p><b>Analyse de données:</b></p> <p>Adéquate ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées ?</li> <li>- Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables, à la comparaison entre les groupes, etc. ?</li> </ul> <p>Argumentation :</p> <p>Décrivez comment les analyses statistiques ont été effectuées.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p><b>Présentation des résultats</b></p> <p>Adéquate ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les résultats de l'étude ?</li> <li>- Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>- Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</li> <li>- Le seuil de signification pour chaque test statistique est-il indiqué ?</li> <li>- Si plusieurs groupes : les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</li> </ul> <p>Argumentation :</p> <p>Décrivez les résultats pertinents en regard de votre sous-question de recherche spécifique. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)?</p>

<b>Discussion, Conclusion et Implications</b>	
<p><b>Interprétation des résultats</b></p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La discussion est-elle basée sur les résultats d'études précédentes ?</li> <li>- Quelles sont les conclusions de l'étude ? Découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>- Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences des résultats pour la pratique ou pour l'enseignement ?</li> </ul> <p>Argumentation :  Décrivez les conclusions de l'étude. Décrivez en quoi les résultats de l'étude servent à éclairer la pratique et/ou l'enseignement des soins à domicile.</p>

Inspiré de:

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmoraland, M. at Mc Master University, Canada.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.