UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 6 avril 2011

par

Giuliana FAURE

Né(e) le 15/10/1985

Vécu d'une hémorragie grave de la délivrance

Impact sur le désir ultérieur de grossesse

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Monsieur le Professeur Goffinet PU-PH, Maternité Port-Royal

JURY :

Monsieur le Professeur Cabrol	Chef de service, Maternité Port-Royal
Monsieur le Professeur Goffinet	PU-PH, Maternité Port-Royal
Madame NGuyen	Directrice de l'école de Sages-femmes Baudelocque
Madame Guillaume	Cadre supérieure Sage-Femme, Hôpital Necker
Madame Mesnil Gasparovic	Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque

2011PA05MA16

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Goffinet*,* vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger mon mémoire. Vos connaissances et votre rigueur resteront un exemple. Je vous remercie infiniment pour vos conseils et votre disponibilité.

A Madame Mesnil Gasparovic**,** vous m'avez guidée patiemment tout au long de ce mémoire. Je vous remercie pour votre pédagogie et votre investissement qui m'ont été d'une précieuse aide.

A Madame Belghiti pour vos conseils et votre expérience en tant que psychologue à la Maternité Port-Royal.

A Madame Garel pour votre aide concernant la rédaction des questionnaires.

A Julie Tort pour votre patience et votre disponibilité concernant le recueil de données.

A Monsieur le Professeur Cabrol.

A tous ceux qui m'ont enseigné diverses connaissances et transmis leur expérience clinique :
Madame NGuyen et son équipe de Sages-femmes enseignantes de l'école Baudelocque pour leur investissement et leur disponibilité.

L'ensemble des équipes hospitalières que j'ai rencontrées lors de mes différents stages et qui m'ont tant apporté sur le plan humain et professionnel.

A ma sœur,

Pour tout ce que j'ai partagé avec toi aussi bien fraternellement que sportivement.

A mes parents

Vous m'avez soutenue et permis de m'épanouir pleinement, je vous remercie infiniment.

A mes amis,

Vous m'avez diverti, encouragé et permis de profiter de tous les bonheurs extra-scolaires

A Maryse, Alix, Brune, Claire et Inès

Pour votre accompagnement lors de nos voyages les plus fous.

A mes collègues,

Pour votre soutien au cours de ces études.

Table des matières.

Remerciements **3**
Liste des tableaux et figures **8**
Liste des annexes **9**
Introduction **10**
Première partie CADRE CONCEPTUEL **12**
1.1 HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE 12
1.1.1 Définition *12*
1.1.2 Prévention *12*
1.1.3 Etiologies : *13*
1.1.3.1 L'atonie utérine 13
1.1.3.2 Les lésions de la filière génitale 13
1.1.3.3 Les altérations de la muqueuse utérine : 13
1.1.3.4 Les anomalies de placenta : 14
1.1.3.5 Les anomalies de placenta : 14
1.1.3.6 Les troubles de l'hémostase : 14
1.1.4 Prise en charge: *15*
1.1.5 Sulprostone: *17*
1.2 EMBOLISATION DES ARTERES UTERINES 18
1.2.1 Indications de la réalisation: *18*
1.2.2 Résultats: *19*
1.2.3 Inconvénients: *19*
1.2.4 Avantages: *19*
1.2.5 Complications: *20*
1.2.5.1 Complications majeures : 20
1.2.5.2 Complications mineures : 20
1.2.6 Fertilité et pronostic obstétrical ultérieur : *21*
1.3 ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : 22
1.3.1 Définition: *22*
1.3.1.1 Les causes : 23
1.3.1.2 Les manifestations: 23
1.3.1.3 Les conséquences: 24
1.3.2 ESPT et soins intensifs: *25*
1.3.3 ESPT et accouchement: *25*
Deuxième partie Etude du vécu d'une hémorragie grave et de son impact sur le désir ultérieur de grossesse **27**

2.1 MATERIEL ET METHODE 27
2.1.1 Objectifs *27*
2.1.2 Type d'étude *27*
2.1.3 Prise en charge des patientes en cas d'hémorragie de la délivrance *27*
2.1.4 Critères de sélection *28*
2.1.5 Recueil de données *28*
2.1.6 Facteurs étudiés *28*
2.1.7 Stratégie d'analyse *29*
2.2 ANALYSE DES RESULTATS : 30
2.2.1 Description de la population : *31*
2.2.2 Résultats des questionnaires *39*
Troisième partie DISCUSSION 56
2.1 FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE D'UN ESPT (hors HDD) : 57
2.2 LIEN ENTRE ANEMIE SEVERE EN POST-PARTUM ET VECU DE L'HDD : 58
2.3 PERCEPTION DE L'HDD EN SALLE DE NAISSANCE: 59
2.4 PEUR EXTREME ET SENSATION DE MORT : 62
2.5 HOSPITALISATION EN SUITES DE COUCHES ET IMPACT SUR LES CONSEQUENCES DE L'HDD : 65
2.6 LIEN ENTRE VECU DE L'ACCOUCHEMENT ET SURVENUE D'UN ESPT : 67
2.7 IMPACT DE L'HAD SUR LE VECU DE L'HDD : 67
2.8 LIEN ENTRE VECU DE L'HDD ET DESIR ULTERIEUR DE GROSSESSE : 68
2.9 DIFFERENCE DE VECU ENTRE HDDemb ET HDDsulp : 69
2.10 PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE VECU DE L'HDD : 70
Conclusion 72
Bibliographie 75
Annexe I : Recommandations du CNGOF sur la prévention clinique de l'HDD : 81
Annexe II : Description d'une embolisation des artères utérines pour HDD : ... 82
Annexe III : Questionnaire du vécu d'une hémorragie grave de la délivrance : 86
Annexe IV: Données obstéricales des patientes à Port-Royal en 2006 et 2007 : 92
Annexe V : Description des HDD et de leur prise en charge à Port-Royal en 2006 et 2007 93
Résumé 94
Abstract 94

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat[15] 16
Figure 2 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat après 15 à 30min .17
Figure 3 : Comparaison de l'entrée en travail chez les cas et les témoins :.....33
Figure 4 : Comparaison de l'analgésie chez les cas et les témoins :.....33
Figure 5 : Comparaison de la voie d'accouchement chez les cas et les témoins : 34
Figure 6 : Comparaison de la délivrance chez les cas et les témoins.....35
Figure 7 : Comparaison de l'insertion placentaire chez les cas et les témoins 35
Figure 8 : Comparaison des étiologies de l'HDD chez les cas et les témoins : 36
Figure 9 : Comparaison de l'appréciation des soins chez les cas et les témoins : 40
Figure 10 : Comparaison de l'appréciation des explications chez les cas et les témoins : ...41
Figure 11 : Comparaison de la confiance des cas et des témoins par rapport aux explications 42
Figure 12 : Comparaison de la fatigue chez les cas et les témoins 42
Figure 13 : Comparaison de l'anxiété chez les cas et les témoins.....43
Figure 14 : Comparaison des causes de la peur chez les cas et les témoins.....44
Figure 15 : Comparaison de l'appréciation des soins médicaux par les cas et les témoins .47
Figure 16 : Comparaison de l'appréciation de l'aide proposée par les cas et les témoins ..48
Figure 17 : Comparaison des explications reçues par les cas et les témoins 48
Figure 18 : Comparaison de la compréhension de l'HDD grave par les cas et les témoins ..50
Figure 19 : Comparaison du souvenir de l'accouchement des cas et des témoins.....51
Figure 20 : Comparaison des séquelles chez les cas et les témoins 52
Figure 21 : Comparaison du désir de grossesse ultérieure avant l'HDD grave chez les cas et les témoins et comparaison des grossesses ultérieures obtenues chez les cas et les témoins 55
Figure 22 : Comparaison des causes à l'absence de grossesse ultérieure.....55

Tableau 1 : Résultats concernant la participation à l'interrogatoire :.....31
Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques générales chez les cas et les témoins : 32
Tableau 3 : Description des transfusions sanguines reçues dans le groupe cas : 37
Tableau 4 : Description des transfusions sanguines reçues dans le groupe témoins : 37
Tableau 5 : Données obstétricales des cas et des témoins participant à l'interrogatoire : ...39

Liste des annexes

Annexe I : Recommandations du CNGOF sur la prévention clinique de l'HDD :.....81
Annexe II : Description d'une embolisation des artères utérines pour HDD : 82
Annexe III : Questionnaire du vécu d'une hémorragie grave de la délivrance : 86
Annexe IV: Données obstéricales des patientes à Port-Royal en 2006 et 2007 : 92
Annexe V : Description des HDD et de leur prise en charge à Port-Royal en 2006 et 2007..93

Introduction

Avec 821000 naissances en 2009 (Insee 2010), la France est le premier pays européen en termes de natalité (étude du nombre de naissances au sein d'une population). Elle se situe dans la moyenne européenne pour ce qui est de la mortalité maternelle avec un taux de 9.6 décès maternels pour 100000 naissances.

La première cause de mortalité est l'hémorragie de la délivrance (HDD) (25%)[8] devant l'embolie amniotique (12%)[8], les thrombo-embolies veineuses (10%)[8] et les complications de l'hypertension artérielle (10%)[8]. Dans la majorité des cas, l'hémorragie de la délivrance (HDD) résulte d'un défaut ou d'un retard de prise en charge. De ce fait, depuis quelques années, l'objectif est d'améliorer la prise en charge de l'hémorragie et de développer des techniques moins invasives telles que l'embolisation des artères utérines (EAU) qui n'altèrent pas définitivement la fertilité de ces patientes. De récentes études ont montré que, suite à cette intervention, la fertilité des patientes était conservée, mais ces patientes restent à haut risque de récidive d'HDD[1,11,16,41]. Le vécu traumatisant de cet événement semblerait constituer une limite au désir d'une nouvelle grossesse[7]. Dans la littérature, nous n'avons retrouvé que de rares études portant sur le vécu traumatisant de l'accouchement[12,51] ou de l'hospitalisation en service de réanimation[77,78,79], mais aucun article ne concernait le vécu psychologique de ces femmes lors d'une hémorragie grave du post-partum. De ce fait, nous avons choisi d'étudier quel était le vécu des patientes lors d'une HDD grave. *L'embolisation des artères utérines (EAU) constitue-t-elle un facteur important dans le vécu traumatisant de cet événement et dans le désir ultérieur de grossesse ?*

Nos objectifs sont d'étudier le vécu d'une HDD grave ayant nécessité l'utilisation de sulprostone et, éventuellement, une embolisation artérielle utérine. Nous évaluerons si l'HDD grave constitue un facteur de risque de survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT), si l'EAU augmente ce risque et si un vécu traumatisant de cet événement constitue une limite au désir ultérieur de grossesse.

Dans une première partie, nous analyserons l'état actuel des connaissances concernant l'hémorragie de la délivrance, la place de l'embolisation artérielle utérine

dans la prise en charge de l'HDD grave et ses conséquences gynécologiques et obstétricales. Nous étudierons également l'éventuelle survenue d'un ESPT et ses répercussions sur le désir ultérieur de grossesse. Ensuite, nous présenterons notre étude avec sa méthodologie de recherche ainsi que l'analyse des résultats. A partir de ce travail, nous tenterons d'établir des recommandations lors de la prise en charge d'une HDD de la salle de naissance jusqu'à la visite post-natale. L'objectif serait d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire au sein des différents services d'obstétrique, de chirurgie vasculaire et de réanimation maternelle afin de limiter le vécu traumatisant de cet événement et de son impact sur le désir ultérieur de grossesse.

Première partie

CADRE CONCEPTUEL

1.1 HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

1.1.1 Définition

Lors de l'accouchement, la perte sanguine physiologique est comprise entre 50 et 300ml[13]. L'HDD correspond à une perte sanguine supérieure ou égale à 500ml dans les 24 premières heures suivant l'accouchement. En raison des difficultés de quantification de ces pertes, selon les études, son incidence varie entre 0.5% et 10% des accouchements avec une moyenne de 4 à 5%[14]. A posteriori, 90% de ces décès sont jugés évitables par une prise en charge plus adaptée[16]. L'HDD est peu ou pas prévisible et elle nécessite une prise en charge complexe, rapide et pluridisciplinaire (sage-femme, gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur, radiologue). Il faut traiter simultanément la cause et la conséquence[1].

1.1.2 Prévention

Durant les années 1999/2000, le taux de mortalité pour hémorragie obstétricale en France était deux fois plus important que dans les autres pays développés[17]. En 2001, une étude rétrospective réalisée dans trois régions de France a montré que dans 38% des cas, les soins prodigués lors d'une HDD sévère n'étaient pas appropriés[17]. Les facteurs, identifiés, associés à une surmortalité maternelle étaient les centres de moins de 500 accouchements par an ainsi que l'absence d'un anesthésiste réanimateur sur place. Ce n'était probablement pas les seuls facteurs de risque, cependant les autres facteurs n'ont pu être mis en évidence dans cette étude [17]. L'HDD survient, le plus souvent, chez une patiente sans facteurs de risque connu (excepté le placenta recouvrant, la suspicion de placenta accreta et les troubles sévères de l'hémostase). Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF) [15] a donc rédigé un recueil concernant la prévention clinique et pharmacologique de l'HDD au moment de l'accouchement. Ces recommandations sont décrites en annexe I.

1.1.3 Etiologies :

Les étiologies de l'HDD sont : l'atonie utérine, les lésions de la filière génitale, les altérations de la muqueuse utérine, les anomalies d'insertion placentaire, la rétention placentaire et les pathologies de l'hémostase.

1.1.3.1 L'atonie utérine

Les anomalies de la fonction contractile et rétractile de l'utérus sont retrouvées dans 59% des HDD[35]. Elles peuvent être dues à une surdistention utérine lors de grossesses multiples, en cas d'hydramnios ou de macrosomie fœtale ; à un travail long ou au contraire rapide ; à une anomalie de la contractilité utérine due à la multiparité, à la présence de fibromes utérins, à une endométriose utérine, à une chorioamniotite ; à une malformation utérine; à une anomalie d'insertion placentaire: placenta prævia et accreta[33]; à l'utilisation de certains médicaments tels que le salbutamol, les dérivés nitrés, les anti-calciques et les halogénés[34].

1.1.3.2 Les lésions de la filière génitale

Elles sont souvent présentes lors d'HDD après extraction instrumentale et elles peuvent siéger à tous les niveaux de l'utérus et de la filière génitale. Elles nécessitent une suture rapide des déchirures. Le thrombus vaginal correspond également à une lésion vaginale. Il constitue une hémorragie interne qui peut être massive, dont les signes cliniques sont une douleur intense à la levée de la péridurale (hématome sous tension), un hématome des grandes lèvres, une hypotension, voire un état d'agitation non expliqué.

1.1.3.3 Les altérations de la muqueuse utérine :

Elles sont de type inflammatoire (post-infectieuses) en cas de chorioamniotite ou post-traumatiques (cicatrice fibreuse, endométrite) suite à diverses interventions (curetage, aspiration, révision utérine, chirurgie endo-utérine, césarienne segmentaire ou corporéale, syndrome diethylstilbestrol). L'atteinte de l'endomètre entraîne alors une altération de l'implantation de la caduque spongieuse ainsi que sa capacité de clivage après l'accouchement[14].

1.1.3.4 Les anomalies de placenta :

Les anomalies de l'insertion placentaire qui concernent le placenta praevia, accreta et percreta. Le placenta prævia correspond à une pathologie de l'insertion placentaire sur la partie basse du segment inférieur de l'utérus ce qui diminue ses capacités contractiles et peut être à l'origine de l'HDD par atonie utérine[14]. Le placenta accreta possède une adhérence anormale au myomètre en raison de l'absence localisée ou diffuse de la caduque basale suite à un défaut d'implantation et de décidualisation. Toutes les interventions qui endommagent la muqueuse utérine sont considérées comme des facteurs de risque de survenue de placenta accreta. En raison de l'augmentation du taux de césarienne, on observe actuellement une augmentation du taux de placenta accreta variant de 1/500 à 1/2500 selon les études[14]. Actuellement, il existe deux modalités de prise en charge, il s'agit de l'attitude extirpative qui consiste à tenter une délivrance forcée ce qui aboutit, le plus souvent, à une hémorragie immédiate nécessitant, inéluctablement, une hystérectomie d'hémostase. L'autre technique de prise en charge est l'attitude conservatrice qui laisse en place le placenta lors de la délivrance, il involuera spontanément. Cette prise en charge permet de conserver l'utérus et de diminuer les besoins transfusionnels[37].

1.1.3.5 Les anomalies de placenta :

L'accouchement prématuré constitue un risque de rétention placentaire par atonie utérine[36]. De même, un antécédent de rétention placentaire lors de grossesse antérieure constitue un facteur de risque de récidive[14].

1.1.3.6 Les troubles de l'hémostase :

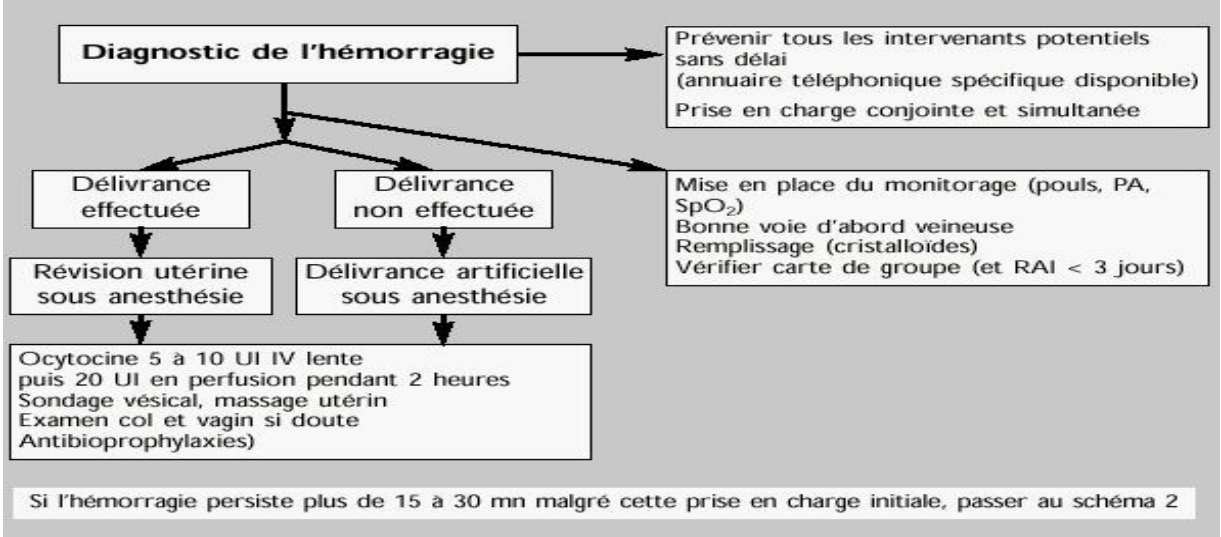
Ils semblent rares, car ils ne sont que très peu rapportés dans la littérature[1,11]. Ils sont d'origines diverses. Il s'agit des pathologies induites par la grossesse : le Hellp syndrome provoquant une hémorragie par communication intra-vasculaire disséminée (CIVD) et la stéatose hépatique gravidique aigüe responsables d'une hémorragie par insuffisance hépato-cellulaire et CIVD ; de modification de la coagulation induite par un traitement (Héparine bas poids moléculaire et standard, Aspirine) ; des pathologies préexistantes congénitales (maladie de Willebrand,

hémophilie) ou acquises (purpura thrombopénique idiopathique, lupus erythémateux disséminé, insuffisance hépatho-cellulaire) pour lesquelles l'accouchement doit être programmé. La maladie de Willebrand, qui est la pathologie de la coagulation la plus fréquente, touche 1% de la population générale. Il existe différents degrés de cette maladie dont le type III qui correspond à une absence quasi-totale du facteur aboutissant à une HDD massive et inévitable en l'absence de traitement prophylactique ; d'une urgence imprévisible : CIVD de l'hématome rétro placentaire ou de l'embolie pulmonaire. Les troubles de l'hémostase sont le plus souvent le résultat de l'hémorragie et ils en constituent un facteur de gravité.

1.1.4 Prise en charge:

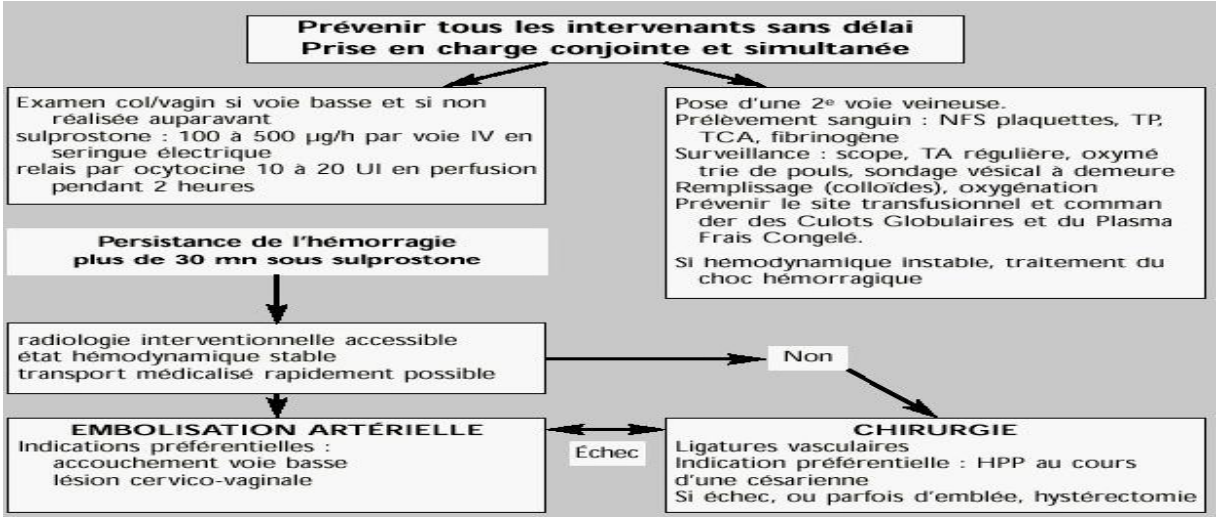
Concernant la prise en charge initiale de l'HDD, le CNGOF recommande une action multidisciplinaire immédiate, rapide et efficace dont le diagramme organisationnel est décrit figure 1. Il faut réaliser un relevé chronologique de la surveillance et de la prise en charge sur une feuille spécifique. Tout d'abord, il faut rechercher les causes du saignement et simultanément vérifier la présence et la fonctionnalité d'une voie veineuse périphérique, surveiller les constantes (scope, pression artérielle, oxymètre de pouls), réaliser une expansion volémique par des cristalloïdes et contrôler la carte de groupe et la présence d'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) de moins de trois jours. Si la délivrance ne s'est pas effectuée, il faut réaliser une délivrance artificielle, sous anesthésie efficace, dans les plus brefs délais. Si la délivrance a déjà eu lieu, il est nécessaire d'effectuer une révision utérine. Ensuite, il est recommandé d'administrer 5 à 10 UI d'Ocytocine en intra-veineux à débit lent (IVL) puis 20 UI en IVL sur deux heures, de réaliser un sondage vésical à demeure, un massage utérin en cas d'hypotonie de l'utérus ainsi qu'un examen du col sous valve en cas de doute (accompagné d'une antibioprophylaxie de 2g de Clamoxyl IV systématique en l'absence d'allergie).

Figure 1 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat[15]



En cas d'hémorragie persistant plus de 15 à 30 minutes, et selon l'abondance de l'HDD, de son retentissement hémodynamique ainsi que des moyens thérapeutiques mis en œuvre, il est recommandé de contrôler, à nouveau, l'étiologie de l'HDD et de réaliser un relais de l'Ocytocine par un traitement de sulprostone 100 à 200 microgrammes par heure. Simultanément, il faut poser une deuxième voie d'abord, prélever un bilan sanguin complet (NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène), poursuivre la surveillance des constantes et le remplissage, oxygéner la patiente, prévenir le site transfusionnel et commander des culots globulaires (CG) et du plasma frais congelé (PFC). Si la patiente est hémodynamiquement instable, il faut traiter son choc hémorragique. Si l'HDD persiste au-delà de trente minutes sous sulprostone et qu'il existe un service de radiologie interventionnelle accessible, que l'état hémodynamique est stable et que le transport médicalisé est réalisable dans un court délai, alors il est possible d'avoir recours à l'EAU. En cas de non-conformité à l'un des critères énumérés ci-dessus ou en cas d'échec de l'EAU, il faudra avoir recours au traitement chirurgical (ligatures vasculaires ou hystérectomie d'hémostase).

Figure 2 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat après 15 à 30min



Dans la récente étude Pythagore « 6 » (Unité 953, INSERM), dans le cadre de son programme sur *l'impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité*[10], des experts ont étudié la prise en charge d'une HDD dans six réseaux de périnatalité soit 106 maternités, 140000 accouchements. Dans 62% des accouchements voie basse et 27% des césariennes, il y a eu une prise en charge non optimale due, principalement, à un retard au soin (40%), un retard au diagnostic (22%) et à une sous-estimation de la perte sanguine (18%). Malgré les recommandations du CNGOF, de nombreux écarts au protocole persistent et ce, notamment, en ce qui concerne l'approche multidisciplinaire simultanée, la réalisation d'une révision utérine, l'administration de sulprostone, la réalisation de bilan biologique ainsi que le recours à une transfusion. Après réalisation de cet essai d'amélioration de la prise en charge de l'HDD, on observe une diminution des HDD graves et une amélioration de la prise en charge. Il est donc indispensable de développer la prévention de l'HDD afin de diminuer significativement son nombre ainsi que ses conséquences chirurgicales et psychologiques.

1.1.5 Sulprostone:

En France, la sulprostone (prostaglandine E2) est la prostaglandine la plus utilisée dans les HDD graves. Sa posologie est une ampoule de 500 microgrammes de sulprostone à diluer dans 500 cc de sérum physiologique et à administrer à l'aide d'un pousse seringue électrique, sur une heure. Le plus souvent, une ampoule est suffisante pour contrôler l'HDD ; la quantité maximale autorisée est de trois

ampoules. Lors de son utilisation et pendant trois heures après la fin de son administration, une surveillance des constantes et de l'HDD en salle de naissance est nécessaire. A la fin du traitement par sulprostone, un relais par une perfusion d'ocytocine (10 à 20UI dans 500cc de glucosé 5% à passer sur six heures) sera systématiquement réalisé. Les contre-indications à l'utilisation de la sulprostone sont : les pathologies cardiaques, les antécédents thromboemboliques, le glaucome, la thyreotoxicose, la colite ulcéreuse, l'ulcère gastroduodénal, la thalassémie, la drépanocytose, les antécédents d'asthme, les troubles graves de la fonction hépatique, le diabète décompensé et les antécédents d'épilepsie[14].

D'après une étude de Goffinet et al portant sur 91 patientes[35], il était retrouvé une efficacité de 71% après l'utilisation d'une ou deux ampoules et une efficacité globale de 89%. L'efficacité était divisée par 8.1 si le délai de prescription était supérieur à trente minutes. Peu d'effets secondaires étaient rapportés : diarrhées, nausées et douleur utérine.

1.2 EMBOLISATION DES ARTERES UTERINES

L'EAU est utilisée dans la prise en charge des HDD graves immédiates, elle constitue le traitement de référence des HDD pour atonie utérine résistante aux mesures obstétricales initiales, aux utérotoniques administrés et lors de thrombus vaginal ou de déchirure génitale non accessibles à un geste chirurgical. Elle peut également être utilisée de manière systématique en association du traitement conservateur lors d'anomalie placentaire tel qu'un placenta accreta ou percreta. Cependant, actuellement, il n'existe pas de preuves permettant d'affirmer l'utilité de ce traitement complémentaire systématique1[5,18]. Son indication peut être discutée lors d'hémorragie persistante après des ligatures artérielles sélectives ou proximales et en cas d'hémorragie non stoppée par une hystérectomie. Dans la majorité des cas, elle permet de stopper les saignements et elle favorise la rétraction utérine. Selon les études, son taux de succès varie de 90 et 100%[1,14,18] selon les étiologies de l'hémorragie et des pathologies associées.

1.2.1 Indications de la réalisation:

L'EAU nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Sa réalisation ne peut être

envisagée qu'après la réalisation d'un examen gynécologique afin de déterminer l'origine des saignements (rétention placentaire, lésions) ; un échec des mesures de première intention (révision utérine, examen du col sous valves et utérotoniques) ; la stabilisation de l'hémodynamique, la correction de l'hypovolémie et des troubles de l'hémostase par les anesthésistes réanimateurs ; l'évaluation initiale de la gravité et de la possibilité de transfert en embolisation[38]. Le déroulement d'une embolisation des artères utérines pour hémorragie de la délivrance est décrit en annexe II.

1.2.2 Résultats:

D'après les études les plus récentes, le taux de succès de l'EAU varie entre 89% lorsqu'il y a 50% de transfert inter hospitalier[38] et 98,1% en l'absence de transfert [41]. D'après l'étude de Sentilhes de 2009[41], aucun facteur d'échec de l'embolisation n'a été identifié, exceptées une HDD supérieure à 1500ml, la CIVD et la transfusion de plus de cinq culots globulaires. En pratique, ces paramètres ne sont pas utiles, car ils correspondent au statut terminal de la patiente. Les taux de succès, en fonction des étiologies, étaient les suivants : placenta praevia, lacération cervicovaginale et coagulopathies : 100% ; atonie utérine : 92% ; placenta accreta et percreta : 76% ; anomalie vasculaire : 70%.

1.2.3 Inconvénients:

Ses inconvénients sont la nécessité d'une salle d'embolisation avec un radiologue disponible 24h/24 et une réalisation possible seulement pour une patiente stable hémodynamiquement, du fait de la nécessité d'un transfert et donc d'un délai minimum entre la décision et l'acte d'une heure[38].

1.2.4 Avantages:

Ses avantages sont son caractère peu invasif, son utilisation possible en cas de récidive de l'HDD après ligature vasculaire, son efficacité, qui atteint un taux global de 92.1% indépendamment de l'étiologie et une amélioration des paramètres hémodynamiques dès la fin de la procédure[39].

1.2.5 Complications:

Les études menées dans ce domaine, ne révèlent que peu de complications, cela s'expliquerait par le fait qu'il s'agisse de patientes jeunes avec un réseau vasculaire de bonne qualité et de débit artériel utérin élevé, ce qui préviendrait des reflux et donc, d'une embolisation vers des cibles non souhaitées[40]. La fréquence des complications décrites ci-dessous est inconnue, car il s'agit de case-reports ou de petites séries.

1.2.5.1 Complications majeures :

En ce qui concerne les complications ischémiques, la littérature recense plusieurs cas de nécrose utérine[22,23], ainsi que de rares cas de nécrose vésicale[24], rectale[25], fessière[41], ovarienne[23], d'ischémie cervico-vaginale [26], de fistule vaginale [27], de thrombose de la veine fémorale [41], de l'artère fémorale [28,29], de l'artère poplitée[29] avec ischémie en aval. Dans le domaine des complications vasculaires, à noter de rares cas de dissection vasculaire[28,29], de rupture de l'artère épigastrique[30] et une thrombose du site de ponction à J9 de l'embolisation[30]. En ce qui concerne les complications d'ordre général, il existe des risques d'insuffisance rénale en raison de la toxicité du produit de contraste iodé, qui peut aggraver l'insuffisance rénale liée au choc[19]. Les complications maternelles majeures sont donc faibles.

1.2.5.2 Complications mineures :

D'après les différentes études de la littérature, les différentes complications mineures de l'EAU recensées sont : le syndrome infectieux (22% de la série de cas de l'étude de Sentilhes de 2010)[39]. Cependant, cette complication est à nuancer en raison de l'imputation d'autres facteurs extérieurs dans son risque de survenue. Son degré d'expression varie du syndrome fébrile simple résolutif sous antibiothérapie au choc septique. Dans la littérature, les étiologies de ces syndromes infectieux sont peu rapportées ; mais ces complications ne sont pas négligeables, car elles pourraient constituer un facteur de risque de survenue de synéchies[41]. La survenue d'un hématome au point de ponction n'est que peu rapportée, car, actuellement, la quasi-totalité des équipes laisse en place le désilet fémoral pendant 24 heures et après son ablation mettent en place un pansement compressif. A noter cependant

que Le Tohïc , dans sa thèse *Fertilité après embolisation des artères utérines* de 2005 (réalisée sur le site de la maternité de Port-Royal)[11], recensait un cas d'hématome de point de ponction (2.4%). Il n'est pas nécessaire de contre-indiquer, de façon absolue, l'embolisation en cas de trouble de la coagulation. A noter qu'il a été également rapporté de rares cas de paresthésie transitoire, de sciatalgie, de complications vasculaires : dissection vasculaire et rupture de l'artère épigastrique, thrombose du site de ponction de l'embolisation.

1.2.6 Fertilité et pronostic obstétrical ultérieur :

D'après la littérature, l'EAU ne semble pas altérer la fertilité ultérieure des patientes[5,11,38,41,42]. Environ 95% d'entre elles ont un retour de couches, mais 17% de ces patientes se plaignent de diminution du volume des règles (pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée). De même, dans l'étude de Le Thoïc[11], 25% des patientes estiment qu'il existe une modification de leurs menstruations, 18,5% décrivent une diminution du volume des règles. Chez ces patientes, Gaia et Sentilhes[41] montrent que la réalisation d'une hystéroscopie, retrouve, dans un grand nombre de cas, des synéchies complètes sévères de stade III selon la classification de l'American Fertility Society. Ces synéchies étant complexes, le traitement chirurgical hystéroscopique est souvent difficile. N'existant pas de groupes comparatifs, il reste cependant difficile de conclure du rôle de l'EAU dans la survenue de synéchies. Deux facteurs de risque semblent être identifiés ; il s'agirait de la présence d'un placenta accreta ou percreta ainsi que de la survenue d'un syndrome fébrile supérieur à 38.5 °C[42]. En ce qui concerne les grossesses obtenues après une EAU, dans la majorité des études[11,38,41,42], aucune complication n'a été rapportée ; certains auteurs décrivent un risque de retard de croissance intra-uterin[29,31], difficilement interprétable en raison des nombreux facteurs confondants. Dans l'ensemble des études, il est décrit que ces patientes sont à haut risque de récidive de l'HPP allant jusqu'à 33%[5,11]. Les récentes études portant sur la fertilité des patientes après une EAU[18,38,41], concluent que la fertilité est conservée, mais elles n'abordent pas l'influence du vécu de cet événement sur le désir ultérieur de grossesse. Le traumatisme psychologique n'est pas mentionné comme explication au faible taux de grossesses après cette technique. En effet, dans la littérature[38], seules cent-treize grossesses après EAU sont recensées, dont quatre-vingt-seize grossesses menées jusqu'à l'accouchement.

A noter que dans l'étude de Le Tohïc portant sur vingt-cinq patientes ayant eu une EAU pour HDD, 73% décrivaient un vécu difficile. Dans ces patientes seulement deux, soit 10,5%, ont souhaité être à nouveau enceinte. Il montrait que le vécu traumatisant de cet événement, la peur d'une récidive de l'hémorragie, constituaient une limite au désir ultérieur de grossesse.

A ce jour, de récentes études sur l'ESPT montrent qu'une situation stressante lors de l'accouchement pourrait générer la survenue d'un ESPT[51]. Il s'agit d'un syndrome développé suite au vécu d'un événement exceptionnel dépassant les ressources de l'individu. Ce vécu étant subjectif, il est admis que de nombreuses situations de la vie (dont l'accouchement) pourraient provoquer un ESPT (avis d'experts)[2]. Seules de rares études ont étudié le rôle de la douleur[12] et de certains événements de l'accouchement (extractions instrumentales, césarienne en urgence, travail long) [51] dans la survenue d'un ESPT[45]. A ce jour, aucune étude n'a étudié spécifiquement l'impact d'une HDD grave. De ce fait, nous allons étudier les caractéristiques ainsi que les mécanismes d'élaboration de l'ESPT afin d'établir un lien entre le vécu d'une HDD grave et la survenue de ce traumatisme.

1.3 ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

1.3.1 Définition:

Depuis quelques années, des études sur l'ESPT ont montré que l'accouchement, selon son déroulement et son vécu par la femme, pouvait provoquer la survenue d'un ESPT[2]. D'après les études sur la fertilité des patientes après embolisation des artères utérines pour hémorragie de la délivrance[41,11], la fertilité est conservée. Cependant, les patientes ont un vécu traumatisant ce qui constitue une limite à leur désir ultérieur de grossesse. Certaines patientes sembleraient développer un ESPT, il est intéressant d'étudier ce phénomène et son lien avec le vécu d'une HDD. L'ESPT correspond à un type de trouble anxieux sévère, étant décrit comme un état d'alerte, de tension psychologique et somatique, en rapport avec un sentiment désagréable de peurs, d'inquiétude, voire d'autres émotions, résultant d'une expérience vécue comme traumatisante[5]. L'anxiété se définit comme une peur sans objet, la crainte d'un danger indéfinissable[6]. C'est une réaction psychologique suite à un événement lors duquel l'intégrité physique et/ou psychologique a été menacée ou

atteinte. La réaction immédiate est une peur intense, un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur[43]. Une expérience traumatisante, dépassant à elle seule les ressources de l'individu, peut faire survenir un syndrome post-traumatique. Cette définition se référant à la perception de l'individu, elle peut paraître assez subjective. Dans la classification thérapeutique du DSM-IV[7], l'ESPT est défini par six critères (de A à F) comprenant ses causes, ses manifestations ainsi que ses conséquences. Ils sont développés ci-dessous. Les éléments en gras sont les caractères que nous réutiliserons dans notre étude afin d'identifier si les patientes ont développé des symptômes de l'ESPT.

1.3.1.1 Les causes :

Elles sont classées selon deux critères. Le critère A1 qui correspond au sentiment de **menace réelle ou imaginaire de l'intégrité physique** de l'individu ou d'un proche. Le critère A2 qui désigne la sensation de **peur intense**, le sentiment d'**impuissance** ou d'horreur, de **perte de contrôle** de la situation par l'individu. Comme la sensibilité personnelle intervient de façon primordiale, le champ des événements exceptionnels dépassant les ressources personnelles paraît très vaste.

1.3.1.2 Les manifestations:

Elles sont répertoriées en trois catégories[2,3]. Le critère B : la **reviviscence,** correspond au fait de revivre l'événement de manière persistante et éventuellement variable à travers des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (critère B1) ou des **cauchemars** répétitifs de la situation (critère B2). Plus rarement, on observe des **flash-backs** (critère 3) qui correspondent à des périodes, variant de quelques secondes à quelques jours, lors desquelles la personne vit des états dissociatifs en se comportant comme si elle vivait l'événement à ce moment. Le plus souvent, ils sont brefs, mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à une activation neuro-végétative. Lors d'événements symbolisant un aspect de l'événement traumatique, la personne connaît une **souffrance psychologique** (critère B4) ou une réactivité physiologique (critère B5) intense. Le critère C : correspond à **un évitement** permanent des stimuli associés au traumatisme et à une diminution de la sensibilité. La personne évite les sensations, les pensées et les conversations liées à l'événement traumatique (critère C1) ainsi que les activités, les

situations et les individus (critères C2) qui pourraient entraîner une réactualisation de l'événement. Cet évitement peut également passer par l'amnésie d'une partie importante de l'événement traumatique. Dans le cas d'un accouchement traumatique, cet évitement peut se traduire par des avortements à répétition, une demande de césarienne programmée (car il est inconcevable pour la patiente d'accoucher à nouveau par voie basse), le refus d'obtenir une nouvelle grossesse, l'impossibilité de se rendre chez un médecin ou dans un hôpital. Peu de temps après l'événement traumatique, le sujet peut connaître une période **d'amnésie émotionnelle** ou d'émoussement psychique qui correspond à une diminution de la réactivité au monde extérieur. Elle se traduit par une nette diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités qui, au paravent, étaient sources de plaisir (critère C4) ; au sentiment d'être détaché, étranger vis-à-vis de son entourage (critère C5) ; à une diminution de l'émotivité (critère C6), une moindre projection dans le futur (critère C7). Le critère D correspond à la présence de symptômes persistants d'activation neurovégétative : l'**anxiété**, et l'hyperéveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes se traduisent par différents troubles du sommeil : difficulté à l'endormissement ou une insomnie, des cauchemars répétitifs lors desquels l'événement traumatisant est revécu (critère D1), une irritabilité ou des accès de colère (critère D2), une difficulté à se concentrer ou à mener à bien des tâches (critère D3), une hypervigilance (critère D4), des réactions exagérées de sursaut, une impression permanente de danger (critère D5). L'ESPT observé est constitué de certains de ces critères et il se modifie dans le temps. Sa chronicité s'éloigne de la triade symptomatique décrite ci-dessus, il est donc nécessaire d'étudier ses conséquences.

1.3.1.3 Les conséquences:

Elles sont de deux types. Le critère E, qui est une persistance de ces symptômes pendant une **période supérieure à un mois**. Le critère F constitue une perturbation provoquant une altération du fonctionnement social et professionnel ainsi qu'une souffrance dans la vie de tous les jours. Il peut s'agir de l'anxiété, des dépressions, des réactions psychotiques, des comportements d'autodestruction, de violence et d'agressivité intrafamiliale, de difficulté de concentration, de comportement social inadapté (chômage, isolement), de troubles de la diade

mère/bébé, de troubles alimentaires, d'abus de toxiques, de troubles sexuels. Si l'ESPT n'est pas traité, ses symptômes évoluent au fur et à mesure dans le temps ce qui le rend plus difficilement identifiable.

1.3.2 ESPT et soins intensifs:

Une étude réalisée sur des patients hospitalisés en réanimation[45] montrait que cette intervention présentait un facteur de risque de survenue d'un ESPT. Le bruit, l'absence de rythme nycthéméral, le nombre d'appareils potentiellement inquiétants ainsi que le fait de côtoyer la souffrance et la mort constituaient un souvenir traumatique. Une étude réalisée sur des patients de chirurgie cardiaque[79] montrait que la prévalence de l'ESPT était liée au vécu post-opératoire, à l'intensité des soins et à la durée du séjour en réanimation, à la présence de facteurs pré-traumatiques (antécédents psychiatriques, traumatiques…), à la qualité de l'environnement et du soutien après la réanimation, à la détection de syndromes de stress à la fin de l'hospitalisation en service de réanimation[80] et à la qualité des explications reçues[81].

1.3.3 ESPT et accouchement:

L'accouchement constitue un important bouleversement émotionnel dans la vie d'une femme. D'après les études de la littérature, la prévalence des ESPT suite à un accouchement serait de 1.3 à 6%[46,47,48]. Une récente étude de 2007[54] a étudié l'impact de la douleur de l'accouchement, de la détresse et des expériences dissociatives périnatales dans l'apparition d'un ESPT. Vingt-quatre heures après l'accouchement, les auteurs ont mesuré la douleur à l'aide du questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA) (échelle verbale multidimensionnelle permettant d'apprécier la description d'une douleur), la détresse périnatale par le *peritraumatric distress inventory*(PDI) et les réactions dissociatives par le *peritraumatic dissociative experience questionnaire* (PDEQ). Six semaines après l'accouchement, l'ESPT était mesuré par l'*impact of event scale revised* (IES-R) et les syndromes dépressifs étaient mesurés par l'*Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS). Les résultats révélaient que seuls les scores d'émotion dysphorique et de menace vitale étaient des prédicteurs significatifs du score à l'IES-R et donc de la survenue d'un ESPT. Le score affectif du QDSA est un prédicteur significatif des sentiments dysphoriques. La détresse émotionnelle ainsi que les émotions dysphoriques augmentent le risque de

survenue d'un ESPT. A noter également une autre étude de Creedy publiée en 2000[50] qui montrait que 33% des patientes étudiées décrivaient l'accouchement comme un événement traumatisant, 5.6% présentaient les critères d'ESPT. Dans leur étude Ballard CG et al[44] montraient qu'un accouchement dans de mauvaises conditions pouvait être à l'origine d'un ESPT. Chez les patientes étudiées, les symptômes étaient fréquents et persistants entraînant des conséquences dans le lien mère/bébé. Les études de ce type étant rares, ils pensent que de nombreux cas similaires ne sont pas recensés. Dans ces études, tous les auteurs montrent que la peur intense des femmes pour leur vie ou celle de leur enfant et un sentiment dysphorique étaient des facteurs de risque de survenue d'un ESPT. Il y a très peu de résultats en rapport avec la prise en charge de ce trauma, le débriefing psychologique aurait peu d'impact. Dans une récente méta-analyse sur l'ESPT et l'accouchement[51], les différents facteurs de risques de survenue d'un ESPT identifiés, étaient la perception du vécu de l'accouchement par la femme ; la douleur physique perçue au moment du travail et de l'expulsion[52,53,54] (mais le soulagement de cette douleur n'est pas forcément corrélé à un sentiment positif de l'accouchement) ; le sentiment de perte de contrôle, d'impuissance ; le manque d'information sur les conduites à tenir; un manque de soutien social concernant le partenaire et l'équipe médicale. Les représentations et les attentes de la femme, constituées au cours de sa grossesse, influençaient la perception de l'accouchement et pouvaient être à l'origine de sentiment de déception, de culpabilité, de traumatisme et de dépression en post-partum. Les traits psychologiques de la femme (antécédents de traumas ou de troubles psychologiques) présentaient également un facteur de risque, car l'accouchement peut provoquer une réactualisation de ce traumatisme. Les trois principaux événements obstétricaux identifiés comme facteurs de risque dans plusieurs études étaient la césarienne en urgence, l'utilisation d'instruments lors de l'accouchement et un très long travail[50,55].

Deuxième partie
Etude du vécu d'une hémorragie grave et de son impact sur le désir ultérieur de grossesse

2.1 MATERIEL ET METHODE

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si l'EAU, elle-même, est un facteur qui modifie le désir ultérieur de grossesse des patientes. L'objectif secondaire est d'analyser les différents facteurs ayant un impact dans le vécu de cet événement et dans la survenue d'un ESPT. Nous étudierons ces différents paramètres lors de l'accouchement, du post-partum et du retour à domicile jusqu'à la visite post-natale. Le but est d'identifier ces déterminants afin d'améliorer leur prise en charge et ainsi diminuer les conséquences traumatiques de cet événement.

2.1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur l'ensemble des patientes ayant eu une EAU pour HDD à la maternité de Port-Royal entre le 01 janvier 2006 et le 31 décembre 2007. A ce groupe, nous avons associé un groupe témoin constitué du même nombre de patientes, mais dont l'HDD a été résolue par sulprostone.

2.1.3 Prise en charge des patientes en cas d'hémorragie de la délivrance

A la maternité de Port-Royal, entre le 01 janvier 2006 et le 31 décembre 2007, vingt-neuf HDD ont été prises en charge par EAU. Toutes ces patientes ont accouché dans ce centre obstétrico-pédiatrique de niveau III, les patientes adressées par un autre centre n'ont pas été incluses afin d'éviter le biais de transfert inter-hospitalier. Dans cette structure, la prise en charge de l'HDD est établie par un protocole en accord avec les recommandations du CNGOF.

2.1.4 Critères de sélection

Toutes les patientes accouchées à la maternité de Port-Royal entre le 01 janvier 2006 et le 31 décembre 2007 ayant bénéficié d'une EAU à l'hôpital Cochin sont incluses dans l'étude. Les patientes témoins sont des patientes qui ont eu une HDD grave supérieure à un litre, nécessitant un traitement médicamenteux de deuxième intention (sulprostone) sur la même période, mais sans recours à l'EAU. Afin de constituer un groupe témoin comparable, chaque cas de patiente embolisée a été apparié à une patiente témoin. Cet appariement a été stratifié selon l'âge (plus ou moins cinq ans), la parité (primipare ou multipare) et le type de grossesse (simple ou multiple). La patiente présentant les critères de définition et d'appariement et suivant chronologiquement une patiente cas, était incluse dans le groupe témoin.

2.1.5 Recueil de données

Nous avons réalisé une analyse des dossiers médicaux de toutes les patientes ayant bénéficié d'une EAU durant la période de notre étude. La recherche de ces dossiers s'est effectuée dans la base de données DIAMM de notre service à partir des mots-clés « embolisation », puis nous avons exclu les patientes dont l'accouchement était sur un autre site que Port-Royal et les patientes dont l'indication de l'embolisation n'était pas une HDD. Dans un second temps, nous avons recherché, dans la même base de données, toutes les patientes répertoriées dans les mots-clés « HDD grave » et nous avons ensuite sélectionnées les patientes qui répondaient à nos critères définis précédemment.

2.1.6 Facteurs étudiés

Afin de décrire les caractéristiques des patientes, de leur grossesse, de leur accouchement, de l'HDD qu'elles ont vécu et de leur séjour en suites de couches, les informations ont été recueillies dans leur dossier obstétrical.

Dans un second temps, chaque patiente a été recontactée par téléphone afin de savoir si elle souhaitait participer à notre étude. Si elle était intéressée, nous lui proposions de répondre à notre questionnaire lors d'un entretien téléphonique ou

bien par courrier électronique. Pour les deux groupes de patientes, le questionnaire était composé des mêmes questions, exceptée la partie concernant l'EAU, supprimée pour le groupe témoin. Pour le groupe cas, il comprenait trente-trois questions organisées en huit parties ; pour le groupe témoins, il était composé de vingt-cinq questions soit sept parties (annexe III). Il a été élaboré dans le but d'étudier spécifiquement le vécu de chaque étape de l'HDD et des événements du post-partum jusqu'à la visite post-natale. Ce questionnaire permettait alors d'identifier la perception et la compréhension de ces événements par les patientes, les prises en charge dont elles avaient pu bénéficier et leur impact sur l'éventuelle survenue d'un ESPT. Dans les études de la littérature, les questionnaires évaluant l'ESPT étaient trop complexes pour être réutilisés dans notre cas ; nous avons donc évalué l'ESPT à partir de questions se référant à sa définition dans la classification psychiatrique du DSM IV[5]. Elles concernaient la peur lors de l'HDD (peur d'intensité supérieure ou égale à 2 sur notre échelle), le souvenir de l'accouchement et du post-partum (mauvais ou très mauvais), la survenue de difficultés psychologiques avec l'entourage, la présence de troubles du sommeil, la nécessité d'un suivi psychologique après la sortie de la maternité, le recours à un traitement médicamenteux et l'impact de cet événement dans le désir d'une grossesse ultérieure (modification du projet en raison d'un vécu traumatisant de l'événement). La présence de deux réponses positives, ou plus, à ces critères, incluait la patiente dans un groupe ayant vécu un ESPT. Pour chacune de ces patientes, si elles le souhaitaient, un résumé des résultats de l'étude anonymisée leurs sera envoyé par courrier électronique après validation des résultats.

2.1.7 Stratégie d'analyse

Nous avons comparé les patientes cas, ayant subi une EAU pour HDD aux patientes ayant eu une HDD grave résolue par sulprostone. Pour cela, nous avons réalisé une étude quantitative du recueil de données des dossiers de ces deux groupes de vingt-neuf patientes et des réponses obtenues aux vingt-trois questionnaires. En raison du faible échantillon de sujets, nous n'effectuerons pas de tests statistiques. Parallèlement, nous avons réalisé une étude qualitative des entretiens téléphoniques, que nous avons pu mener, et des commentaires que les patientes, ayant répondu par courrier électronique, nous ont envoyés. L'objectif étant

d'identifier les facteurs de risque de survenue d'un ESPT et d'analyser leurs conséquences sur le désir ultérieur de grossesse.

2.2 ANALYSE DES RESULTATS :

Sur les vingt-neuf patientes embolisées, une patiente a connu un échec d'embolisation qui a abouti à la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase, une autre patiente a accouché très prématurément et son enfant est décédé d'une septicémie à soixante jours de vie ; pour des raisons éthiques, nous n'avons donc pas recontacté ces deux patientes. Parmi les vingt-sept patientes restantes, sept patientes avaient changé de coordonnées et elles n'ont, donc, pas pu être recontactées. Huit patientes n'ont pas donné suite à nos deux appels téléphoniques et deux patientes ont refusé de participer à notre étude sans en exprimer la raison. Nous avons donc obtenu des réponses pour dix questionnaires (six ont été réalisés lors d'un entretien téléphonique), soit un taux de participation de 34.5%. Dans le groupe témoins, six patientes avaient changé de coordonnées, six patientes n'ont pas donné suite à nos deux appels et quatre patientes ont refusé de participer à notre étude. Sur ces quatre patientes, deux patientes nous ont expliqués qu'elles ne souhaitaient pas reparler de cet événement, qu'elles souhaitaient garder ce souvenir pour elle. Une patiente nous a dit qu'elle n'avait pas eu de seconde grossesse à cause de son accouchement, qu'elle en gardait un très mauvais souvenir, elle ne souhaitait donc pas en reparler. Enfin la quatrième patiente n'a pas argumenté son refus. Nous avons donc obtenu des réponses pour treize questionnaires (cinq questionnaires ont été réalisés lors d'un entretien téléphonique), soit un taux de participation de 44.8%. La description de la participation aux questionnaires est résumée dans le tableau 1. Concernant les deux groupes de participation aux questionnaires, nous obtenons un taux global de participation de 39.7%. La différence de participation entre les deux groupes peut s'expliquer par le fait que, dans le groupe cas, moins de patientes ont pu être recontactées, peut-être en raison d'un vécu plus traumatisant de l'événement. Elles ne souhaitaient donc pas se remémorer un passé douloureux. Ce comportement serait en accord avec le critère C de la définition de l'ESPT du DSM IV. Il correspond à un évitement des sensations, des pensées et des conversations liées à l'événement traumatique qui pourraient entrainer une réactualisation de l'événement.

Tableau 1 : Résultats concernant la participation à l'interrogatoire :

	PATIENTES CAS N=29 n(%)	PATIENTES TEMOINS N=29 n(%)
Participation	10 (34.5)	13 (44.8)
Coordonnées erronées	7 (24.1)	6 (20.7)
Appels sans suite	8 (27.6)	6 (20.7)
Refus	2 (6.9)	4 (13.8)
Non recontactées	2 (6.9)	0 (0)
Total	29 (100)	29 (100)

2.2.1 Description de la population :

2.2.1.1 Données obstétricales générales des patientes de la maternité Port-Royal durant la période de notre étude :

Du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2007, il y a eu 6107 accouchements, dont 293 grossesses multiples (4.8% des accouchements), 1556 césariennes (25.5% des accouchements). Il y a eu 788 HDD (12.9% des accouchements), dont 97 HDD graves, supérieures à un litre (1.6% des accouchements), 300 HDD ont nécessité l'utilisation de sulprostone (4.9% des accouchements), 29 HDD ont abouti à une embolisation (0.5% des accouchements, 9.7% des HDD), 9 HDD ont nécessité une ligature des artères iliaques ou des artères utérines (0.1% des accouchements, 3% des HDD), enfin dans 12 cas, l'hystérectomie d'hémostase n'a pu être évitée (0.2% des accouchements, 4% des HDD). Durant cette période 109 patientes ont été transfusées (1.8%). Il y a eu quinze patientes réhospitalisées (0.2%) pour HDD secondaire. Ces résultats sont reportés en annexe IV et V (tableaux 6 et 7).

2.2.1.2 Caractéristiques obstétricales des patientes incluses dans l'étude:

Les caractéristiques obstétricales des patientes cas et des patientes témoins sont décrites dans le tableau 2 ci-dessous. Dans les deux groupes, l'âge moyen était de 33,6 ans, l'âge gestationnel moyen de 37,8 SA. Il y avait dix-sept patientes primipares soit 58,6%. Sept grossesses (25%) ont été obtenues par des méthodes de procréation médicalement assistée (PMA), dont une grossesse, chez une patiente embolisée, était issue d'un don d'ovocytes. Il y avait huit grossesses multiples

(27.6%).

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques générales chez les cas et les témoins :

	GROUPE CAS N=29 n(%)	GROUPE TEMOINS N=29 n(%)
AGE		
[moyen (min-max)]	33,6 ans (25-43 ans)	33,3 ans (21-44 ans)
AGE GESTATIONNEL		
[moyen (min-max)	37,8 SA (27-41+2 SA)	37,7 SA (30-41+3 SA)
< 37 SA [n (%)]	5 (17,2)	8 (27,6)
> 41 SA [n (%)]	3 (10)	2 (6,9)
PARITE		
Nullipares	17 (58,6)	17 (58,6)
Primipares ou +	5 (17,2)	2 (6,9)
OBTENTION		
Spontanée	22 (75,9)	22 (75,9)
PMA[a]	7 (24,1)	7 (24,1)
PMA		
Stimulation ovaienne	1 (3,4)	1 (3,4)
ICSI[a]	2 (6,9)	1 (3,4)
Don d'ovocytes	1 (3,4)	0 (0)
TYPE DE GROSSESSE		
Simple	22 (75,9)	22 (75,9)
Gémellaire	6 (20,7)	6 (20,7)
Triple	1 (3,4)	1 (3,4)

[a] Procréation Médicalement Assistée

[b] Intra Cytoplasmique Sperm Injection

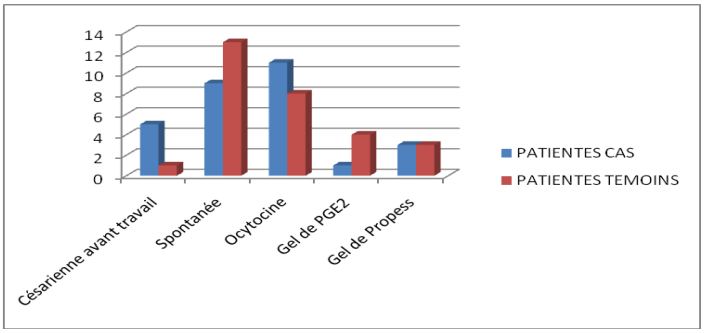
En raison du choix initial d'associer à chaque patiente cas, une patiente témoin de même groupe d'âge à cinq ans près, de même parité et de même type de grossesse ; nous obtenons donc deux groupes de patientes comparables.

2.2.1.3 Description du travail et de l'accouchement:

Dans le groupe cas, neuf patientes se sont mises en travail spontanément et il y a eu cinq césariennes avant travail. Dans le groupe témoins, treize patientes sont entrées en travail spontanément, il y a eu une césarienne programmée. Respectivement, onze patientes témoins et sept patientes cas ont été déclenchées par de l'Ocytocine. Au total, quatre patientes cas et sept patientes témoins ont été maturées par gel de prostaglandine E2 ou par gel de propess. Ces données sont

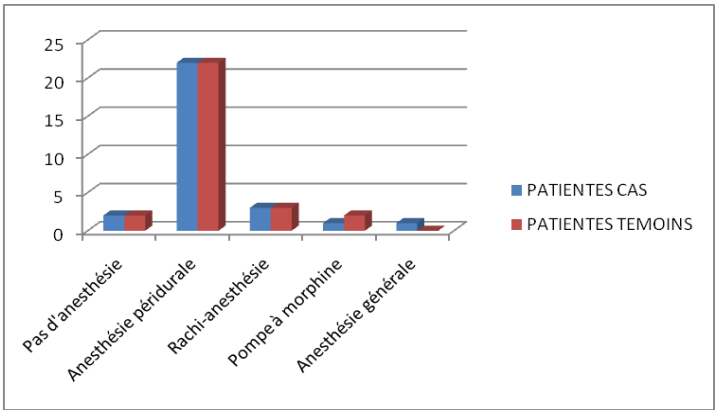
illustrées par la figure 3.

Figure 3 : Comparaison de l'entrée en travail chez les cas et les témoins :



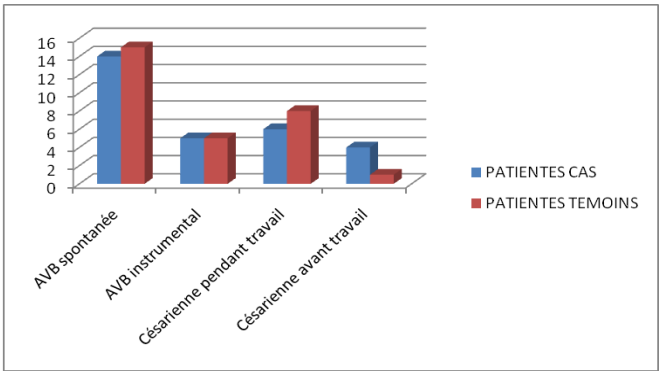
Les modes d'anesthésie sont comparables dans les deux groupes. Ils sont représentés dans la figure 4 ci-dessous.

Figure 4 : Comparaison de l'analgésie chez les cas et les témoins :



Dans le groupe cas, l'ocytocine a été utilisée pour dix-huit patientes au cours du travail (62%), contre quinze patientes témoins (51,7%). Dans le groupe cas, dix-neuf patientes ont accouché par voie basse et dix patientes ont bénéficié d'une césarienne. Dans le groupe témoins, il y a eu vingt-deux accouchements voie basse et sept césariennes. Les voies d'accouchement des patientes sont détaillées dans la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Comparaison de la voie d'accouchement chez les cas et les témoins :



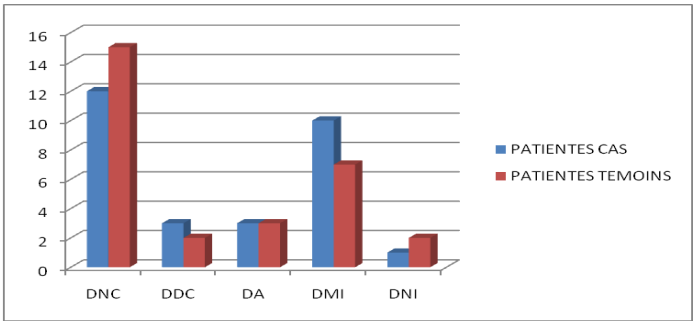
(AVB : Accouchement Voie Basse)

Il y a eu plus de césariennes avant travail dans le groupe cas. Il y avait plus de raisons obstétricales à une extraction rapide du fœtus ou de contre-indications à la voie basse. Ce paramètre peut être un biais au stress maternel. Cependant, il y a eu, respectivement, dix césariennes dans le groupe cas et sept césariennes dans le groupe témoins. La césarienne en urgence étant identifiée comme un facteur significatif de stress maternel, les deux groupes peuvent donc être considérés comme comparables.

Dans le groupe cas, le poids de naissance moyen était de 3460g (1990g-4360g), dont deux nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 4200g ; ils sont nés par voie basse spontanée. Dans deux cas, le poids n'était pas mentionné en raison d'un transfert immédiat en réanimation néonatale pour prématurité. Dans le groupe témoin, le poids de naissance moyen était de 3100g (1125g- 4200g), seul un nouveau-né avait un poids de 4200g, il est né par voie basse spontanée.

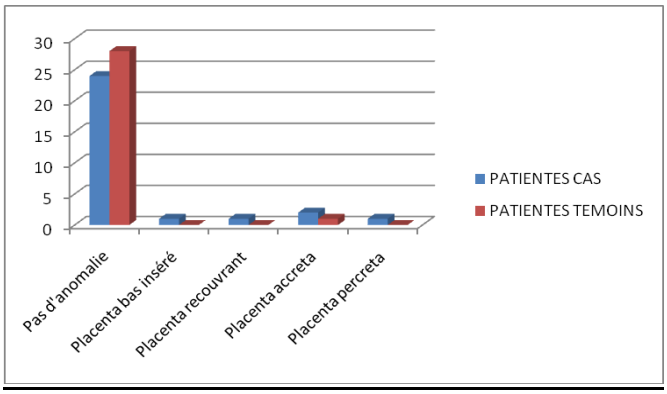
Dans le groupe cas, il y a eu douze délivrances naturelles complètes (DNC), trois délivrances dirigées complètes (DDC) ; dans trois cas (10.3%), il a été nécessaire de réaliser une délivrance artificielle (DA) en raison d'une HDD débutante. Il y a eu dix délivrances manuelles immédiates (DMI) correspondant aux césariennes. Une délivrance naturelle était incomplète (DNI) et elle a nécessité une révision utérine. Dans le groupe témoin, il y a eu quinze délivrances naturelles complètes, deux délivrances dirigées complètes. Dans trois cas (10.3%), il a été nécessaire de réaliser une délivrance artificielle en raison d'une HDD débutante. Il y a eu sept délivrances manuelles immédiates correspondant aux césariennes. Deux délivrances naturelles étaient incomplètes. Les délivrances sont décrites dans la figure 6 ci-dessous.

Figure 6 : Comparaison de la délivrance chez les cas et les témoins



Dans la population témoin, une seule anomalie placentaire a été retrouvée, il s'agissait d'un placenta accreta ; tandis que cinq patientes cas (17.2%) présentaient un placenta avec une anomalie d'insertion : un placenta bas inséré, un placenta recouvrant, deux placentas accretas et un placenta percreta. Les anomalies sont illustrées dans la figure 7 ci-dessous.

Figure 7 : Comparaison de l'insertion placentaire chez les cas et les témoins



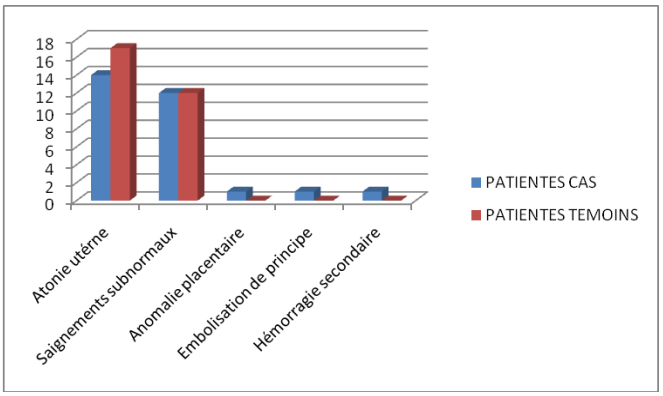
Les deux groupes de patientes cas et témoins sont comparables concernant le type de délivrance. Etant donné le faible échantillon de patientes, ils sont également comparables en ce qui concerne l'insertion placentaire.

2.2.1.4 Caractéristiques des HDD :

Dans le groupe cas, il y a eu vingt-sept HDD primaires (93.1%) et deux HDD secondaires. Une HDD a été identifiée en suites de couches, trois heures après l'accouchement, soit trente minutes après l'arrivée dans le service ; tandis que la

seconde HDD secondaire a eu lieu au quatrième jour lors du retour à domicile. Dans vingt-huit cas (96.6%), le recours à l'embolisation a été une réussite, c'est-à-dire que cette technique a permis de contrôler l'HDD. Dans un cas, il y a eu une reprise de l'HDD nécessitant le recours à une hystérectomie d'hémostase. Dans le groupe témoins, les vingt-neuf patientes ont bénéficié d'un traitement par injection intra-veineuse de sulprostone, dont cinq patientes ont reçu deux ampoules de sulprostone (17.2%), ce qui a permis de résoudre l'HDD dans 100% des cas. Les étiologies sont résumées dans la figure 8 ci-dessous.

Figure 8 : Comparaison des étiologies de l'HDD chez les cas et les témoins :



Dans tous les cas, la prise en charge initiale de l'HDD correspondait aux recommandations du CNGOF. Dans le groupe cas, lors de l'HDD primaire, vingt-six patientes ont reçu préalablement du sulprostone en intra-veineux, dont six patientes (27.3%) eu deux ampoules de sulprostone. Une patiente a eu une embolisation immédiate de principe en raison d'un placenta percreta. En cas de persistance de l'HDD et de possibilité de transfert et de prise en charge immédiate de la patiente, un transfert en service de radiologie interventionnelle était envisagé afin de réaliser une EAU.

Dans le groupe cas, vingt-deux patientes (75.9%), ont bénéficié d'une transfusion sanguine de culots globulaires (CG), dont sept patientes (24,1%) ont également reçu du plasma frais congelé (PFC) ainsi que des concentrés plaquettaires (CP) pour trois patientes (10%). La moyenne des transfusions pour chacun des produits est décrite dans les tableaux 3 et 4 ci-dessous. Pour le groupe témoin, treize patientes (44,8%) ont reçu des culots globulaires. Aucune n'a reçu de PFC ni de CP. Le nombre de transfusion sanguine semblerait plus élevé dans le

groupe cas.

Tableau 3 : Description des transfusions sanguines reçues dans le groupe cas :

	Groupe cas N=29 n(%)	Nombre de culots transfusés par patientes [moyen (min-max)]
Produits sanguins transfusés		
Culots Globulaires	22 (75,9)	3,2 CG (1-9 CG)
Plasma Frais Congelé	7 (24,1)	3,3 CG (2-7 PFC)
Concentrés Plaquettaires	3 (10,0)	2,7 CP (2-3 CP)

Tableau 4 : Description des transfusions sanguines reçues dans le groupe témoins :

	Groupe cas N=29 n(%)	Nombre de culots transfusés par patientes [moyen (min-max)]
Produits sanguins transfusés		
Culots Globulaires	13 (44,8)	2,1 CG (2-3 CG)
Plasma Frais Congelé	0 (0)	0 (0)
Concentrés Plaquettaires	0 (0)	0 (0)

En ce qui concerne la transfusion de produits sanguins, il semblerait exister une augmentation de la quantité de produits sanguins transfusés (PFC, CG et CP) pour les cas par rapport aux témoins.

2.2.1.5 Embolisation, concernant uniquement le groupe cas :

Pour les HDD primaires, le délai moyen entre l'accouchement et le transfert pour l'embolisation était de deux heures et cinquante minutes (1h-8h). Nous n'avons pas pu recueillir le délai entre l'accouchement et la réalisation de l'embolisation en raison de l'absence de données dans le dossier obstétrical. Lors des vingt-neuf embolisations, il y a eu, dans vingt-six cas (90%) une embolisation des deux artères utérines. Dans deux cas, seule une artère utérine a été embolisée, pour une patiente, il y a eu un échec d'embolisation de l'artère utérine gauche en raison d'une brèche vaginale avec un risque d'ischémie et de nécrose vaginale. Pour une autre patiente, il a fallu également réaliser une embolisation de l'artère cervico-vaginale gauche postérieure. Deux patientes ont connu une reprise de l'hémorragie. La

première a été maîtrisée par l'administration de deux ampoules de sulprostone en salle de naissance ; l'autre a nécessité une hystérectomie d'hémostase. Le taux de réussite immédiate de l'EAU était de 93,1%. La durée moyenne entre le transfert en service de radiologie et le retour en suites de couches était de quinze heures (2h-48h).

2.2.1.6 Les suites de couches :

Dans le groupe cas, lors du séjour en suites de couches, le taux d'hémoglobine le plus bas était, en moyenne, de 7.5g/dl (5.6g/dl- 11.3g/dl), une seule patiente présentait un taux d'hémoglobine supérieur à 10,5g/dl. Dans le groupe témoins, il était, en moyenne, de 8,8g/dl (5,8g/dl- 11,8g/dl), vingt-et-une patientes présentaient un taux d'hémoglobine strictement inférieur à 10,5g/dl. Il semblerait exister une différence entre les cas et les témoins en ce qui concerne le taux d'hémoglobine le plus bas en suites de couches.

Dans le groupe cas, la durée moyenne de l'hospitalisation dans ce service était de 9.8 jours (4jours- 43jours) en prenant en considération toutes les patientes. Si l'on exclut les trois hospitalisations de longue durée pour des motifs autres (hospitalisation du nouveau-né), la durée moyenne du séjour était alors de 6.4 jours (4jours-17 jours). Dans le groupe témoins, la durée moyenne en suites de couches était de 7,3 jours (3-31jours), de même si l'on exclut les patientes hospitalisées pour des motifs autres qu'obstétricaux, la durée moyenne du séjour était alors de 6 jours (3-13 jours). Il ne semble pas exister de différence entre les cas et les témoins concernant la durée d'hospitalisation. Dans le groupe cas, quatre patientes ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile (HAD) soit 13.8%, une patiente n'a pas souhaité l'HAD (4.3%). Une patiente était en contact avec la PMI (Protection Maternelle Infantile) du secteur. Pour les témoins, six patientes ont bénéficié d'une HAD (20.7%), une patiente n'a pas souhaité bénéficier de ce service et une patiente était transférée dans un centre avec une prise en charge médico-psycho-sociale. Il semblerait que les témoins sortent plus de l'hôpital avec une HAD. Le groupe cas étant identifié comme un groupe avec une fréquence de l'anémie augmentée sans pour autant bénéficier d'une hospitalisation plus longue en suites de couches, il se pourrait que ces patientes préfèrent se reposer chez elles sans aide médicale. Les

conséquences physiques et psychologiques de ces patientes ne sont peut-être pas assez prises en considération par les équipes.

2.2.2 Résultats des questionnaires

2.2.2.1 Données obstétricales des patientes participant à l'entretien :

Les groupes cas et témoins semblent comparables pour la parité et le type de grossesse, mais il semble exister une différence entre ces deux groupes concernant l'issue de grossesse (l'accouchement voie basse représente 60% des cas contre 46,2% des témoins) et le taux de transfusion sanguine (70% des cas contre 23,1% des témoins). De même, deux patientes cas ont eu une HDD secondaire alors que les HDD des témoins étaient toutes des HDD primaires. Les données obstétricales des patientes, qui ont accepté de participer à notre étude, sont résumées dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Données obstétricales des cas et des témoins participant à l'interrogatoire :

	GROUPE CAS N=10 n(%)	GROUPE TEMOINS N=13 n(%)
PARITE		
Nullipares	6 (60,0)	7 (53,8)
Primipares ou plus	4 (40,0)	6 (46,2)
TYPE DE GROSSESSE		
Simple	8 (80,0)	11 (84,6)
Gémellaire	2 (20,0)	2 (15,4)
ISSUE		
AVB spontané	4(40,0)	5 (38,5)
AVB instrumental	2 (20,0)	1 (7,7)
Césarienne en cours de travail	2 (20,0)	6 (46,2)
Césarienne avant travail	2 (20,0)	1 (7,7)
DELIVRANCE		
Délivrance Naturelle Complète	2 (20,0)	4 (30,8)
Délivrance Dirigée Complète	1 (10,0)	1 (7,7)
Délivrance Artificielle	1 (10,0)	1 (7,7)
Délivrance Naturelle Incomplète	2 (20,0)	1 (7,7)
TRANSFUSION SANGUINE	7 (70,0)	3 (23,1)
HEMORRAGIE	2 (20,0)	0 (0)

2.2.2.2 En salle de naissance, lors de l'Hémorragie de la délivrance :

a) Satisfaction des patientes :

Patientes cas :

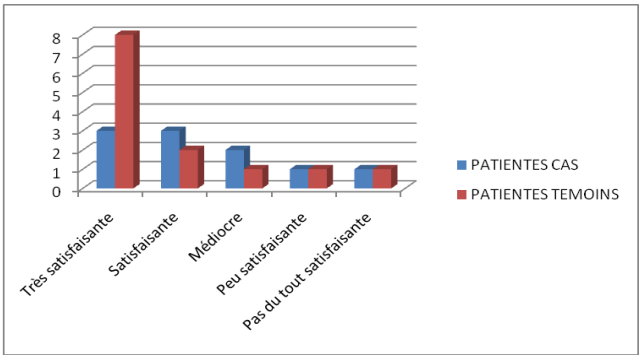
Concernant la satisfaction de ces patientes, les avis sont variables. Six patientes, (60%) sont satisfaites de la prise en charge, mais seulement 40% des patientes ont trouvé les explications claires et 30% des patientes les ont trouvées rassurantes. Lors des entretiens téléphoniques, cinq patientes ont fait référence à la mort dès la première question, sans que cette dernière ne les influence, et ce, quel que soit leur niveau de satisfaction. Une patiente nous confiait : « la qualité des soins était satisfaisante, sinon je serais morte ». Une autre patiente, qui a eu une hémorragie secondaire, et qui a été amenée par le SAMU, dénonçait un défaut de prise en charge, elle déclarait : « je me suis dit que j'allais « crever » dans cet hôpital ». Deux patientes expliquaient qu'elles avaient l'impression de se vider de leur sang « de la même façon qu'un robinet ouvert ».

Patientes témoins :

La majorité des patientes témoins (76,9%) sont satisfaites à très satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficiée.

Les résultats sont illustrés figure 9.

Figure 9 : Comparaison de l'appréciation des soins chez les cas et les témoins :



b) Explications reçues :

Patientes cas :

Seulement quatre patientes (40%) ont trouvé les explications claires et 30% les ont

trouvées rassurantes. Lors des entretiens, les patientes nous décrivent un état de résignation, elles se sentent mourir, elles sont incapables de se raisonner. Certaines patientes nous ont dit qu'elles avaient sûrement reçu des explications, mais elles étaient incapables de les entendre, elles étaient sûrement claires, mais étant donné la situation elles n'étaient pas en état de les trouver claires. Une patiente nous confie : « *j'étais sûre que j'allais mourir. Je vivais passivement les événements dans un milieu que je ne connaissais pas, j'étais extrêmement fatiguée. J'étais résignée, aucune explication n'aurait pu me rassurer, je me voyais partir* ».

Patientes témoins :

Concernant les explications de l'équipe, les avis sont partagés. Toutes les patientes qui trouvaient les explications claires étaient rassurées. Deux patientes ont signalé un défaut d'information sur la situation, cependant elles avaient confiance en l'équipe qui les suivaient, elles étaient donc rassurées. Deux patientes qui n'avaient pas conscience d'avoir fait une HDD grave, décrivent donc les explications comme peu claires, mais rassurantes étant donné qu'elles ne se sont pas rendues compte de la situation.

Il semblerait exister une différence entre ces deux groupes, les patientes cas semblant décrire les explications comme moins claires et moins rassurantes que les patientes témoins. Les résultats concernant les explications apportées par les équipes sont illustrés, ci-dessous, sur les figures 10 et 11.

Figure 10 : Comparaison de l'appréciation des explications chez les cas et les témoins :

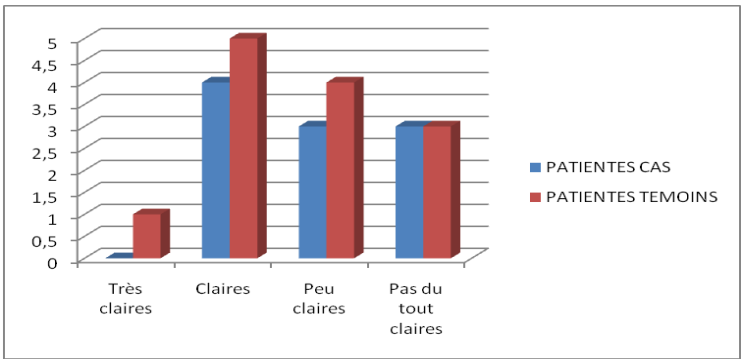
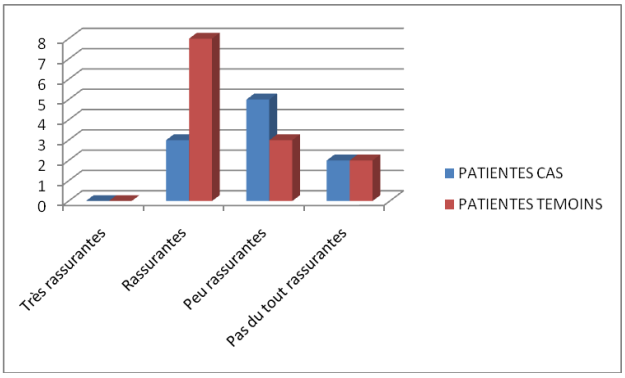


Figure 11 : Comparaison de la confiance des cas et des témoins par rapport aux explications



c) Etat physique et psychique des patientes:

Pour ce qui est du domaine des sensations (fatigue et anxiété), il ne semblerait pas y avoir de différence entre les deux groupes. Globalement, les patientes semblent fatiguées à très fatiguées et anxieuses voire très anxieuses. Concernant les patientes qui se décrivaient comme peu fatiguées et peu anxieuses, certaines réponses d'une patiente cas semblent incohérentes étant donné qu'elle décrit ensuite une peur à 6 ; une patiente témoin était celle qui n'avait pas conscience de son HDD. Il ne semblerait pas exister de différence entre les cas et les témoins concernant la fatigue et l'anxiété en salle de naissance. Ces données sont représentées dans les figures 12 et 13 ci-dessous.

Figure 12 : Comparaison de la fatigue chez les cas et les témoins

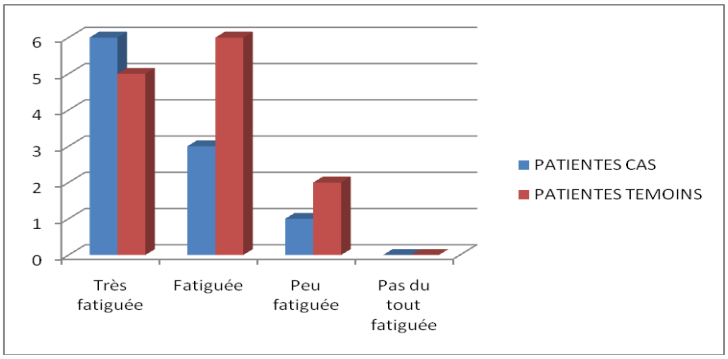
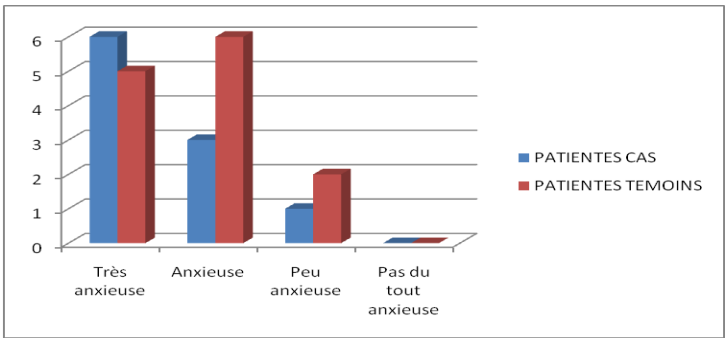


Figure 13 : Comparaison de l'anxiété chez les cas et les témoins



d) Peur :

Patientes cas :

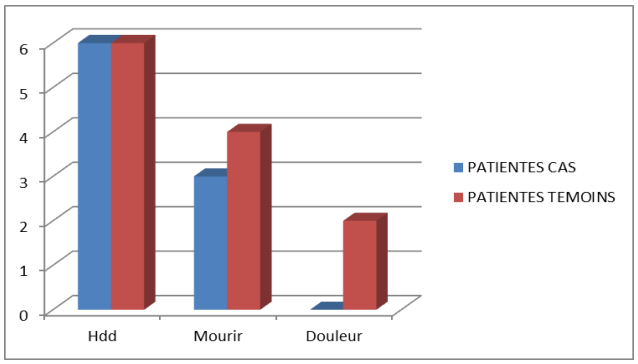
L'intensité moyenne de la peur était de 6,2 sur une échelle allant de 0 à 9 (0 étant l'absence de peur et 9 la peur maximale), neuf patientes (90%) décrivaient une peur strictement supérieure à deux dont six patientes (60%) décrivaient une peur supérieure ou égale à huit. Lors des entretiens, plusieurs patientes nous ont signalées qu'elles n'avaient jamais eu aussi peur, elles avaient peur pour tout le monde, elles étaient incapables de se raisonner, elles se sentaient partir. Deux patientes nous exprimeront : « *J'avais la sensation de me vider de mon sang, je ne me maîtrisais plus* », une autre « *j'étais faible, je sentais que j'étais en train de mourir* ».

Patientes témoins :

Pour les témoins, l'intensité moyenne de la peur était de 5.1, onze patientes (84.6%) décrivaient une peur strictement supérieure à deux, dont cinq patientes (38.5%) avaient une peur supérieure ou égale à huit. Deux patientes signalaient une douleur intense. Les autres patientes étaient anxieuses sans exprimer spécifiquement leurs sensations.

Dans les deux groupes, les peurs exprimées semblent identiques. Ces patientes expriment une peur de se vider de leur sang ou une peur de mourir… Deux patientes témoins nous ont signalées une analgésie peu efficace et donc une peur de la douleur. A noter que cette question était une question ouverte, ces patientes ont eu des réponses identiques sans être influencées par nos propositions. Ces peurs sont illustrées dans la figure 14.

Figure 14 : Comparaison des causes de la peur chez les cas et les témoins



Lors de l'HDD, la majorité des patientes vivent une peur extrême ; il semblerait que cette peur soit plus importante lors d'une HDD qui nécessite le recours à une embolisation. De façon globale, nous avons choisi de reprendre certains critères de la définition de l'ESPT par le DSM IV et de rappeler les termes, exprimés par les patientes, et le nombre de patientes y faisant référence. Concernant la satisfaction de la prise en charge, sept cas et un témoin ont fait référence à la mort. Pour les questions se référant aux explications reçues, neuf cas et un témoin exprimaient une sensation de perte de contrôle. Enfin toutes les patientes cas ont décrit un sentiment d'angoisse extrême, d'épuisement, d'anxiété, certaines patientes témoins étaient très anxieuses. Six patientes cas et cinq patientes témoins ont éprouvé une peur extrême. Ces sentiments font référence au critère A1 de menace de l'intégrité physique et au critère A2 de peur intense, de sentiment d'impuissance et de perte de contrôle de la situation. Ces critères sont résumés dans l'encadré ci-dessous.

Critères du DSM IV identifiés :

Critère A1 : menace de l'intégrité physique

Critère A2 : peur intense, sentiment d'impuissance, perte de contrôle de la situation

1.3.3.1 Vécu du transfert en service de radiologie, de l'embolisation et de l'hospitalisation jusqu'au retour en suites de couches (questions réservées aux patientes cas) :

Deux patientes ont été transférées sous anesthésie générale ce qui explique

une peur moindre et des réponses qui peuvent être biaisées. Huit patientes (80%) ont trouvé la qualité des soins satisfaisante à très satisfaisante, mais seulement 50% de ces patientes ont trouvé les explications claires. L'intensité moyenne de la peur était de 8.25 et sept patientes (88%) décrivaient une peur supérieure ou égale à 8 (les deux patientes sous anesthésie générale n'ont pas répondu à cette question). De même que lors de l'HDD en salle de naissance, les patientes définissent les explications comme claires et rassurantes, mais étant donné la gravité de la situation, rien n'aurait réussi à les rassurer. Avant son transfert une patiente a demandé : « Combien de chance de survie est-ce que j'ai encore ? ». En réanimation, la compétence du personnel était régulièrement mentionnée, ainsi qu'un épuisement et l'impossibilité de se reposer étant donné les surveillances cliniques très rapprochées, le bruit, la lumière et l'absence de repères. Neuf patientes (90%) ont pu voir leur bébé avant leur transfert en embolisation, dont 50% avaient une photo avec elle lors de l'embolisation. Une patiente a eu une photo de son bébé avant son transfert, mais elle ne le souhaitait pas. Lors de l'embolisation, en service de radiologie, sept patientes ont fait référence à la mort, elles ont exprimé une grande angoisse, un épuisement et une peur extrême. En service de réanimation, elles ont toutes exprimées un stress intense et un épuisement.

2.2.2.4 En suites de couches :

a) Allaitement maternel :

Les patientes cas :

Sept patientes (70%) avaient un allaitement maternel. La première tétée, a lieu, en moyenne 2.3 jours après l'accouchement et sa durée moyenne est de 8,8 mois (3-18 mois). Il semblerait que les patientes cas culpabilisent de la séparation précoce de leur enfant, elles sont donc très investies dans l'allaitement maternel, malgré un retard de mise au sein. Une patiente déclarait : « avec ce que j'ai fait vivre à mon bébé, j'étais obligé de l'allaiter afin de rattraper mon absence des premiers jours » une autre patiente nous fait part de sa culpabilité ; « je devais bien ça à mon bébé ». Au contraire une patiente embolisée, mère de jumeaux déclaraient un projet d'allaitement maternel exclusif, mais étant donné son extrême fatigue, il fallait qu'elle se repose, elle a donc opté pour un allaitement artificiel. A noter que plusieurs

patientes signalent le manque d'information en suites de couches concernant l'autorisation de l'allaitement maternel suite aux traitements qu'elles ont reçus. Dans l'ensemble, elles attendent plusieurs heures avant d'avoir l'autorisation d'allaiter.

Les patientes témoins :

54% de ces patientes ont allaité, elles ont toutes pu suivre leur projet d'allaitement. La première tétée avait lieu, en moyenne, quatre heures après l'accouchement et la durée moyenne de l'allaitement maternel était de 2.5 mois (0-6mois). Aucune difficulté particulière, liée à l'HDD, n'a été signalée.

Il semblerait exister une différence entre les deux groupes du à la culpabilité des patientes cas par rapport à la séparation précoce entre elle et leur nouveau-né en raison de leur transfert en service de radiologie interventionnelle.

b) Qualité des soins en suites de couches :

Les patientes cas :

La majorité des patientes sont satisfaites (60%) de la qualité des soins médicaux, mais seulement 20% d'entre elles sont satisfaites de l'aide proposée en suites de couches. Concernant la qualité des soins médicaux, nous constatons qu'il existe deux groupes de patientes cas : celles qui ont trouvé la qualité des soins satisfaisante et celles qui, au contraire, ne l'ont pas du tout trouvée satisfaisante. Au vu de ces résultats, deux catégories de patientes semblent se définir : la première catégorie est composée de patientes satisfaites de la prise en charge et qui considèrent que la qualité des soins les a sauvées. Au contraire, dans le second groupe, les patientes considèrent que cette HDD grave résulte d'un défaut de prise en charge. L'aide apportée est décrite comme très variable en fonction des équipes. Les conseils sont très divers, régulièrement antagonistes, ce qui perturbe beaucoup les patientes. Ces mères définissent le personnel comme compétent, mais peu disponible. Elles ont besoin d'être rassurées dans leur rôle et leur compétence de mère. La nuit, les attentes interminables lors des appels sont régulièrement mentionnées. Une patiente nous a déclarés : « *j'ai attendu une heure que l'on réponde à ma sonnette. J'aurais pu mourir, personne ne s'en serait rendu compte* ».

La plupart de ces patientes décrivent un manque de reconnaissance de la situation qu'elles ont vécu, de leur extrême fatigue physique et psychique. Elles décrivent certaines équipes comme très rudes, alors qu'elles attendent du réconfort. Elles

décrivent des vertiges, un épuisement. Les explications des équipes ont satisfait la majorité des patientes (70%). La visite d'un professionnel médical, présent lors de l'accouchement, pour reparler des événements et prendre le temps de réexpliquer l'HDD et sa prise en charge a toujours été très appréciée.

Les patientes témoins :

La majorité de ces patientes (61,5%) a été satisfaite des soins médicaux et de l'aide apportée en suites de couches. De même, les explications des équipes ont satisfait la majorité des patientes (77%).

De manière générale, la satisfaction des deux groupes de patientes semblerait comparable, sauf pour l'aide apportée en suites de couches. Dans l'ensemble, les patientes cas souffrent du manque de reconnaissance de leur état par le personnel, du manque d'encadrement dans les soins du nouveau-né, mais également pour elle-même. Les patientes qui ont été en contact avec les équipes de pédiatrie ont toutes été très satisfaites. Elles ont trouvé le personnel à l'écoute et disponible ce qui les a rassurées et aidées. L'ensemble de ces résultats sont reportés dans les figures 15, 16 et 17.

Figure 15 : Comparaison de l'appréciation des soins médicaux par les cas et les témoins

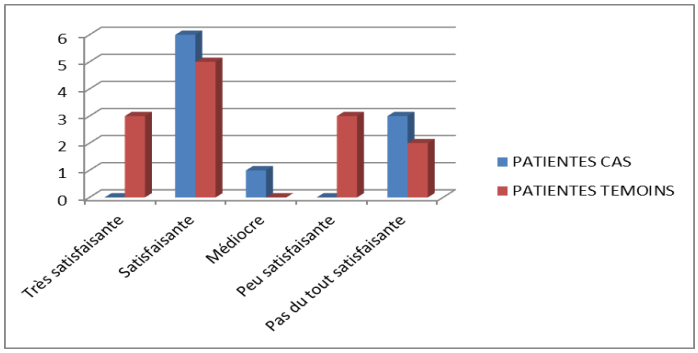


Figure 16 : Comparaison de l'appréciation de l'aide proposée par les cas et les témoins

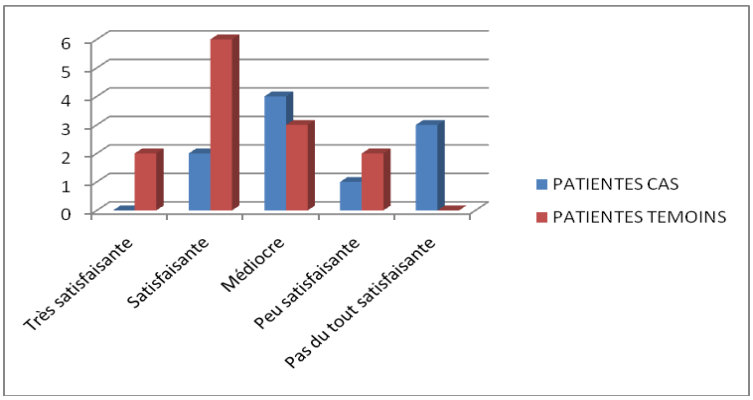
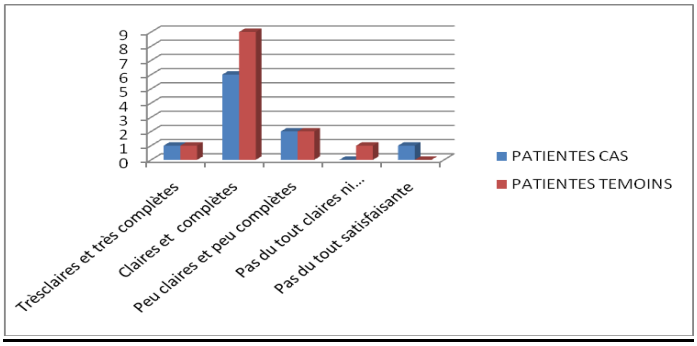


Figure 17 : Comparaison des explications reçues par les cas et les témoins



c) Consultation avec une psychologue :

Patientes cas :

Durant leur hospitalisation en suites de couches, 50% de ces patientes ont bénéficié d'une ou plusieurs consultations avec une psychologue du service, 60% ont trouvé cette consultation utile. Les patientes, qui n'ont pas trouvé cet entretien utile, expliquent qu'en suites de couches, elles gardaient leur peu d'énergie pour s'occuper de leur bébé. Elles ne comprenaient pas forcément ce qui s'était réellement passé, mais elles n'en avaient pas conscience. Ces patientes ont trouvé très utile la consultation post-natale et elles déclarent avoir compris ce qui s'était passé lors de cette consultation. Une patiente a poursuivi un suivi psychologique durant deux ans suite au vécu de son accouchement. Cette patiente nous a signalé qu'elle avait régulièrement des périodes de reviviscence de l'événement et des cauchemars. Elle présentait d'importantes difficultés avec son entourage. Elle a également eu recours à un traitement anti-dépresseur et un traitement anxiolytique. Son suivi

psychologique l'a aidé. Pour deux de ces patientes de notre étude, l'entretien téléphonique a été très éprouvant. Elles n'avaient jamais reparlé de leur accouchement. Elles nous ont expliqués, l'une comme l'autre, que cet événement avait été particulièrement difficile à vivre pour elle et leur mari. Elles souhaitaient oublier à jamais cet accouchement qu'elles avaient imaginé comme merveilleux. De plus, elles ne souhaitaient pas en reparler avec leur mari et elles ne pouvaient pas non plus le faire avec leur entourage qui n'aurait pas pu comprendre et qui aurait eu peur.

Patientes témoins :

30.8% de ces patientes ont bénéficié d'une consultation avec une psychologue qui s'est révélée, d'après chaque patiente, utile pour 50% d'entre elles. Le personnel médical avait proposé une consultation à deux patientes témoins (15.4%), mais ces dernières n'en éprouvaient pas le besoin. Les patientes qui n'ont pas trouvé cet entretien utile nous ont avancé les mêmes arguments que les patientes cas.

De part l'événement qu'elles ont vécu, les patientes cas sembleraient bénéficier, plus fréquemment, d'une visite d'un psychologue. L'utilité de cette consultation et les arguments avancés par les patientes, sembleraient identiques dans les deux groupes.

d) Avis général sur l'accouchement et ses suites :

Compréhension l'HDD et de sa prise en charge :

Patientes cas :

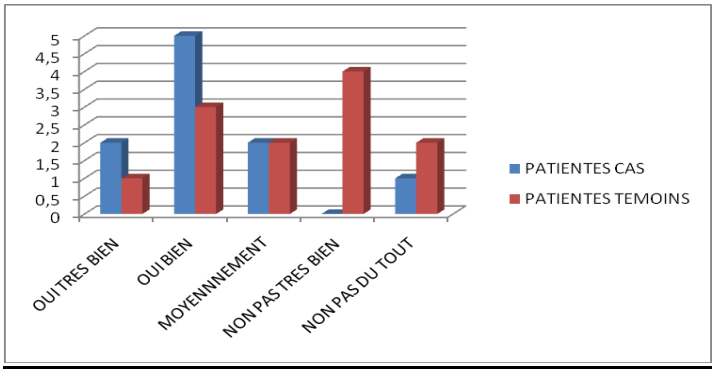
La majorité de ces patientes a compris la situation (70%). Selon les patientes et leur demande, elles ont bénéficié des explications qu'elles attendaient lors de leur hospitalisation en suites de couches ou lors de la visite post-natale. Cette consultation est très appréciée des patientes qui se disent plus reposées et plus disponibles pour reparler de leur HDD et de ses suites. Les patientes qui ne pensent pas avoir compris ce qui s'était passée sont des patientes qui n'ont pas eu l'occasion de partager toutes leurs interrogations avec un membre de l'équipe de garde présent lors de l'accouchement. Une patiente nous a même demandés si nous pouvions lui transmettre un compte-rendu de son accouchement afin qu'elle comprenne enfin ce qui s'était réellement passé. Nous l'avons informé sur ses droits et les démarches à effectuer.

Patientes témoins :

Seulement 30,8% des témoins déclarent avoir compris ce qui s'est passé et la prise en charge mise en œuvre. Certaines patientes avaient compris qu'elles saignaient de façon subnormale sans pour autant avoir conscience qu'elles avaient fait une hémorragie grave de la délivrance.

Les patientes cas sembleraient décrire une meilleure compréhension des événements qui pourrait, éventuellement, s'expliquer par la plus grande considération de l'événement par l'équipe de garde qui prenait alors le temps de reparler de la situation avec la patiente. Ces résultats sont illustré par la figure 18.

Figure 18 : Comparaison de la compréhension de l'HDD grave par les cas et les témoins



e) Souvenir de l'accouchement :

Patientes cas :

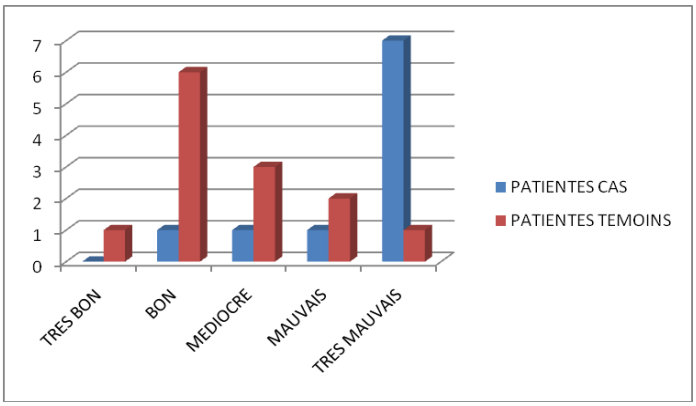
La majorité de ces patientes (90%) ne gardent pas un bon souvenir de leur accouchement, qu'elles décrivent comme médiocre à très mauvais (70%). Six patientes nous ont signalé qu'elles avaient mis plusieurs années à se remettre de leur accouchement. Trois patientes ont mis deux ans à récupérer physiquement et moralement. Cette durée allait jusqu'à quatre ans pour une patiente avec des jumeaux.

Patientes témoins :

53,8% de ces patientes gardent un bon voir très bon souvenir de leur accouchement. Deux patientes, qui ne gardaient pas un bon souvenir de leur accouchement, décrivaient un travail très long et épuisant. Une autre patiente expliquait qu'elle avait mal vécu sa césarienne pour stagnation en fin de travail. Les souvenirs médiocres

correspondaient à une extrême fatigue en post-partum ; ce qui constituait un biais au souvenir de ces patientes qui n'en gardaient donc pas un souvenir agréable.
Il semblerait que les pateintes cas gardent moins fréquemment un bon souvenir de leur accouchement que les patientes témoins. Ces résultats sont mis en évidence dans la figure 19.

Figure 19 : Comparaison du souvenir de l'accouchement des cas et des témoins



2.2.2.5 Hospitalisation à domicile :

Lors du retour à domicile, trois patientes cas (30%) ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile. Une patiente n'éprouvait pas le besoin de cette HAD, car elle rentrait chez ses parents qui travaillaient dans le domaine médical. Pour les autres patientes, l'HAD ne leurs a pas été proposées. Sept témoins (53,8%) ont pu profiter de l'HAD, une patiente n'en éprouvait pas le besoin, pour les autres patientes, cette prestation ne leurs a pas été proposées. La totalité des patientes cas et témoins, qui ont bénéficié de l'HAD, ont trouvé que ce suivi leurs avait apportées une aide technique et un soutien psychologique ce qui les a beucoup aidées et rassurées.
Il semblerait que l'HAD soit plus fréquemment proposée aux patientes témoins, mais en raison de notre faible cohorte, ces résultats ne semblent pas interprétables. Dans les deux groupes, toutes les patientes sont satisfaites à très satisfaites de l'HAD tant sur le plan des conseils techniques que de l'aide psychologique .

2.2.2.6 Complications physiques et psychiques :

Patientes cas :

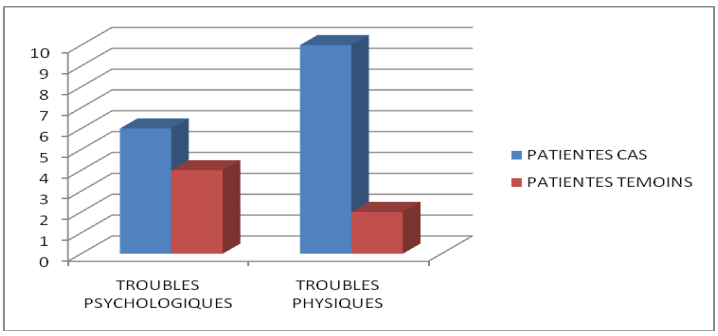
La totalité des patientes embolisées décrivent des troubles physiques (sêcheresse vaginale, dyspareunie, modification des menstruations…) dont 60% signalent également des troubles psychologiques (peur de revivre l'événement, troubles du sommeil, épuisement, susceptibilité, difficultés avec l'entourage…).

Patientes témoins :

Quatre patientes (30,8%) ont connu des difficultés psychologiques, dont deux patientes (15,4%) ont également décrit des troubles physiques .

Il semblerait exister une différence dans la survenue de troubles physiques et psychologiques entre les deux groupes. Ces troubles sont illustrés dans la figure 20.

Figure 20 : Comparaison des séquelles chez les cas et les témoins



De façon globale, nous avons choisi de reprendre certains critères de la définition de l'ESPT par le DSM IV et de rappeler les termes, exprimés par les patientes, y faisant référence ainsi que le nombre de fois qu'ils ont été cités.

Patientes cas :

Dans le groupe de patientes cas, neuf patientes ont présenté un épuisement et des séquelles pendant plus d'un mois. Quatre patientes ont décrit un intérêt exclusif pour le nouveau-né, peu de motivation de façon générale et cinq patientes déclaraient avoir évité les éléments leur rappelant l'accouchement et l'HDD pendant quelques mois.

Patientes témoins :

Quatre patientes témoins ont décrit un épuisement et une patiente décrivait une

diminution de la motivation générale et un évitement des éléments rappelant l'accouchement et l'HDD. Dans la définition de l'ESPT par le DSM IV, ces sentiments font référence aux critères B de reviviscence, de cauchemars répétitifs, de flash-backs et de souffrance psychologique ; aux critères D d'anxiété, de difficultés à l'endormissement, d'insomnie, d'irritabilité et d'accès de colère ; au critère E de persistance des symptômes pendant une durée supérieure à un mois ; et de critère F de perturbation provoquant une altération du fonctionnement socio-professionnel. Ces critères sont résumés dans l'encadré ci-dessous.

Critères du DSM IV identifiés :

Critères B : reviviscence, cauchemars répétitifs, flash-backs, souffrance psychologique

Critère D : anxiété, difficultés à l'endormissement, insomnie, irritabilité, accès de colère

Critère E : persistance des symptômes pendant une période supérieure à un mois

Critère F : perturbation provoquant une altération du fonctionnement socio-professionel

2.2.2.7 Désir ultérieur de grossesse :

Patientes cas :

Avant cet accouchement, la totalité de ces patientes déclarait envisager un autre projet de grossesse. Cette question étant subjective et faisant intervenir de nombreux biais, ce pourcentage serait à modérer. Sept patientes (70%) ont modifié ce projet suite au vécu traumatisant de leur HDD. Elles n'ont pas souhaité revivre une telle situation. Toutes ces patientes nous ont déclarés avoir peur de cet événement, elles ne souhaitaient, en aucun cas le revivre. Elles ont une vie de famille et elles ne peuvent pas, à nouveau, risquer leur vie.

Patientes témoins :

Dix patientes (76,9%) envisageaint un autre projet de grossesse. Deux patientes n'envisageaient pas d'autres grossesses et une patiente n'avait pas de projet défini. Sept patientes, soit 70% des patientes qui avaient un projet de grossesse, ont été enceintes, dont une patiente a été deux fois enceinte. Les autres patientes ont modifié leur projet pour des raisons familiales, professionnelles ou conjugales.

Il semblerait que la majorité des patientes cas présentent un vécu traumatisant de leur HDD et que ce traumatisme ait annihilé leur désir de grossesse. Le vécu de

l'HDD, par les patientes témoins, ne semblerait pas influer, de façon primordiale, sur leur désir ultérieur de grossesse. Ce désir de grossesse semblerait supérieur dans le groupe cas ; mais cette notion est à modérer du fait qu'elle soit émise à postériori de l'événement traumatique. Cependant, en raison d'un vécu traumatisant de l'événement, ce souhait s'effondre pour sept patientes cas (70%). Au contraire, il n'a pas été mis en évidence de lien entre le vécu de l'HDD et une modification du projet de grossesse pour les patientes témoins.

2.2.2.8 Grossesses ultérieures :

Patientes cas :

Trois patientes ont obtenu une nouvelle grossesse (30%), dont une grossesse s'est achevée par un fausse couche spontanée précoce, une patiente a mené à terme sa grossesse, elle a fait une nouvelle HDD prise en charge précocément par sulprostone, les suites ont été simples. Cette patiente avait eu un suivi psychologique de deux ans et un traitement anti-dépresseur suite au vécu traumatisant de cet événement. Cependant, n'arrivant toujours pas à se remettre de son accouchement, elle avait décidé de le revivre afin d'en garder un meilleur souvenir. La troisième patiente est actuellement enceinte. Le délai moyen d'obtention d'une nouvelle grossesse était de six mois.

Patientes témoins :

Sept patientes ont été à nouveau enceinte. Le délai moyen d'obtention d'une grossesse était de huit mois. La totalité des grossesses se sont achevées par une naissance à terme. Il y a eu une récidive de l'hémorragie pour quatre patientes (57,1%) ; elle a été prise en charge rapidement et les suites ont été simples. A noter qu'une de ces patientes ne souhaite plus reparler de son premier accouchement et ne veut pas avoir de suite de notre étude.

Il ne semblerait pas exister d'altération de la fertilité pour les deux groupes. Cependant, il semblerait exister une réelle différence dans le vécu de l'HDD et de son influence sur le désir ultérieur de grossesse. Lors d'une grossesse ultérieure, le risque de récidive de l'HDD semblerait augmenté dans les deux groupes. L'ensemble de ces résultats est illustré figures 21 et 22.

Figure 21 : Comparaison du désir de grossesse ultérieure avant l'HDD grave chez les cas et les témoins et comparaison des grossesses ultérieures obtenues chez les cas et les témoins

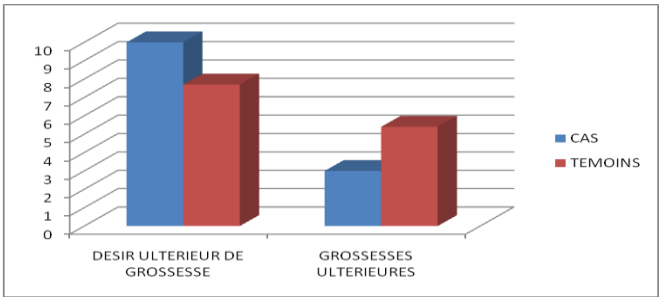
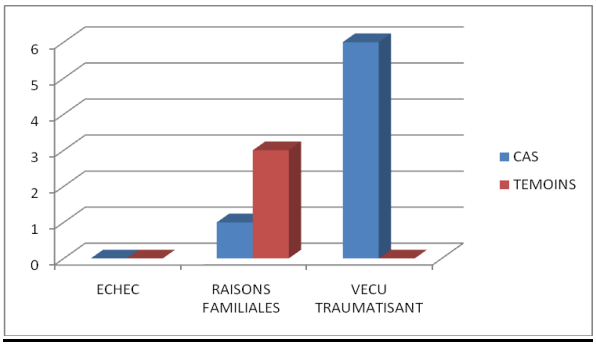


Figure 22 : Comparaison des causes à l'absence de grossesse ultérieure



Nous avions défini le groupe de patientes ayant présenté un ESPT comme l'ensemble des patientes présentant deux critères, ou plus, de la définition de l'ESPT établie par le DSM IV.

Patientes cas :

D'après l'analyse de nos questionnaires, neuf patientes ont décrit deux symptômes ou plus correspondant à ces critères. De ce fait, il semblerait que nous puissions mettre en évidence, d'après nos conditions énoncées initialement, que neuf patientes auraient présenté un ESPT suite au vécu traumatisant de l'HDD.

Patientes témoins :

En appliquant le même raisonnement, il semblerait que nous puissions également montrer que deux patientes témoins ont présenté un ESPT suite à leur HDD.

Troisième partie
DISCUSSION

A ce jour, certaines études ont recherché les facteurs de risque de survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT) après une hospitalisation en service de réanimation[74,75,76,77,78,79,80,81] et en service de chrurgie[83] ; il s'agissait de différentes spécialités sans lien avec l'obstétrique. D'autres études ont montré que le vécu de l'accouchement pouvait entraîner la survenue d'un ESPT[44,46,49,50,51,52,54,56]; les facteurs de risques identifiés étaient la césarienne en urgence, l'extraction instrumentale, la douleur et un travail long. D'après le déroulement de certaines hémorragies de la délivrance (HDD) graves, il pourrait s'avérer que l'HDD constitue un facteur de risque potentiel de vécu traumatisant de l'accouchement. Le recours à une embolisation des artères utérines (EAU) pour contrôler cette HDD, semblerait, donc, être un facteur de risque spécifique supplémentaire à la survenue d'un ESPT. D'autres études ont montré qu'après EAU, la fertilité des patientes était conservée sur le plan physiologique ; cependant peu de cas sont recensés [11,28,29,30,31,41]. Une étude [11] a montré que ce faible nombre de grossesses après EAU pouvait être la conséquence du vécu traumatisant de cet événement. Nous avons donc étudié le vécu de l'HDD d'après diverses questions lors de notre interrogatoire. Il y avait deux groupes : un groupe était constitué de patientes pour lesquelles une EAU avait été nécessaire (HDDemb), l'autre groupe était constitué de patientes dont l'HDD était également sévère et résolue par l'administration de sulprostone (HDDsulp). Notre objectif était d'identifier les patientes qui présentaient un ESPT ainsi que les facteurs de survenue de cet ESPT afin de proposer des prises en charge pour limiter ce vécu traumatisant. Dans un second temps, nous avons étudié l'impact de ce vécu sur la survenue d'un ESPT et son influence sur le désir ultérieur de grossesse.

Forces et faiblesses de notre étude :

La force de notre étude est, qu'à ce jour, il n'existe aucune donnée de la littérature concernant l'ESPT et l'EAU ainsi que ses conséquences sur le désir ultérieur de grossesse. De rares études ont essayé d'étudier le lien entre HDD et ESPT, sans y parvenir. Notre méthodologie s'appuyait sur l'analyse des dossiers, un questionnaire et un entretien ce qui constitue une force quant à la précision et à la variété des informations recueillies. Cependant, notre étude manque de puissance

en raison de son faible effectif. Nous souhaitions qu'il y ait un intervalle de temps suffisant pour que la majorité des femmes qui le souhaitaient, aient une nouvelle grossesse. Nous ne pouvions donc pas étendre notre analyse à l'année 2008. En contrepartie, étant donnée le changement de logiciel de base de données durant l'année 2004, le recueil de données se serait avéré difficile et peu fiable. Afin de limiter les biais de prise en charge, nous ne pouvions pas inclure les patientes ayant accouché à la maternité Saint Vincent de Paul, ni les patientes ayant été transférées afin de bénéficier d'une EAU sur le site de Cochin.

En ce qui concerne les questionnaires, seuls vingt patientes embolisées et vingt-trois patientes dont l'HDD a été résolue par sulprostone ont pu être recontactées et seulement dix cas et treize témoins ont donné suite à notre sollicitation et ont accepté de participer à notre étude. Nous avons donc obtenu un taux de participation de 34,5% des cas et 44,8% des témoins. En raison des faibles effectifs de chaque groupe et d'un recueil de données à visée qualitative, nous n'avons pas réalisé de tests statistiques.

2.1 FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE D'UN ESPT (hors HDD) :

Dans une étude de 2004, Bérard et al ont montré que 14% des patientes avaient un traitement antidépresseur au moment de la conception et que ces patientes seraient plus à risques d'anxiété en post-partum. Les seuls facteurs prédisposant à la survenue d'un ESPT, identifiés, seraient les antécédents de troubles anxieux, obsessionnels, phobiques ou hystériques Cependant, dans nos deux groupes de patientes, aucune d'entre elles, n'avait eu recours à un traitement antidépresseur avant cette grossesse, elles n'étaient donc pas prédisposées à développer des séquelles de l'événement vécu. Différentes études ont montré l'impact de la douleur physique, perçue par les femmes lors de l'accouchement, sur la survenue d'un ESPT en post-partum[44,53,54]. Les autres facteurs de risque de survenue d'ESPT, lors de l'accouchement, étaient : le sentiment d'impuissance, de perte de contrôle et le manque d'information sur les actes réalisés[44,49,84,85] ; la perception d'un faible soutien social (notamment concernant le partenaire et l'équipe médicale)[49,46,86] présentait également un facteur de risque de survenue d'un ESPT. Enfin, la littérature[44,49,87] a mis en évidence, l'importance des attentes de la patiente

au cours de sa grossesse. Ces représentations peuvent affecter la perception de l'événement et ainsi constituer, en cas de discordance avec la réalité, un facteur de risque de développement de troubles psychologiques (déception, culpabilité, dépression et traumatisme).

2.2 LIEN ENTRE ANEMIE SEVERE EN POST-PARTUM ET VECU DE L'HDD :

Le nombre de transfusions sanguines ainsi que la quantité de produits sanguins transfusés, étaient plus importants dans le HDDemb. Ces résultats semblaient prévisibles étant donné que l'EAU constitue une étape ultérieure de prise en charge de l'HDD en cas de persistance de l'hémorragie. Au contraire, dans le second groupe, l'HDDsulp était efficace et l'EAU n'avait pas été nécessaire. Il semblait également y avoir une anémie plus fréquente et plus sévère dans le groupe HDDemb. Dans la littérature[68,69], il est prouvé que l'anémie est responsable de symptômes non spécifiques tels qu'une asthénie, une fatigabilité, une altération des performances physiques[70], des troubles cognitifs et anxio-dépressifs[71,72], une moindre résistance aux affections[70], et une altération de la relation mère/bébé[70,72,73]. Le rétablissement dure plusieurs mois. Il s'avère donc que l'anémie pourrait constituer un facteur de risque supplémentaire à la survenue d'un ESPT. En cas d'anémie sévère, il est recommandé d'effectuer une numération de formule sanguine (NFS) pour la visite post-natale. Etant donné le lien entre l'anémie, la morbidité qui en découle et ses conséquences sur le vécu traumatisant de l'HDD, il aurait été intéressant de relever le taux d'hémoglobine de ces patientes lors de la visite post-natale. Nous n'avons pas pu recueillir ces données en raison du faible nombre de dossiers dans lequel ces résultats étaient reportés. Il peut être nécessaire de proposer une aide à domicile ou la visite d'une sage-femme libérale, l'objectif de ce suivi étant de surveiller l'établissement du lien mère/bébé et la bonne récupération physique et psychologique de la patiente. Dans le cas des patientes ayant eu une HDD grave, la prise en charge de l'anémie s'étend au-delà de l'aspect médical et nécessite un travail pluridisciplinaire pour préserver le lien mère/bébé et le bon état de santé maternel. Il pourrait être intéressant d'établir une fiche de conseils pour la prévention de l'anémie du post-partum qui serait remise aux patientes en suites de couches. L'HAS recommande l'utilisation du guide « la santé vient en mangeant » de

l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé afin d'aider les femmes enceintes dans leur régime alimentaire[69], il pourrait être réutilisé dans le post-partum. L'entretien du quatrième mois devrait être un moment privilégié pour les conseils alimentaires et la prévention diverses carences. Chaque professionnel médical devrait se voir remettre le guide de l'HAS « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » ainsi que la synthèse de ces recommandations. Dans le dossier obstétrical, il pourrait y avoir une partie réservée à cet effet lors de la première consultation afin que le professionnel précise que les informations ont été fournies à la patiente. Etant donné le manque de temps imparti pour les consultations, il serait intéressant de remettre à la patiente un livret avec l'ensemble de ces informations et de réaliser des réunions d'information où les patientes pourraient poser leurs questions.

2.3 PERCEPTION DE L'HDD EN SALLE DE NAISSANCE:

Lors de ces entretiens, l'émotion exprimée par les patientes semblait plus importante dans le groupe HDDemb. Dès la première question, sans que cette dernière n'induise de récit, certaines patientes nous ont raconté avec précision leur HDD et les sensations ressenties, comme si c'était hier. Elles nous ont décrit des souvenirs très précis : *« l'infirmière me forçait à la regarder dans les yeux, je me sentais partir loin, mais sa voix me maintenait dans la situation réelle, longtemps après je l'entendais encore me répéter : regardez-moi », « j'avais la sensation de me vider de mon sang comme un robinet ouvert, j'étais passive pendant que toute l'équipe s'acharnait pour me maintenir en vie », « j'étais prise de panique, au bloc, je n'arrivais plus à me maîtriser, je n'ai jamais eu aussi peur, je délirais et plus personne ne me contrôlait… Le grand professeur est arrivé, « il m'a engueulé » et ça m'a forcé à me recadrer mais je sentais que je n'étais plus dans la réalité, ils ont dû me faire une anesthésie générale, car j'étais trop faible », « j'avais la sensation de partir, je venais d'avoir un enfant que je n'allais pas connaître »*. Ces témoignages soulignent bien cet affect d'une part donner la vie et d'autre part perdre la sienne, ce qui est inconcevable dans notre société. Ces patientes font d'emblée référence à plusieurs critères de définition de l'ESPT par le DSM IV tels que le sentiment A1 de **menace de l'intégrité physique**, le sentiment A2 de **peur intense**, le critère B de **reviviscence** et le critère C d'**évitement**. Lors de la première question, l'ensemble

des patientes cas ont semblé très émues de se remémorer leur HDD. Les patientes avec une HDDsulp, semblaient se répartir en trois groupes : un premier groupe de quatre patientes qui semblaient très affectées par leur accouchement et le fait que nous nous intéressions à ce qu'elles avaient vécu, un second groupe de sept patientes qui avaient conscience de leur HDD mais qui ne semblaient plus affectées par ce vécu. Un troisième groupe était composé de deux patientes qui n'avaient pas eu conscience de leur HDD, mais elles souhaitaient tout de même s'exprimer.

Concernant la prise en charge en salle de naissance, la majorité des patientes ont été satisfaite, mais la plupart des patientes HDDemb ont déclaré un manque d'information au cours des situations d'extrême urgence. Plus d'explications auraient, éventuellement, permis de les rassurer. Dans le groupe HDDsulp, toutes les patientes ayant trouvé les explications claires, les ont également définies comme rassurantes, ce qui montre l'importance d'expliquer chaque acte lors de sa réalisation et, dans la mesure du possible, les enjeux. Une étude réalisée sur les événements obstétricaux et leur impact sur la survenue d'un ESPT[12], a montré qu'en l'absence de pathologie durant la grossesse et jusqu'à l'accouchement, l'HDD simple ne semblait pas constituer de facteur de risque de survenue d'un ESPT ; les patientes, pleinement satisfaites de la prise en charge et vouées à leur nouveau-né, ne se souciaient plus du tout du versant obstétrical. Comme dans notre étude, pour deux patientes du groupe HDDsulp, il était retrouvé que certaines patientes n'avaient pas eu conscience de leur HDD. Dans son enquête de périnatalité de 2010, l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) a montré que les patientes recherchaient des explications des actes qu'elles avaient reçus avec, souvent, une incompréhension et donc une défiance vis-à-vis des équipes et de la pertinence des actes réalisés. Cette attente des patientes est retrouvée dans notre étude, lorsque les patientes ont exprimé une grande satisfaction à la visite d'un membre de l'équipe, présent lors de l'HDD, pour débriefer les événements. Concernant la satisfaction des patientes (réalisée sous forme de focus groupe), l'évaluation du plan de périnatalité de 2005-2007[67], montrait que 90% des patientes étaient satisfaites de la prise en charge dont elles bénéficiaient, mais 6% se déclaraient non satisfaites de la façon dont s'était déroulé l'accouchement. Entre 15% et 35% n'étaient pas satisfaites des informations et des conseils médicaux qui leurs avaient été donnés lors de leur sortie. Ce défaut d'explications était principalement exprimé dans le focus groupe

faisant apparaître de multiples insatisfactions. Les femmes trouvaient qu'on ne les prenait pas assez en compte, même si elles n'avaient pas, majoritairement, de désir de se prendre en charge. Les auteurs soulignent le peu d'usage des démarches de qualité et la faible exploitation des questionnaires de satisfaction à l'issue de l'hospitalisation. D'après le recueil du vécu de l'HDD en salle de naissance par les patientes, il en ressort un défaut d'information, les patientes ont conscience de l'état d'urgence dans lequel se trouvent les équipes, mais, le plus souvent, elles ne comprennent pas la situation, ce qui est très anxiogène pour elle. Il pourrait, donc, être intéressant, si le nombre de personnes pour la prise en charge médicale est suffisant, qu'un professionnel soit désigné pour « être à la tête » de la patiente, , afin de lui expliquer les événements, la prise en charge mise en œuvre et les enjeux comme lors d'une césarienne sous anesthésie loco-régionale. En 2008, Huissoud[59] a conduit une étude sur l'amélioration des prises en charge des patientes en situation d'urgence, en attribuant un code couleur à certains événements visant à réduire le temps s'écoulant entre la décision d'une césarienne en urgence et l'extraction foetale. Il est prouvé que la majorité des HDD, et de ses suites, résultent d'un défaut de prise en charge, il pourrait, peut-être, être intéressant de développer ces protocoles de codes couleurs dans le domaine de l'HDD. Depuis quelques années, il se développe des formations pluriprofessionnelles, lors desquelles sont réalisées des simulations de situation d'urgences obstétricales. L'objectif de ces formations est d'améliorer l'efficacité et l'organisation de la prise en charge, la communication entre les équipes et la sécurité des patientes[88,89,90]. En 2010, à Port-Royal une première journée de simulation des urgences médicales a été organisée par un laboratoire universitaire médical d'enseignement basé sur les technologies numériques et de simulations. L'objectif de ces formations est de former des professionnels dans l'action et dans des conditions les plus réalistes possibles, de travailler la coordination des soins et la cohésion des équipes. Il serait très intéressant de développer ce type de formation pour l'ensemble des équipes médicales gérant des urgences, mais il faudrait, auparavant, réaliser une étude à grande échelle afin d'étudier le rapport bénéfice/coût[90].

2.4 PEUR EXTREME ET SENSATION DE MORT :

Lors de l'HDD, sept patientes HDDemb et une patiente avec une HDDsulp, nous ont fait part de leur sensation de mort lors de leur HDD. Ce sentiment extrême exprime l'importance de la peur qu'elles ont vécue et des sensations qu'elles ont ressenties. Elles ont développé un sentiment de menace de leur intégrité physique accompagnée d'une peur intense. Certaines patientes nous ont fait part de leur sentiment d'impuissance et de perte de contrôle. Tous ces ressentis correspondent aux critères de définition de l'ESPT. Il s'avère donc que l'HDD soit un facteur de risque de survenue d'un ESPT et que l'EAU augmente significativement le risque de survenue d'un ESPT. Les patientes ont décrit une peur extrême qui, le plus souvent, concernait aussi bien elle-même, leur bébé ou leur mari. Il est important pour elles, dans la mesure du possible, de les voir avant leur transfert. Cependant une patiente a eu une photo de son bébé contre son gré, il semble, donc, important de demander à la patiente ce qu'elle souhaite afin de répondre, au mieux, à ses attentes et ainsi de limiter le traumatisme qu'elle va vivre. Il semble également important de ne pas négliger le père dans cette situation. Il est important de le prendre en considération, lui expliquer la situation, la prise en charge mise en place et les enjeux. De plus réaliser un lien père/bébé précoce semble très important. En effet, étant donné le probable état de fatigue et de détresse dans lequel se trouve la mère, son rôle auprès de son enfant et de sa femme est primordial. Le fait qu'il ait compris la situation pourrait lui permettre d'en reparler avec sa femme et ainsi de mieux la soutenir dans les périodes difficiles. Cependant, d'après les critères de définition de l'ESPT par le DSM IV, il semblerait que les pères soient également à risque de développer un ESPT même si c'est dans une moindre mesure. En effet la cause de l'ESPT peut-être la menace physique d'un proche associée à une peur extrême et un sentiment d'impuissance, ce qui pourrait être ressenti par les pères. De même certaines femmes nous ont confiés qu'elles n'avaient jamais reparlé de leur embolisation, cette circonstance correspondrait au critère C d'évitement des conversations liées à l'événement traumatique ; auquel nous pourrions ajouter le critère E qui correspond à une persistance des symptômes sur une durée supérieure à un mois. Lors d'une EAU, l'hémorragie est très importante et ce traitement est l'ultime solution avant l'hystérectomie d'hémostase. L'objectif, lorsque toutes les conditions nécessaires sont rassemblées (patiente stable hémodynamiquement,

transfert en service de radiologie interventionnel possible), est de contrôler l'hémorragie sans altérer, définitivement, la fertilité de la patiente. En cas d'EAU, l'hémorragie est plus grave que lorsqu'elle est contrôlée par sulprostone, la menace de l'intégrité physique et psychologique ainsi que la peur exprimée sont extrêmement fortes. A ce traumatisme, sont alors associées des complications qui accentuent ce choc telles que l'anémie, l'épuisement, la susceptibilité, les difficultés relationnelles psychologiques et sociales. D'un point de vue médical, il s'avère que la situation vécue, lors de l'HDDemb, est beaucoup plus grave et plus stressante, qu'en cas d'HDDsulp. Cette différence est retrouvée dans le recueil des témoignages des différentes patientes. D'une part, la grande majorité des HDDemb (90%) décrivent une sensation de mort et une peur extrême, qui correspondent aux deux causes de survenue d'un ESPT dans sa définition. D'autre part, du fait de la gravité de la situation, l'ensemble des autres facteurs de risque de survenue d'un ESPT y sont associés ; il s'agit du manque d'information : l'équipe médicale est alors focalisée sur la survie de la patiente et elle a moins la possibilité d'expliquer ses actes à la patiente ; cette dernière perçoit alors un moindre soutien de l'équipe et son vécu de l'accouchement est loin de ses attentes. Du fait de la gravité de l'hémorragie, il est alors associé une plus grande fréquence et importance de l'anémie, liée à une importante morbidité médicale, sociale et psychologique. De même, la majorité des patientes HDDemb seront hospitalisées, quelques heures, en service de réanimation, il paraît alors intéressant d'étudier les conséquences psychologiques d'une hospitalisation en service de réanimation. Une étude de Pochard [74], a montré que le stress développé lors de cette hospitalisation en réanimation pouvait sérieusement entraver la qualité de vie des patients dans les mois suivant sa sortie ; de nombreux patients ont des souvenirs traumatiques qui peuvent être associés à la survenue d'un ESPT (14 à 41%), des symptômes anxiodépressifs (12 à 47%) ou des symptômes dépressifs (10 à 30%). Il a été mis en évidence une insuffisance de prise en charge préventive et curative de ces symptômes. La priorité, en terme de prise en charge médicale, est tout d'abord somatique, mais il semble indispensable de prendre en compte la survenue des séquelles physiques, mais également psychologiques de ces patientes. Dans ces études, les réactions psychiques de ces patients face au stress, identifiées, étaient : un état de stress aigu, une sidération psychique, une régression, une confusion, une agitation, des hallucinations… Les facteurs de stress identifiés lors du séjour en réanimation étaient nombreux, il s'agissait de stress

pharmacologiques et métaboliques, du bruit, de la lumière, de l'absence de rythme nycthéméral, la douleur, les difficultés de communication et de compréhension. Il était prouvé que de nombreux survivants développaient un ESPT qui pouvait avoir des conséquences sur la morbidité somatique et sur leur vie relationnelle, affective et familiale. L'ESPT pourrait se prolonger plusieurs années après la sortie de réanimation. Cette étude montrait que le traumatisme psychique concernait également les proches impliqués dans la situation ; en effet 33% à 49%[77,78] d'entre eux présentaient un ESPT trois mois après la sortie de réanimation du patient. Certaines études ont recherché les facteurs prédictifs de survenue d'un ESPT lors du séjour en réanimation. Il y avait la présence de faux souvenirs, le patient se souvenant de faits n'ayant pas existés ; ce risque augmente avec la durée d'hospitalisation, ce qui ne semblerait donc pas concerner les patientes HDDemb et une hospitalisation en réanimation. Il était montré que le manque de compréhension et d'information sur le séjour (motif, durée, soins, pronostic, gravité) pouvait augmenter le risque de survenue de troubles psychiques. Une étude portant sur les patients de chirurgie cardiaque[79] montrait que la prévalence de l'ESPT était liée au vécu post-opératoire (aide, douleurs, anxiété, cauchemars), l'intensité des soins et la durée du séjour en réanimation, la présence de facteurs pré-traumatiques (antécédents psychiatriques, traumatiques…), la qualité de l'environnement et du soutien après la réanimation (intensité de la douleur, disponibilité de l'entourage), la détection de syndromes de stress à la fin de l'hospitalisation en service de réanimation [80] et la qualité de l'information reçue [81] . Dans cette étude, la durée du séjour dans cette population ne semblait pas influencer l'ESPT. Cependant, il n'existe que très peu d'études ayant évalué l'impact des stratégies d'intervention visant à diminuer la prévalence d'ESPT en service de réanimation. La mise en place d'un programme de réhabilitation [82] avec la mise en place de manuels pédagogiques et la réalisation d'appels téléphoniques, n'a pas permis de diminuer la prévalence d'ESPT chez ces patients. Dans une étude de 2004 [83], des auteurs ont montré que l'administration de doses supra physiologiques de cortisol en période péri-opératoire chez des patients de chirurgie cardiaque pouvait diminuer la prévalence d'ESPT et de stress chronique, mais ces résultats nécessiteraient d'être officiellement validés. Pour les patientes HDDemb, il pourrait y avoir, systématiquement, la visite d'un médecin présent lors de l'événement, afin de faire le point sur les événements et sur les prises en charge pouvant être à la disposition de cette patiente (motifs

nécessitant une consultation aux urgences, visite d'une sage-femme à domicile, aide-ménagère, consultation avec un psychologue…).

2.5 HOSPITALISATION EN SUITES DE COUCHES ET IMPACT SUR LES CONSEQUENCES DE L'HDD :

Concernant l'hospitalisation en suites de couches, les avis ont été très partagés. La majorité des patientes ont été satisfaites, soit 60% d'entre elles. Il ne semble pas exister de différence entre les deux groupes. Cependant, le taux de patientes satisfaites était très nettement inférieur aux données nationales rapportées pour la population générale. Cependant, la population étudiée est très différente de celle de notre cohorte étant donné que, dans notre étude, toutes les patientes ont connu des complications de leur accouchement, ce qui est associé à une moindre satisfaction. En effet, l'étude menée en 2008 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) concernant « la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » [66], a montré que 95% des femmes étaient satisfaites, elles appréciaient les qualités humaines des professionnels de santé ; cependant elles souhaiteraient être plus informées quant aux soins qui leurs sont prodigués, et être mieux informées sur les conseils et les informations relatifs au retour à domicile. Cette même étude a montré que le niveau de satisfaction diminuait en cas de contraintes médicales et de complications. La satisfaction des patientes diminuait de 35% en cas de césarienne. Encore une fois, l'HDD n'était pas prise en compte ; nous pourrons donc juste expliquer la moindre satisfaction des patientes en raison des complications obstétricales rencontrées. Malgré cette explication, il nous a parus important d'identifier les difficultés signalées par ces patientes afin d'améliorer ces points et espérer un meilleur vécu de cette hospitalisation. Lors des différents entretiens, les aspects négatifs qui nous ont été régulièrement signalés, étaient : une incohérence dans les conseils donnés, l'absence d'identification de nombreux membres du personnel ce qui créait un sentiment d'incompréhension dans le rôle de chacun, des attentes interminables lors des appels aux sonnettes ; au sein de certaines équipes du personnel « *peu disponible », « rude », « peu à l'écoute* » de la détresse de ces femmes. Pour améliorer ce vécu, il pourrait, être nécessaire préparer les femmes en période anténatale de la multitude et de la diversité des

informations qu'elles pourront recevoir. Il faudrait limiter, au maximum, le nombre d'intervenants qu'une patiente rencontre. Cette organisation est déjà celle effectuée à Port-Royal, mais elle a ses limites étant donné la multitude d'équipes à gérer. Cependant, la qualité de la prise en charge et le grand professionnalisme de certaines équipes ont été particulièrement appréciés par la majorité de ces patientes.

Durant leur hospitalisation, seulement 50% des patientes HDDemb et 30,8% des patientes avec une HDDsulp, ont bénéficié d'une consultation avec un psychologue. Au cours des entretiens, que nous avons menés, certaines patientes n'ont pas bénéficié de consultation psychologue ce qui leur a manqué. Il serait, peut-être, utile de proposer de façon systématique en suites de couches précoces, et dans ses suites, une consultation auprès d'un psychologue aux patientes ayant eu un accouchement traumatique en leurs expliquant l'intérêt de ce premier contact. Cette prise de contact permettrait de prendre acte de la difficulté rencontrée par ces patientes, d'être dans la reconnaissance du traumatisme, de parler de l'événement vécu lui permettrait de prendre les distances nécessaires pour mieux appréhender le futur. Elles pourraient ainsi contacter les psychologues, quand cela leur semble utile, à tout moment du post-partum. Les patientes sont totalement vouées à leur bébé dans les premiers jours du post-partum, ce qui explique que seulement 50% des patientes HDDemb et 60% des patientes HDDsulp, ont pu trouver utile la consultation auprès d'un psychologue. Il y a donc un paradoxe entre les attentes des patientes, qui souhaiteraient que le vécu soit plus souvent abordé et le faible taux de satisfaction des patientes qui ont bénéficié de cette consultation. Ce comportement pourrait être analysé comme une stratégie d'évitement, étant un critère d'ESPT. Dans son ouvrage, « la dette de vie »[3], Monique Bydlowski, a montré l'intérêt de la consultation postnatale en binôme psychologue-obstétricien permettant de mieux accepter l'effet traumatique inattendu de l'accouchement, d'éviter la survenue de troubles du sommeil et de névrose traumatique lors de la grossesse suivante. En effet, la consultation post-natale représente la clôture de l'événement, il paraît important que les patientes aient, donc, des réponses à l'ensemble de leurs interrogations afin de tenter de garder un meilleur souvenir. Dans notre questionnaire, nous n'abordions pas le thème de la consultation post-natale. Or lors des entretiens, l'ensemble des patientes nous a fait part de sa satisfaction quant à l'utilité de cette consultation. Elles ont eu le temps nécessaire pour prendre une

certaine distance par rapport aux événements qu'elles ont vécu, elles sont ainsi plus à même de reparler de cet événement, poser des questions et comprendre les prises en charge dont elles ont bénéficiées.

2.6 LIEN ENTRE VECU DE L'ACCOUCHEMENT ET SURVENUE D'UN ESPT :

De manière générale, 90% des patientes HDDemb n'ont pas gardé un bon souvenir de leur accouchement et 70% d'entre elles l'ont qualifié de mauvais à très mauvais. Au contraire, 53,8% des patientes HDDsulp, ont gardé un bon, voire très bon souvenir de leur accouchement. Encore une fois, ce souvenir montrerait que l'HDD pourrait constituer un facteur de risque de survenue d'un ESPT et que la sévérité de l'HDDemb augmenterait ce risque.

2.7 IMPACT DE L'HAD SUR LE VECU DE L'HDD :

Les patientes HDDemb étaient moins nombreuses à bénéficier d'une HAD, alors qu'elles ne semblent pas avoir bénéficié d'une hospitalisation en suites de couches plus longue. Il n'a pas été retrouvé d'explications à ces résultats. Les conséquences physiques et psychologiques de l'HDDemb ne sont peut-être pas assez prises en considération par les équipes. L'UNAF, dans son enquête de périnatalité de 2010: « Regards de femmes sur leur maternité »[65] portant sur 952 femmes ayant accouché entre 2004 et 2009 dans soixante-dix-sept départements de France, montrait que l'aide et le suivi apportés lors du retour à domicile, par les professionnels de santé, étaient particulièrement appréciés, ce qui est vérifié dans notre étude puisque la totalité des patientes ont été satisfaites par l'aide apportée. 26,9% de ces femmes auraient aimé être plus soutenue et elles auraient souhaité plus d'attention quant au suivi psychologique. Elles ont exprimé un sentiment d'isolement lors du retour à domicile, certaines femmes regrettaient que l'on ne se soit pas plus soucié de leur suivi psychologique. D'après les attentes exprimées par ces femmes, il pourrait être intéressant de parler des possibilités d'HAD lors de l'entretien du quatrième mois. Si la patiente ne bénéficie pas de cette consultation, nous pourrions en parler en consultation prénatale, au CEF ou en suites de couches. L'HAD avec la visite d'une sage-femme pourrait être proposée systématiquement à toutes les femmes avec une grossesse ou un accouchement difficile, même si leur nouveau-né est hospitalisé en

pédiatrie. Si la patiente ne souhaite pas de suivi à domicile, il pourrait être intéressant de chercher à connaître ses motivations et lui expliquer la prise en charge sociale dont elle a droit et l'intérêt de ce suivi. Enfin, s'il n'y a pas de disponibilité concernant l'HAD, nous pourrions proposer un suivi par une sage-femme libérale ou orienter la patiente vers la PMI de secteur ou vers son médecin traitant au deuxième ou troisième jour après la sortie. Ce manque d'offre concernant la prise en charge post-natale des femmes a été mis en évidence dans l'évaluation du plan de périnatalité [67], les femmes ont exprimé un vécu du retour à la maison souvent difficile sur de nombreux plans, maternel, psychologique ou matériel. Les objectifs pour 2010-2013 sont donc, entre autre, de renforcer l'accompagnement post-natal et de poursuivre la considération de l'aspect psychologique et psychiatrique de la grossesse et de l'accouchement. De plus, il paraît important de souligner que cette étude portait sur la population générale, donc, en majorité, sans pathologie. Nos deux groupes de patientes, en raison de leur HDD grave, sont donc encore plus susceptibles de vivre un retour à domicile difficile (majoré pour le groupe de patientes avec EAU) en raison du traumatisme vécu lors de l'HDD et des troubles qui lui sont associés.

Toutes ces propositions sont déjà mises en place pour la plupart d'entre elles. Cependant, n'existant pas de recommandations, ces prises en charge sont laissées à l'appréciation de chaque personnel soignant ce qui explique que toutes les patientes n'ont pas connaissance de l'ensemble des prises en charge dont elles peuvent bénéficier.

2.8 LIEN ENTRE VECU DE L'HDD ET DESIR ULTERIEUR DE GROSSESSE :

La majorité des patientes HDDemb, n'ont pas eu de nouvelle grossesse en raison d'un vécu traumatisant de leur HDD. Elles déclaraient ne pas souhaiter prendre de risque avec une nouvelle grossesse. D'après nos critères d'inclusion d'une patiente au groupe ayant présenté un ESPT suite à leur HDD, deux de ces patientes ont eu un désir de grossesse malgré leur traumatisme. La modification du projet de grossesse des sept autres patientes (77,8%) correspondrait au phénomène d'évitement décrit comme le critère C du DSM IV pour la définition de l'ESPT. Ces données étaient précédemment retrouvées par Le Tohïc dans sa thèse de Médecine, montrant que pour 89,5% des patientes, le vécu traumatisant de leur accouchement

constituait une limite au désir ultérieur de grossesse. Dans la littérature [38], sur l'ensemble des patientes embolisées recensées, seulement cent-treize patientes ont obtenu une nouvelle grossesse, dont quatre-vingt-seize menées jusqu'à l'accouchement. Ce faible effectif est la preuve que peu de femmes souhaitent une nouvelle grossesse après le vécu d'une HDDemb. Quelques études ont étudié la survenue d'un ESPT suite à un accouchement traumatique[12,51,54] (extraction instrumentale, césarienne en urgence, travail long, anomalies du RCF) ou classique[46,47,48,49,59]. Cependant, aucune de ces études n'a étudié l'impact de ce vécu dans le désir ultérieur de grossesse. En ce qui concerne, les grossesses ultérieures dans le groupe de patientes témoins, 70% d'entre elles qui avaient un projet de grossesse ont pu être à nouveau enceinte. Seules trois patientes n'ont pas eu de nouvelle grossesse pour des raisons personnelles.

En cas d'antécédent d'HDD, les patientes sont à haut risque de récidive d'HDD, soit 30% d'entre elles [38]. Dans notre étude, la seule patiente HDDemb qui a, à ce jour, mené sa grossesse à terme a fait une nouvelle HDD qui a été contrôlée par l'administration de sulprostone. 57,1% des patientes avec une HDDsulp ont fait une nouvelle HDD, résolue par sulprostone, lors de leur accouchement suivant. Ces taux sont supérieurs aux données de la littérature, mais notre cohorte ne concernant qu'un très faible nombre de patientes (une patiente cas et sept patientes témoins), ces taux ne sont pas représentatifs de la réalité.

2.9 DIFFERENCE DE VECU ENTRE HDDemb ET HDDsulp :

D'après l'étude du vécu de l'HDDemb et par des patientes dont l'HDDsulp, il s'avère que la sévérité de l'HDD résolue par EAU constitue un facteur de risque de survenue d'un ESPT. La sévérité de l'HDD peut expliquer la différence entre les deux groupes. Cependant, la procédure de l'EAU, elle-même, de par son environnement particulier, pourrait être associée à des facteurs entraînant un traumatisme plus important : peur extrême, stress des équipes, rapidité d'intervention et moindre explications sur le moment, transfert vers un autre service et une nouvelle équipe, hospitalisation en réanimation ou en salle de réveil, séparée de son bébé et de son mari. Tous ces paramètres sont associés à une plus grande demande de soutien et d'aide lors de leur séjour en suites de couches ce qui n'est pas toujours à la hauteur de leurs attentes. Lors de cet événement, les patientes HDDemb décrivent plus

fréquemment une sensation de mort, de perte de contrôle de la situation et de sentiment d'impuissance lors de l'HDD. Du fait de cette HDD sévère, elles présentent plus fréquemment une anémie et ses symptômes associés. En raison de ce traumatisme et de l'épuisement associé, elles présentent une moindre satisfaction de leur hospitalisation. Les aides, dont elles pourraient bénéficier, de leurs sont pas assez fréquemment proposées. Dans les suites du vécu du traumatisme, elles présentent plus fréquemment une souffrance psychologique, des troubles du sommeil, une irritabilité ainsi qu'un évitement des éléments faisant référence à leur accouchement. Certaines patientes ont décrit une altération de leurs relations sociales et la persistance de séquelles durant plusieurs années. Certaines patientes dont l'HDDsulp présentent également des critères d'ESPT, mais dont la survenue est moins fréquente et moins importante. En effet, le recours à l'EAU constitue un facteur de gravité de l'HDD qui n'a pu être contrôlée par l'utilisation de sulprostone. Il est alors associé à cet événement, une plus fréquente survenue d'un ESPT avec d'importantes conséquences sur le désir ultérieur de grossesse.

2.10 PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE VECU DE L'HDD :

L'ensemble des propositions émises pour améliorer le vécu de l'HDD grave par les patientes est récapitulé dans l'encadré suivant.

Réaliser une étude rétrospective sur l'évaluation des explications reçues par les patientes lors d'une HDD et leur compréhension. Ce questionnaire pourrait être réalisé en suites de couches puis à la consultation post-natale.

Expliquer, systématiquement, la prise en charge à la patiente et à son conjoint, en temps réel puis, lors de son hospitalisation en suites de couches.

Réaliser annuellement un staff de sensibilisation des équipes médicales et paramédicales, des différents services de la maternité, au vécu des situations traumatiques par les patientes afin que ces équipes soient plus sensibles à la détresse de ces patientes.

Limiter le nombre d'intervenants auprès de chaque patiente, en fonction des possibilités.

Proposer systématiquement la visite d'un psychologue et expliquer l'intérêt de cet entretien pour la patiente, en suites de couches puis lors de la consultation post-natale.

Remettre à toutes les patientes, qui ont eu une HDD, une feuille avec les coordonnées des urgences, un rappel « dans quel cas venir aux urgences » et les coordonnées des psychologues du service en cas de besoin. Il faut encadrer, au maximum, la sortie de ces patientes afin de les rassurer. Il faut qu'elles aient conscience que les équipes reconnaissent la détresse dans laquelle elles peuvent se trouver et que, de ce fait, plusieurs prestations sont mises à leur disposition.

Proposer systématiquement une HAD, un relais PMI ou la visite d'une sage-femme libérale. En l'absence de possibilité de ces prestations, il faudrait suggérer à la patiente de prendre contact avec son médecin traitant dans la semaine suivant sa sortie. Il est important d'insister sur l'intérêt d'un relais avec un personnel médical après la sortie de la maternité.

Conclusion

Notre étude est en accord avec la littérature concernant l'efficacité de l'embolisation des artères utérines (EAU) puisque qu'elle obtient un taux de réussite de 90% sans présenter de complications majeures. Malgré une fertilité conservée, la littérature ne recense qu'un faible taux de grossesse après EAU, nous avons donc émis l'hypothèse que le vécu de l'hémorragie grave de la délivrance (HDD) pouvait avoir un impact sur le désir ultérieur de grossesse. Nous avons essayé d'identifier les différents facteurs intervenant dans le vécu de cet événement.

Il semblerait que la majorité des patientes embolisées présentent un sentiment de mort, une sensation d'impuissance et une peur extrême. Suite à cet événement, certaines femmes semblent présenter des périodes de reviviscence de l'événement à travers des cauchemars et des flash-backs. Elles décrivent une souffrance psychologique et elles semblent éviter tout ce qui pourrait leur rappeler cet événement. Certaines patientes présenteraient encore des séquelles physiques et psychologiques persistantes plusieurs années après leur accouchement, alors qu'en l'absence de pathologie identifiée, ces symptômes devraient disparaitre dans le mois suivant l'événement traumatique. En associant l'état physique, psychologique et social, décrits par les patientes, à la définition de l'état de stress post-traumatique (ESPT), il semblerait que la majorité des patientes, ayant eu une HDD résolue par EAU, présentent un ESPT suite à cet événement. Nous avons également étudié le vécu de l'HDD résolue par sulprostone. Suite à cette HDD, certaines patientes semblent présenter, également, des critères d'ESPT, mais aucune patiente n'a déclaré avoir modifié son projet de grossesse. Il ne semblerait donc pas exister de lien direct entre le vécu d'une HDD grave résolue par sulprostone et la modification du désir ultérieur de grossesse, contrairement aux femmes ayant subi une HDD plus sévère traitée par une EAU. Le recours à une EAU étant nécessaire en cas d'échec de contrôle de l'HDD par sulprostone, elle est donc, le plus souvent, associée à une HDD plus sévère. D'après notre étude, il semblerait que la sévérité de l'HDD associée à une EAU, constitue un facteur de risque de survenue d'un ESPT. Les paramètres associés à la gravité de l'HDD, intervenant dans la survenue de cet ESPT, seraient le sentiment de peur extrême, la sensation de mort et de perte de

contrôle, un mauvais souvenir de l'accouchement, l'évitement des éléments pouvant leurs rappeler leur accouchement, les troubles du sommeil ; l'hospitalisation en réanimation, en raison de la gravité de l'HDD associée, du stress, du bruit, de la lumière, de l'absence de rythme nycthéméral, de la douleur ; la morbidité associé à cette HDD : l'anémie, l'épuisement, les difficultés relationnelles ; le manque d'information lors de l'HDD, en suites de couches, et quant aux prestations dont ces femmes peuvent bénéficier lors du retour à domicile ; des difficultés matérielles et humaines rencontrées lors du séjour en suites de couches ; de l'absence de soutien social.

Les résultats de notre étude, nous permettant de suggérer quelques pistes afin de réduire les conséquences de cet événement traumatisant seraient de réaliser un staff de sensibilisation des équipes aux situations traumatiques pouvant être vécues par les patientes ; de proposer systématiquement la visite d'un psychologue, et d'expliquer l'intérêt de cet entretien pour la patiente, en suites de couches puis lors de la consultation post-natale ; de remettre aux patientes, lors du retour à domicile, une fiche de l'ensemble des prestations dont elles peuvent bénéficier dont les coordonnées des urgences obstétricales et des psychologues ; d'effectuer systématiquement un relais HAD, PMI ou avec le médecin traitant, accompagné d'un courrier résumant l'événement.

L'HDD constituerait un facteur de risque de vécu traumatisant de l'accouchement. La sévérité de l'HDD associée à la nécessité d'une EAU, augmenterait le risque de survenue d'un ESPT. L'EAU nécessite un transfert dans un autre service avec une nouvelle équipe ainsi que la séparation entre la mère, son bébé et son mari. Ces paramètres traumatisant sont associés à une sensation de mort et de perte de contrôle, à un mauvais souvenir de l'accouchement, à l'évitement des éléments pouvant leurs rappeler leur accouchement, à des troubles du sommeil ; à une plus fréquente hospitalisation en réanimation (stress, bruit, lumière, absence de rythme nycthéméral, douleur) ; à une morbidité plus importante (anémie, épuisement, difficultés relationnelles) ; à un manque d'information lors de l'HDD, en suites de couches, et quant aux prestations dont ces femmes peuvent bénéficier lors du retour à domicile ; à des difficultés matérielles et humaines rencontrées lors du séjour en suites de couches ; à un défaut soutien social.

Il serait intéressant de réaliser une enquête du vécu de l'accouchement et de ses suites chez toutes les patientes ayant fait une HDD. Elle permettrait d'étudier le vécu de l'événement et d'évaluer la qualité des explications reçues par ces patientes et leur degré de compréhension. Elle pourrait être réalisée à l'aide d'entretiens dirigés par des questionnaires lors de l'hospitalisation en suites de couches puis à la consultation post-natale. Réaliser à plus grande échelle, elle permettrait de mieux évaluer les facteurs de risque de survenue d'un ESPT afin de mieux analyser les mécanismes et ainsi de proposer une prise en charge spécifique pour prévenir ce traumatisme.

Bibliographie

1. Gayat. E, Morel O, Daaloul. W, Rossignol. M, Le Dref. O, Payen. D, Mebazaa. A. *Hémorragies en obstétrique*. Paris : Elsevier Masson, 2009, 36-820-A-10.

2. Waddington A., Ampelas J-F., Mauriac F., Bronchard M., Zeltner L., et al. *Etat de stress post-traumatique : le syndrôme aux différents visages*. Paris: *L'encéphale 2003, XXIX ; 20-27*, 2003.

3. Bydlowsky M. *La dette de vie*. Paris : Le fil rouge, 1997, 208 p.

4. Cabrol D, Goffinet F. *Traité d'obstétrique*. Paris : Flammarion Médecine, 2003, 1152 p.

5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental discorder (DSM IV)*. Washington, APA, 2000, 1120 p.

6. Fereri M, Fereri R. Maturation et vulnérabilité, Estem, 2003, ISBN 2 84371 206 B

7. American psychiatric associations, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 2003.

8. Inserm Unité 953. *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2006-2007*. Paris, 2010.

9. Keïta-Meyer, comité scientifique de la SFAR. *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle* (CNEMM) 2001-2006. Paris, 6 juin 2010, 100 p.

10. Rudigoz RC, Dupont C, Colin C et al. *Prise en charge des hémorragies graves du post-partum dans 6 réseaux de périnatalité : mise en œuvre et impact d'un programme multi-facettes*, journées du ceppral. Lyon, octobre 2010, 19 p.

11. Le Tohïc A. *Fertilité après embolisation des artères utérines pour hémorragie de la délivrance*. Thèse pour le titre de Docteur en médecine, Université Paris V, 2005, 92 p.

12. Greco Geffroy G. *Etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes chroniques*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Paris XII, 11/10/2005, 73 p.

13. Chichakli LO, Atrash HK, Mackay AP, Musani AS, Berg CJ. *Pregnancy-related mortalité in the united states due to hemorrhage: 1979-1992. Obstet Gynecol*, 1999 94(5PtJ 721-5
14. Durier. M, Grynberg M, Charles. C, Gabriel. R. *Delivrance normale et pathologique. EMC Obstetrique* 5-108, M-10, 2010,

15. Goffinet. F, Mercier. F, Tessier V, Pierre. F, Dreyfus. M, Mignon. A, et al. *Postpartum haemmorhage recommandations for clinical practice by the CNGOF (december 2004). Gynecol Obstet Fertil*, 2005; 33-268-94;

16. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret- Mosser S. *Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004 ; 33 : 4S9-4S16,

17. Bouvier-Colle MH, Ould El Jould. D, Varmoux. N, Goffinet. F, Alexander S, Bayouneou F, et al,. *Evaluation of the quality of care for severe obstetrical hémorragie in three frenchs regions*. *BJOG*, 2001, 108-898-903,

18. Pelage J-P, Liomot. O, *Place actuelle de l'embolisation artérielle dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum immédiat*, *EMC*, 2008, 1297-9589

19. Pelage JP, Laissy JP, *Prise en charge des hémorragies graves du post-partum : indications et techniques de l'embolisation artérielle*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004 ; 33 : 4S93-4S102
20. Abdrabbo S. *Stepwise uterine devascularization : a novel technique for management of uncontrolable postpartum haemorrhage with preservation of the uterus*, *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 694-700

21. Sentilhes L, Gromez A, Clavier E, Resch B, Verspick E, Marpeau I, *Predictors failed pelvic arterial embolization for severe postpartum hemorrhage*, *Obstet Gynecol,* 2009 113:992-9

22. Cottier JP, Fignon A, Tranquart F, Herbreteau D, *Uterine necrosis after for arterial embolization for postpartum haemorrhage, Obstet Gynecol,* 2002; 103:184-3

23. Eboue C, Parjot P, Huet H, Jeanne Pasquier C, Herlicoviez M, *Uterine and ovarian necrosis following embolization of the uterine arteries for postpartum haemorrhage*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris 2007, 36;298:301

24. Porcu G, Roger V, Jacquier A, Mazouni C, Rojat Habib MC, Girard C, et al*, Uterus and bladder necrosis after uterine artery embolization for postpartum haemorrhage. BJOG,* 2005; 112:122-3
25. Greenwood LH, Glickman MG, Schwartz PE, Morse SS, Denny DF, *Obstetric and non malignant gynaecologic bleeding treatment with angiographic embolization, Radiology,* 1987; 164:155-9

26. Ojala K, Perala J, Kariniemi J, Ranta P, Raudaskoski T, Tekay Y, *Arterial embolization and prophylactic catheterisation for severe obstetric haemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand,* 2005:84:1075-80

27. Chung JW, Jeong H, Joh JH, Park SJ, Jun JK, Khim SH. *Percutaneous transcatheter angiographic embolization in the management oh obstetric hemmorhage*. *J Reprod Med*, 2003; 48:268-76,

28. Oman D, White R, Pollak J, Tal M. *Pelvic embolization for intractable postpartum hemorrhage: long-term follow-up and implication for fertility*. *Obstet Gynecol*, 2003;102:904-10
29. Salomon IJ, de Tayrac R, Castaigne Meary V, Audibert F, Musset D, Ciorascu R, et al. *Fertility and pregnancy outcome following pelvic arterial embolization for severe postpartum hemorrhage*. A cohort study. *Hum reprod,* 2003; 18:849-52

30. Chauleur C, Fanget C, Tourne G, Levy R, Larchez C, Seffert. P. *Serious primary postpartum hemorrhage, arterial embolization and future fertility : a retrospective study of 46 cas*. *Hum reprod*, 2008; 23:1553-8

31. Cordonnier C, Ha Vien DE, Depret S, Houffain Debarge V, Provost N, Subtil D, *Fœtal growth retardation in the next pregnancy after uterine artery embolization for postpartum hemorrhage*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103.183-4
32. Goffinet F, Mercier F, Tessier V, Pierre F, Dreyfus M, Mignon A, et al. *Post-partum hemorrhage : recommandations for clinical practice by the CNGOF*, *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2005; 33: 268-274
33. Kayem G, Grange G, Goffinet F, *Management of placenta accreta*, *Gynecol Obstet Fertil*, 2007, 35-186-92
34. Tessier V, Pierre F*, Risk factors of postpartum hémorragie during labor and clinicat and pharmacological prevention*, *J Gynecol obstet reprod,* 2004 ; 33 4S29-4S56
35. Goffinet F, Haddad B, Carbonne B, Sebban F, Papiernik E, Cabro D, *Pratical use of sulprostone in the treatment of hemorrhages during delivery*, *J Gynecol Obstet Biol reprod,* Paris 1995: 24-209-16
36. Kirz DS, Haag MK, *Management of the third stage of labour in pregnancies terminated by prostaglandin E2*, *AM J Obstet Gynecol*, 1989; 160-412-4
37. Kayen G, Anselem O, Schmitz T, Goffinet F, Davy. C, Mignon. A, et al. *Conservative versus radicale management in cases of placenta accreta: a historical study*, *J Gynecol Obstet et Bio reprod* , Paris, 2007, 36-680-7
38. Sentilhes L, Resch B, Gromez A, *Traitements chirurgicaux et alternatives non médicales des hémorragies du post-partum, EMC techniques chirurgicales- Gynécologie,* 2010 ; 52988-7
39. Pelage J.P, Ledref O, Jacob D., Soyer P, Rossignol M., Truc J, et al. *Embolisation utérine : anatomie, technique, indication, résultats et complications, J. Radiol.* 2000 ; 81 : 1863-1872
40. Pelage JP, Ledref O, Jacob D, Soyer P, Herbreteau D, Rhymer R,. *Selective arterial embolization of the uterine arteries in the management of intractable postpartum haemorrhage*. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 1999; 78(8): 698-703.
41. Sentilhes L, Gromez A, Clavier E, Resch B, Verspyck E, Marpeau L, *Fertility and pregnancy outcomes following pelvic arterial embolization for postpartum haemorrhage, BJOG,* 2010 ; 117 : 84-93
42. Vegas G., Illescas T., Munoz M., Perez-Pinar A., *Selective pelvic arterial embolization in the management of obstetric hemorrhage, Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2006; 127: 68-72
43. Mathe M.L., Morau E., Vernhet-Kovacsik H., Picot M.C., Boulot P. *Impact of the new French clinical practice recommandations in embolization in post-partum and post-abortion hemorrhage : study of 48 cases, J. Perinat.* Med. 2007; 35: 532-537
44. Ballard CG, Stanley Ak, Brockington IF, *Post-traumatic stress discorder (PTSD) after childbirth*. *Br J Psychiatry,* 1995; 166: 525-8
45. Stoll C, Kappfhammer HP, Rothenhausler Hb et al*, Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment*. *Intens Care Med,* 1999; 25: 697-704

46. Soderquist J., Wijma B, Thorbert G, Wijma K. *Risk-factors in pregnancy for post-traumatics stress and depression after childbirth. BJOG,* 2009; 116 (5): 672-80

47. Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. *Post-traumatic stress discorder after childbirth : analysis of symptom presentation and sampling. J Affect Discord,* 2009: 13
48. Zaers S, Waschke M, Elhert U. *Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress discorder in women after childbirth. J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2008; 29(1):61-71

49. Czarnocka J, Slade P. *Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Br J Clin Psychol*, 2000; 39: 35 -51.

50. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. *Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence of contributing factors. Birth*, 2000; 27: 104-11
51. Denis A.,Callahan S., *Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de la littérature*, Association Française de Thérapie Comportementale et cognitive*, Elsevier Masson*, doi : 10.106/j.jtcc.2009.10.002, 2009

52. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. *Post-traumatic stress discorder after childbirth. Br J Psychiatry*, 1995; 166: 525-8

53. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth,* 2003; 30: 36-46

54. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. *Douleur de l'accouchement : dissociation et détresses périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. Gyn Obstet Fert,* 2007 ; 35 : 1136-42

55. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. *Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study*. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2001; 80:39-45
56. Leeds L, Hargreaves I. *The psychological consequences of childbirth. J Reprod Infant Psychol,* 2008; 26(2): 108-22

57. Hong T.M., Tseng H.S., Lee R.C., Wang J.H., *Chang C.Y. Uterine artery embolization: an effective treatment for intractable obstetric haemorrhage, Clin. Radiol.* 2004 ; 59 : 96-101

58. Chauleur C., Fanget C., Tourne G., Levy R., Larchez C., Seffert P. *Serious Primary post-partum hemorrhage, arterial embolization and future fertility: a retrospective study of 46 cases Hum. Reprod.* 2008 ; 23 : 1553-1559

59. Huissoud C, du Mesnildot P, Sayegh I, Dupuis O et al, *La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes, EMC,* 2008

60. Knight M, Callaghan M, Berg C et al, *Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommandations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group, BMC Pregnancy and Childbirth,* 2009

61. Woiski M, Hermens R, Middeldorp J, Kremer J, Marcus M, Wouters M et al, *Haemorrhagia post partum; an implementation study on the evidence-based guideline of the Dutch Society of Obstetrics*

and Gynaecology (NVOG) and MOET (Managing Obsteric Emergencies and Trauma-Course) instructions; the fluxim study, BMC Pregnancy and Childbirth, 2010

62. Fournet S, *Peri-partum Hemporrhage: surgical management, EMC,* 2008

63. Broche DE, Gay C, Armand-Branger S, Grangeasse L, Terzibachian JJ, *Acute postpartum anaemia. Clinical practice and interest of intravenous iron, Gynecol Obstet Fertil,* 2004

64. Zhang WH et coll.: *Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal delivery: cluster randomised trial in13 European countries. BMJ* 2010;340:c293

65. UNAF (Union Nationale des Associations Familiales), *Enquête de périnatalité : « Regards de femmes sur leur maternité »*, Paris, 2010

66. DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*, Paris, 2008

67. Ministère de la santé et des sports- Direction générale de la santé, *Evaluation plan périnatalité 2005-2007,* Paris, mai 2010.

68. Rostan. V, *Anémie du post-partum : facteurs prédisposant et prévention, La revue sage-femme*, Vol 4 n°4, septembre 2005.

69. Beucher, Grossetti, Simonet, Leporrier, Dreyfus, *Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement,* JBOPB, février 2011.

70. Bodnar L.M., Cogswell M.E., McDonald T. *Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency?, Am J Obstet Gynecol* 2005 ; 193 : 36-44

71. Corwin E.J., Murray-Kolb L.E., Beard J.L. *Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression, J Nutr* 2003 ; 133 : 4139-4142

72. Beard J.L., Hendricks M.K., Perez E.M., Murray-Kolb L.E., Berg A., Vernon-Feagans L., et al. *Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition, J Nutr* 2005 ; 135 : 267-272

73. Perez E.M., Hendricks M.K., Beard J.L., Murray-Kolb L.E., Berg A., Tomlinson M., et al. *Mother-infant interactions and infant development are altered by maternal iron deficiency anemia, J Nutr* 2005 ; 135 : 850-855

74. Pochard, Kentish-Barnes, Azoulay, *Evaluation des consequences psychologiques d'un séjour en réanimation, Réanimation,* 2007, volume 16 n°6, p533-536.

75. Ampélas J.F., Pochard F., Consoli S. *Les troubles psychiatriques en service de réanimation, L'Encéphale,* 2002 ; 28 : 191-199.

76. Bironneau E., Martineau W., Nicolas F. *Diagnostic des troubles psychiatriques en réanimation, Réan Urg,* 1998 ; 7 : 629-636.

77. Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N. , The Famirea group, *Risk for posttraumatic stress syndrome in family members of intensive care unit patients, Am J Respir Crit Care Med,* 2005; 171 : 987-994

78. Jones C., Skirrow P., Griffiths R.D, et al. *Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care, Intensive Care Med* 2004 ; 3 : 456-460

79. Schelling G., Richter M., Roozendaal B. , et al. *Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery*, *Crit Care Med* 2003 ; 7 : 1971-1980

80. Ehde D.M., Patterson D.R., Wiechman S.A. , et al. *Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury, J Burn Care Rehabil* 1999

81. Griffiths R.D., Jones C. *Intensive care aftercare*, Oxford: Butterworth-Heineman, 2002.

82. Jones C., Skirrow P., Griffiths, et al. *Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial, Crit Care Med* 2003.

83. Schelling G., Kilger E., Roozendaal B et al. *Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study, Biol Psychiatry* 2004.

84. Menage J. *Post-traumatic disorder in whomen who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. A consecutives series of 30 cases of PTSD, J Reprod Infant Psychol,* 1993

85. Lyons S. *A prospective study of posttraumatic stress symptoms 1 month followimg childbirth, J Reprod Infant Psychol,* 1998

86. Melender H.L. *Experience of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women, Birth,* 2002

87. Crowe K., von Bayer C. *Predictors of a positive birth experience, Birth,* 1989

88. Mann S, Pratt S, Role of clinician involvement in patient safety in obstetrics and gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA, 2010.

89. Andreatta PB, Bullough et al, Simulation and team training, Clin Obstet Gynecol. 2010 Sep

90. Merien, Van de Ven et al, Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review, Obstet Gynecol. 2010 May

Annexe I : Recommandations du CNGOF sur la prévention clinique de l'HDD :

- Une surveillance régulière de la patiente durant les deux heures suivant l'accouchement (pertes sanguines, globe utérin, fréquence cardiaque et pression artérielle);

- Une prise en charge active de la délivrance avec une traction contrôlée du cordon associée à une contre-pression sus-pubienne à l'aide de la main abdominale. En cas d'utérus hypotonique, il est recommandé d'effectuer un massage de l'utérus;

- Un examen du placenta afin de vérifier son intégrité auquel cas il sera nécessaire de réaliser une révision utérine;

- L'administration prophylactique de 5 à 10 UI d'ocytocine IV ou IM lors du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né ou après l'expulsion du placenta ;

- Une délivrance dirigée en cas de non décollement placentaire dans les 30 minutes suivant l'accouchement.

Annexe II : Description d'une embolisation des artères utérines pour HDD :

L'EAU concerne les artères utérines et éventuellement les troncs antérieurs de l'artère hypogastrique. Elle consiste en l'occlusion de la lumière artérielle des vaisseaux à l'origine de l'hémorragie par l'injection sélective de différents matériaux (fragments résorbables de gélatine, particules d'embolisation non résorbables : polyvinyl alcohol, colles acryliques : famille des cyanoacrylates, spirales mécaniques auto expansibles : coïls). Elle est pratiquée dans une salle d'angiographie équipée d'un matériel de réanimation pour la surveillance de la patiente.

La patiente est installée en décubitus dorsal, avec une sonde à demeure et sous anesthésie locale. Une voie d'abord est mise en place, il s'agit le plus souvent d'un introducteur artériel 4 ou 5F au niveau de l'artère fémorale commune, le plus souvent à droite (Y).

Dans un premier temps, on réalise une arteriographie avec introduction d'un cathétérisme rétrograde jusqu'à la bifurcation aortique, puis au niveau de chaque axe hypogastrique de façon controlatérale et enfin de façon homolatérale au désilet fémoral. A ce niveau, l'injection du produit de contraste permet de préciser l'anatomie vasculaire, de dépister une extravasation du produit de contraste (illustré sur l'iconographie A) traduisant un saignement actif (observée pour un débit supérieur à 0.5ml/min), d'objectiver la lésion causale (présence d'une hyperhémie focalisée d'un placenta accreta, d'une plaie ou d'une malformation vasculaire) ; en cas d'atonie utérine, les aspects sont peu spécifiques : hypertrophie bilatérale des artères utérines, volumineuses veines de drainage stagnantes avec un utérus restant très volumineux.



Iconographie A : Injection sélective dans l'artère utérine gauche montrant une artère très augmentée de volume, caractéristique de l'atonie utérine[39].

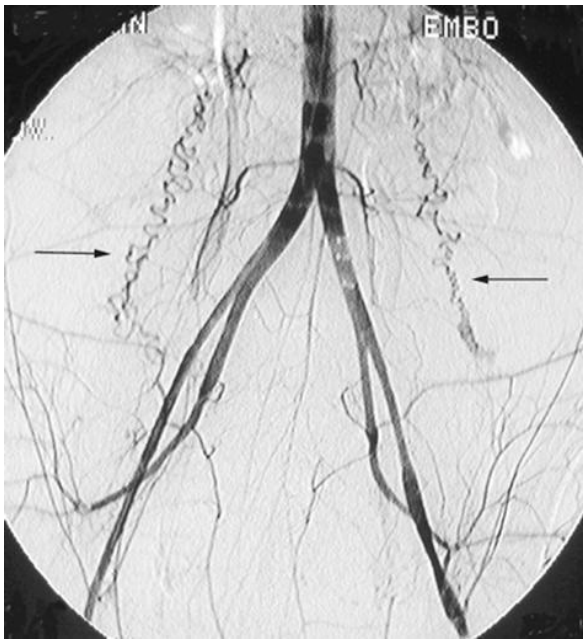
La seconde étape consiste en la réalisation de l'EAU. Si l'origine du saignement est visualisée, alors il est effectué un cathétérisme sélectif puis une embolisation de l'artère impliquée (iconographie B), avec, généralement, une embolisation bilatérale des artères utérines. La présence d'anastomoses droite/gauche provoquent une reperméabilisation en cas d'embolisation unilatérale et serait un facteur d'échec (Y1). En l'absence d'identification de l'origine des saignements, une embolisation bilatérale est effectuée en première intention, car ces axes artériels assurent la majeure partie de la vascularisation utérine. Si la réalisation du cathétérisme sélectif des artères utérines est impossible ou s'il est nécessaire de réaliser l'EAU en extrême urgence, alors une embolisation non sélective du tronc antérieur des artères hypogastriques sera effectué.



Artère utérine gauche après embolisation

Iconographie B après embolisation par des fragments résorbables de gélatine, occlusion satisfaisante[39].

La troisième étape correspond à l'aortographie de contrôle, dont les clichés permettent d'identifier les différentes branches à l'origine des réseaux de suppléance (artères cervicovaginales, puddendales internes, ovariennes…). Un cathétérisme sélectif ainsi que l'embolisation de ces axes vasculaires peuvent être effectués en complément en cas de persistance des saignements et de l'identification de leur implication dans l'hémorragie.



Aortographie chez une femme présentant une HPP grave[39]

A la fin de l'intervention, l'obstétricien vérifie l'efficacité de l'intervention par la surveillance des saignements et la tonicité du globe utérin. L'introducteur artériel est laissé

en place afin de limiter le risque d'hématome et de compression prolongée. La surveillance post-embolisation est assurée en salle de réveil, en unité de soins intensifs ou en service de réanimation.

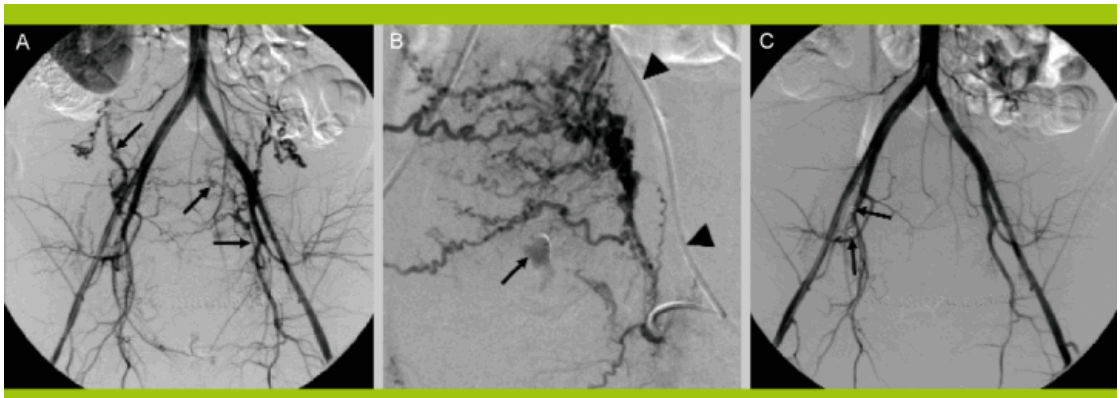


Figure 1. Patiente de 31 ans présentant une hémorragie post-partum sévère

A. L'artériographie initiale du pelvis permet de repérer les deux artères utérines (flèches noires) avec leur aspect typique en tire-bouchon. B. Après cathétérisme sélectif de l'artère utérine gauche (têtes de flèches noires), mise en évidence d'une extravasation de produit de contraste au niveau d'une branche terminale (flèche noire), traduisant un saignement actif. C. Le contrôle angiographique final montre une occlusion complète des artères utérines. A noter la présence de deux microcoils métalliques au niveau de l'artère utérine droite (flèches noires) qui ont été utilisés pour l'obstruction proximale de cette artère.

Irion. O, revue médicale suisse n°176 publiée le 22/10/2008.

Annexe III : Questionnaire du vécu d'une hémorragie grave de la délivrance :

QUESTIONNAIRE DE VECU D'UNE HEMMORAGIE GRAVE DE LA DELIVRANCE :

Date de remplissage du questionnaire: | | | | | | | 2 | 0 | | |

1. **Lors de votre hémorragie de la délivrance,**

1.1 Comment vous a semblé la qualité des soins médicaux ?

Très satisfaisante	Satisfaisante	Médiocre	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante

1.2 Comment avez-vous trouvé les explications de l'équipe ?

Très claires	claires	Peu claires	Pas du tout claires

Très rassurantes	Rassurantes	Médiocres	Peu rassurantes	Pas du tout rassurantes

1.3 Vous êtes-vous sentie,

Très fatiguée	Fatiguée	Peu fatiguée	Pas du tout fatiguée

Très anxieuse	Anxieuse	Peu anxieuse	Pas du tout anxieuse

1.4 Quelle a été globalement l'intensité de votre peur au lors de l'hémorragie en salle de naissance ?

Cocher la case correspondant à la réponse appropriée :

0 = Absence de peur 9 = Sensations de peur extrême
Plus l'intensité de la peur est grande, plus la note est t élevée.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1.5. Si votre peur était supérieure ou égale à 1, avez-vous eu peur pour :

- Vous-même
- Votre bébé
- Votre mari
- Autre :

1.6 De quoi avez-vous eu peur ?

2. **En service de radiologie, lors de l'embolisation : (questions réservées aux patientes ayant bénéficié d'une embolisation des artères utérines)**

2.1 **Lors de l'embolisation des artères utérines, avez-vous subi une anesthésie générale ?**

☐ Oui

☐ Non

2.2 **Que pensez-vous de la qualité des soins médicaux ?**

Très satisfaisante	Satisfaisante	Correcte	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante

2.3 **Comment avez-vous trouvé les explications de l'équipe ?**

Très claires	claires	Peu claires	Pas du tout claires

Très rassurantes	Rassurantes	Médiocres	Peu rassurantes	Pas du tout rassurantes

2.4 **Quelle a été globalement l'intensité de votre <u>peur</u> lors de l'embolisation ?**

Cocher la case correspondant à la réponse appropriée :

0 = Absence de peur 9 = Sensations de peur extrême
Plus l'intensité de la peur est grande, plus la note est t élevée.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3 **<u>Après l'embolisation</u>**,

3.1 Avez-vous été transférée en :

☐ Service de réanimation, si oui, durée :

☐ Salle de réveil, si oui, durée :

☐ Post-partum, si oui, durée :

3.2 **Avez-vous eu l'occasion de voir votre bébé avant votre retour en suite de couches ?**

☐ Oui immédiatement après l'accouchement

☐ Oui juste avant votre transfert pour embolisation (?)

☐ Non, votre bébé a été transféré immédiatement en service de pédiatrie

☐ Non, vous n'avez pas eu la possibilité,

3.3 **Avez-vous obtenu une photo de votre bébé avant votre retour en suites de couches ?**

☐ Oui

☐ Non

3.4 **Quelle a été globalement l'intensité de votre <u>fatigue</u> lors de votre hospitalisation?**

Cocher la case correspondant à la réponse appropriée :

0 = Absence de fatigue 9 = Sensations de fatigue extrême, épuisement.
Plus l'intensité de la fatigue est grande, plus la note est t élevée.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3.5 **Est-ce que vous avez allaité votre bébé ?**

☐ Oui

☐ Non

☐ Allaitement mixte

- **Si oui, pendant combien de temps ?**

3.6 **Comment avez-vous trouvé la qualité des soins médicaux en suites de couches ?**

Très satisfaisante	Satisfaisante	Médiocre	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante

3.7 **Comment avez-vous trouvé l'aide proposée en suites de couches ?** (aide pour vous en raison de votre fatigue et pour les soins et l'alimentation de votre bébé)

Très satisfaisante	Satisfaisante	Médiocre	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante

3.8 **Comment avez-vous trouvé les explications apportées par le personnel soignant ?** (soins, alimentation, conseils pour votre bébé)

Très claires et très complètes	Claires et complètes	Peu claires et peu complètes	Pas du tout claires et pas du tout

3.9 **Avez-vous bénéficié dune consultation avec une psychologue du service ?**

☐ Oui

☐ Non

- **Si non,**

☐ On ne vous l'a pas proposé

☐ On vous l'a proposé, mais vous n'en éprouviez pas le besoin

☐ Vous préfériez rencontrer un psychologue qui vous suivait auparavant

- **Si oui, cet entretien vous a-t-il paru :**

Très utile	Utile	Peu utile	Inutile

3.9 Avez-vous eu un suivi psychologique <u>après</u> votre hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

4. <u>De manière générale</u>,

4.1 Lors de votre retour à domicile, pensez-vous avoir compris ce qui s'est passé lors de votre accouchement?

Oui, très bien	Oui, bien	moyennement	Non, pas très bien	Non, pas du tout

4.2 Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ?

Très bon	Bon	Médiocre	Mauvais	Très mauvais

5. <u>Lors de votre retour à domicile :</u>

Avez-vous bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme, une puéricultrice ou une infirmière ?

☐ Oui

☐ Non

- **Si non,**

☐ Non on ne vous l'a pas proposé

☐ Non, il n'y avait pas de possibilité

☐ Non, vous n'en éprouviez pas le besoin

☐ Non et vous le regrettez

- **Si oui,**

☐ Cela vous a apporté une aide matérielle complémentaire de celle obtenue en suites de couches

☐ Cela vous a apporté une aide psychologique

☐ Autres :

- **Ce suivi, vous a :**

Beaucoup aidé	Aidé	Un peu aidé	Pas du tout aidé

Beaucoup rassuré	Rassuré	Un peu rassuré	Pas du tout rassuré

7. **Dans l'année qui a suivi votre accouchement,**

7.1 Avez-vous présenté des troubles physiques consécutifs à votre accouchement (sêcheresse vaginale, dyspareunies…) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels :

7.2 Avez-vous présenté des difficultés psychologiques ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels :

8. Avez-vous eu recours à une prise de médicaments que vous n'utilisiez pas au paravent ?

☐ Oui

☐ Non

- **Si oui, lesquels ?**

anxiolytiques	antidépresseurs	somnifères	homéopathie

9. <u>Avant cette grossesse</u>, aviez-vous un désir de grossesse future ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Vous ne savez pas

10. <u>Depuis cet accouchement,</u>

10.1 Avez-vous été à nouveau enceinte ?

☐ Oui

☐ Non

10.2 <u>Si oui</u>,

- Combien ?

☐ 0

☐ 1

☐ 2 ou +

- Quelle a été leur issue ? Si plusieurs grossesses, merci de préciser le nombre devant chaque issue.

☐ Accouchement

☐ Autres issues (fcs, ivg…)

- Quel était le délai entre le désir et l'obtention de la grossesse ?

☐ Moins de 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ Entre 6 mois et 1 an

☐ Supérieur à 1 an

☐ Grossesse obtenue par traitement, précisez le traitement :

10.3 Si vous n'avez pas eu de nouvelle grossesse depuis votre accouchement, pourquoi ?

☐ Vous n'avez pas réussi à être enceinte

☐ Vous n'en n'aviez pas le projet avant votre accouchement

☐ Pour des raisons familiales, professionnelles, conjugales ….

☐ vous avez gardé un trop mauvais souvenir de votre accouchement

☐ Autre :

Je vous remercie vivement de votre participation à ce questionnaire.

Toutes les suggestions sont les bienvenues afin d'améliorer la prise en charge des femmes lors de leur accouchement.

Si vous souhaitez ajouter des remarques concernant le déroulement de l'étude et/ou celui de votre accouchement, faites part de vos commentaires ici :

Annexe IV: Données obstéricales des patientes à Port-Royal en 2006 et 2007 :

Tableau 6 : Données obstétricales des patientes à Port-Royal en 2006 et 2007 :

Nombre d'accouchements		6107	
Parité	IP		51,80%
		IIP	30,40%
		>ou= IIIP	17,80%
Type de grossesse		simple	5814 (95,2%)
		gémellaire	282 (4,6%)
	triple		11 (0,2%)
Voie d'accouchement		AVB spontané	3636 (59,5%)
		AVB instrumental	975 (16%)
		césarienne pdt W	756 (12,4%)
		césarienne avt W	800 (13,1%)
Délivrance des AVB	DNC		73,10%
		DDC	7,5% (4,6%)
		DA	12,10%
		RU isolée	18,50%
Nombre de transfert en réa Cochin		8 entre 01/07/2006 et 31/12/2006	
	25 en 2007		
Transfusion sanguine		en salle de naissance	35 (0,6%)
		en suites de couches	63 (1%)

Données recueillies dans le livret statistiques Maternité Port-Royal 2006-2007

*AVB : Accouchement Voie Basse

[a] 4,6% en 2006 avant les nouvelles recommandations du CNGOF concernant la délivrance dirigée.

[b] Données recueillies sur la période du 01/07/06 au 31/12/06, données antérieures non disponibles.

Annexe V : Description des HDD et de leur prise en charge à Port-Royal en 2006 et 2007

Tableau 7: description des HDD et de leur prise en charge à Port-Royal en 2006 et 2007

	AVB (N=4551)	Césarienne (N=1556)	Total (N=6107)
HDD< 1L	657 (14,5%)	74 (4,75%)	731 (11,4%)
HDD > 1 L, HDD grave	67 (11,5%)	30 (2%)	97 (6,8%)
sulprostone	198 (4,4%)	102 (6,6%)	5,5%)

	N= 6107 n(%)
Embolisation	29 (0,5)
Hystérectomie d'hémostase	12 (0,2)
Ligature des a. iliaques ou utérines*	9 (0,1)

*Artères iliaques ou utérines

Résumé

Vécu d'une hémorragie grave de la délivrance et impact sur le désir ultérieur de grossesse.

Objectifs : Nos objectifs étaient d'étudier le vécu d'une hémorragie grave de la délivrance traitée par une embolisation des artères utérines (EAU), son impact sur la survenue d'un état de stress post-traumatique et sur le désir ultérieur de grossesse. **Matériel et méthode :** Etude rétrospective réalisée, à la maternité Port-Royal entre le 01/01/06 et le 31/12/07, chez 29 patientes cas ayant eu une HDD avec EAU comparées à 29 patientes témoins comparables ayant eu une HDD résolue par sulprostone. **Résultats :** 90% des cas et 15.4% des témoins présentaient des critères de définition d'un ESPT. 70% des cas signalaient le vécu traumatisant comme une limite à l'obtention d'une nouvelle grossesse. Pour les témoins, le vécu de l'HDD ne semblait pas constituer une limite au désir ultérieur de grossesse. **Conclusion :** La majorité des patientes cas développaient un ESPT qui avait un impact direct sur le désir ultérieur de grossesse. La réalisation d'actions spécifiques lors de la prise en charge de l'hémorragie pourrait améliorer les suites de ce vécu traumatisant.

Mots-clés : Hémorragie de la délivrance ; embolisation des artères utérines, désir de grossesse ; vécu traumatisant, état de stress post-traumatique

---

Abstract

Life experience of severe post-partum haemorrhage and consequences on the desire for further pregnancies

Objectives: The objectives of this thesis are to study life experiences of severe postpartum haemorrhage, its consequences on the occurs post-traumatic stress disorder and on the patient's desire for further pregnancies. **Material and method:** Retrospective study carried out at Port-Royal Maternity between 01/01/06 and 31/12/07 on 29 case-patients suffering from severe post-partum haemorrhage and uterine arteries embolization combined with 29 comparable witness-patients suffering from SPH treated with sulprostone. **Results:** 90% of the case-patients and 15.4% of the witness-patients had some signs of a PTSD. 70% of the cases seemed never became pregnant again because of a traumatic life experience. For the witness patients, the SPH experience didn't appear to prevent them from being pregnant again. **Conclusion:** Most of the case-patients have developed a PTSD which prevent them from willing further pregnancies. Realization of specific actions during the care of post-partum haemorrhage could improve the consequences on the traumatic disorder.

Keywords: Postpartum Haemorrhage; uterine arteries embolization; desire of pregnancy; traumatic memory; post-traumatic stress disorder