



HAL
open science

Évaluation du stress aigu chez les femmes césariées en urgence

Claire Sion

► **To cite this version:**

Claire Sion. Évaluation du stress aigu chez les femmes césariées en urgence. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743929

HAL Id: dumas-00743929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743929>

Submitted on 22 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**EVALUATION DU STRESS AIGU CHEZ LES
FEMMES CESARISEES EN URGENCE**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par SION Claire

Née le 10 septembre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**EVALUATION DU STRESS AIGU CHEZ LES
FEMMES CESARISEES EN URGENCE**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par SION Claire

Née le 10 septembre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

Madame le Docteur Pascale HOFFMANN, Maître de Conférences des Universités
– Praticien Hospitalier en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble

Monsieur le Docteur Patrice BARO, Psychiatre, Praticien Hospitalier au CHU de
Grenoble

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sage-Femme, Département de
Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par
Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure

Madame Delphine LAURENT, Sage-Femme au CHU de Grenoble

Madame Sophie Jourdan, Sage-Femme Cadre, Enseignante à l'Ecole de Sage-
Femme de Grenoble, guidant de ce mémoire

Remerciements

Je remercie plus particulièrement,

Madame le Docteur Annie POIZAT, Pédopsychiatre au CHU de Grenoble,
Directeur de ce mémoire,
pour ses conseils et son aide

Madame Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre, Enseignante à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble, guidant de ce mémoire,
pour ses conseils, son aide et son soutien

Monsieur le Docteur Patrice BARO, Psychiatre, Praticien Hospitalier à la Cellule d'Urgence Médico Psychologique,
pour son aide à l'élaboration du questionnaire

Madame le Docteur Mathilde CHEIX, Professional translator of English and French ; Member of Société Française des traducteurs, FR ; PhD, University of St Andrews, UK ; Lecturer at Grenoble School of Midwifery, Grenoble School of Radiographer, Institut Polytechnique.
pour son aide à la traduction du questionnaire

Madame Eva LAMBINIS,
pour son aide à la finalisation de la rédaction de ce mémoire et ses lectures.

Table des matières

Abréviations	1
I. Introduction.....	2
II. Matériel et Méthodes	5
1. Type et lieu de l'étude	5
2. Critères de sélection de la population.....	5
3. Echelle standardisée	6
4. Recueil de données.....	7
5. Critères de jugement	9
6. Analyse statistique.....	10
III. Résultats	11
1. Recrutement de la population.....	11
2. Caractéristiques de la population générale de l'étude	12
3. Association entre stress aigu et césarienne en urgence	14
4. Association entre satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et césarienne en urgence.....	14
5. Expression libre des patientes	15
IV. Discussion	16
1. Choix de l'étude	16
2. Limites et biais de l'étude.....	19
3. Analyse des résultats	21
4. Action d'amélioration et objectifs	24
V. Conclusion	26
VI. Bibliographie.....	27
ANNEXE 1	31
ANNEXE 2	34

Abréviations

AG : Anesthésie Générale

APD : Analgésie Péridurale

AVB : Accouchement Voie Basse

ATCD : Antécédents

SASRQ : Standford Acute Reaction Stress Questionnaire

PEC : Prise en charge

RA : Rachianesthésie

I. Introduction

En France le taux de césariennes en 2010 était de 21 %, avec une stabilité aussi bien chez les primipares que chez les femmes avec des antécédents de césarienne. Nous pouvions cependant remarquer une baisse significative du taux de césarienne avant travail entre 2003 (16,5 % des césariennes) et 2010 (9,6 %). Cette stabilité était constatée depuis 2003, et serait probablement liée à une attitude de contrôle de limitation des césariennes en relation avec les effets secondaires associés à cet acte [1].

En effet, en 1981 les premières études réalisées par Jonquière-Wichmann [2] et Kendell [3] ont décrit une relation entre une césarienne et des troubles psychiatriques du post-partum. Elles seront reprises et développées par plusieurs auteurs, dont Thalassinos qui conclura que la césarienne augmente le risque de troubles anxiodépressifs en post partum précoce. En effet dans son étude il a démontré que les scores d'anxiété, le taux de baby blues et de dépression, étaient plus élevés dans le groupe des césariennes que dans celui des accouchements par voie basse (AVB) [4, 5, 6].

Dans une des études menées par Ryding, il révèle que la césarienne était vécue par les patientes comme un événement traumatique pour 75 % d'entre elles [7]. Ceci l'a amené à explorer cet événement traumatique, et a démontré dans une seconde étude qu'il y avait plus de troubles psychologiques dans les jours suivants une césarienne en urgence ou avant travail, qu'un accouchement par voie basse ; et qu'il existait plus de symptômes de stress post- traumatique à un mois de l'événement pour les césariennes en urgence que pour les accouchements par voie basse ou pour les césariennes avant travail [8].

Ce stress post-traumatique a été relié dans différentes études à une perception de perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information [12,13,

14, 15]. Il existe aussi un lien entre un faible soutien social, notamment du partenaire et du personnel soignant, et une perception négative de l'accouchement ainsi qu'une manifestation de symptômes de stress post-traumatiques [13, 16, 17].

La définition d'événement est un fait qui survient et qui produit des effets. Sur un plan psychique, ces effets sont de deux ordres :

- Le stress : lié au phénomène de contrainte, c'est une expression précoce de l'événement, il survient dans les heures ou dans les jours suivants,
- Le traumatisme : lié au phénomène d'effraction ou de rupture de l'organisation psychique du sujet, c'est une expression tardive de l'événement, survenant des mois voire des années après.

Plus spécifiquement, le trouble de stress aigu est la seule entité clinique reconnue à ce jour par des classifications internationales. Dans les heures ou les jours suivant le traumatisme, des symptômes dissociatifs sont associés au trépied classique du stress traumatique : répétition, évitement et activation neurovégétative. La fréquence du trouble de stress aigu serait de 14 à 33 % des personnes exposées. Selon les études, 57 à 83 % des troubles du stress aigu conduiraient ultérieurement à un état de stress post-traumatique [9].

La césarienne peut donc être ressentie comme un événement subit inattendu, violent, avec comme vécu psychologique, un échec de l'accouchement, une impression de « ne pas avoir accouché ». Cet échec sera oublié grâce à la capacité à s'appuyer sur un entourage affectif et la qualité de sa présence, ainsi que la disponibilité et l'écoute du personnel soignant [11].

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer le stress aigu lors des césariennes en urgence en comparaison avec les césariennes avant travail. Et dans un second temps d'évaluer la satisfaction de la prise en charge du personnel de santé par les patientes.

L'hypothèse principale était que les césariennes en urgence seraient le plus souvent pourvoyeuses d'un stress en comparaison d'une césarienne avant travail.

La deuxième hypothèse était qu'il y aurait potentiellement, une insatisfaction de la prise en charge (PEC) par le personnel soignant plus importante chez les patientes césarisées en urgence.

II. Matériel et Méthodes

1. Type et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective, mono centrique, de type exposé / non-exposé dans la maternité de niveau trois du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, sur une période de trois mois, entre le 15 septembre et le 15 décembre 2011.

2. Critères de sélection de la population

a. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une césarienne à terme, c'est-à-dire après 37 semaines d'aménorrhée révolues au moment de l'étude.

b. Critères d'exclusion :

Nous avons exclus les femmes mineures, celles ne parlant ou ne comprenant pas le français, celles ayant été transféré dans une unité de réanimation.

Les femmes ont été exclues de l'étude lorsque le nouveau-né avait un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, avait été transféré dans une unité de réanimation néonatale, ou bien en cas de mort fœtale in-utéro ou de décès post-natal.

Ont également été exclues les femmes ne souhaitant pas prendre part à l'étude.

c. Cohorte :

Les patientes éligibles ont été incluses de manière prospective par nous-mêmes via le cahier d'accouchement de la maternité.

d. Population exposé / non-exposé :

La population « exposée » était formée de patientes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence, c'est-à-dire durant le travail, ou suite à un échec de déclenchement.

La population « non-exposée » était formée de patientes ayant bénéficié d'une césarienne avant travail.

3. Echelle standardisée

Pour réaliser cette étude, l'utilisation d'une échelle standardisée fut nécessaire, afin de définir de manière objective la présence d'un stress aigu post- traumatique.

Le SASRQ (Standford Acute Reaction Stress Questionnaire) a donc été sélectionné comme outil pour réaliser cette étude [18]. Cette échelle anglaise validée, qui est largement utilisée pour le diagnostic de stress aigu post-traumatique, suit les critères précis du DSM-IV TR, (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, version IV, Texte Révisé) [10], définissant les symptômes du stress.

En revanche, il n'existait pas de traduction validée en français. La traduction de l'anglais vers le français a été faite par le Dr CHEIX (Professional translator of English and French), et par soucis de cohérence avec les échelles psychologiques, les items ont été revus par le Dr BARO (Psychiatre, Praticien Hospitalier à la Cellule d'Urgence Médico Psychologique du CHU de Grenoble).

Dans la littérature anglaise, cette échelle est applicable à tous types de traumatismes, et doit être délivrée dans les trois à cinq jours suivant l'événement traumatisant.

Ce questionnaire comprend d'une part une première question évaluant le vécu de l'événement, dont la réponse est comprise entre « pas du tout perturbant » et « extrêmement perturbant ». Suivi de 30 questions avec pour réponse possible, une

échelle d'intensité de 0 correspondant à « jamais ressenti », à 5 correspondant à « très souvent ressenti ».

Ces 30 questions ont été regroupées, par leurs auteurs, en cinq symptômes du stress :

- La dissociation :
 - Le détachement ou l'absence de réactivité émotionnelle : items 20, 28 ;
 - La réduction de la conscience de son environnement : items 4, 24 ;
 - La déréalisation : items 3, 18 ;
 - La dépersonnalisation : items 10, 13 ;
 - L'amnésie dissociative : items 16, 25 ;
- La réactivation : items 6, 7, 15, 19, 23, 29 ;
- L'évitement : items 5, 11, 14, 17, 22, 30 ;
- L'anxiété ou le trouble du sommeil : items 1, 2, 8, 12, 21, 27 ;
- La dépréciation : items 9, 26.

La présence d'un symptôme de stress est définie par une réponse comprise entre « parfois ressenti » et « très souvent ressenti », (score de 3 à 5), à un des items définissant le symptôme.

4. Recueil de données

a. Le questionnaire

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comprenant la grille d'auto-évaluation du stress aigu post-traumatique défini par le SASRQ, un questionnaire sur la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant, ainsi que les informations ne pouvant être recueillies par le dossier obstétrical.

La satisfaction de la prise en charge par le professionnel de santé a été évaluée grâce à cinq items issus du livret de « satisfaction des usagers de l'hôpital »¹, tels que la courtoisie, la disponibilité, la compétence, les explications avant le geste et les explications sur le suivi.

Enfin une question ouverte a été posée aux patientes afin qu'elles puissent s'exprimer librement sur l'événement, pour de possibles pistes d'amélioration sur la prise en charge par le personnel soignant, ou sur les besoins des patientes.

b. La période d'essai

Une période d'essai a été effectuée du 1 juillet au 1 août, qui a permis de redéfinir la période d'évaluation du stress aigu post-traumatique du deuxième au cinquième jour au lieu du troisième au cinquième jour comme recommandé par le SASRQ.

Cette période d'essai a aussi permis, de reformuler les questions qui nécessitaient plus d'explications, ou qui étaient mal comprises.

c. Les modalités

Nous avons réalisé cette étude à l'aide de questionnaires anonymes. Ceux-ci ont été délivrés aux patientes par nous-mêmes, entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, après leur accord. La collecte des questionnaires a été faite soit par nous-mêmes soit par l'intermédiaire du personnel soignant.

Nous nous sommes rendus régulièrement sur les lieux pour délivrer et collecter ces questionnaires.

Le principe d'anonymat a été respecté par un système de cahier de recueil sur lequel était consignés les trois premières lettres du nom, la date d'accouchement et un numéro d'identification.

¹ Evaluation de la satisfaction des usagers de l'hôpital, 2009, Unité de Qualitique et d'Évaluation Médicale

5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le diagnostic du stress aigu post-traumatique par l'utilisation de l'échelle SASRQ, pour répondre à l'objectif principal qui était la comparaison de survenue d'un stress aigu entre une césarienne en urgence ou avant travail. La définition du stress aigu, par le SASRQ, requiert la présence du traumatisme, auquel ont été ajoutés au moins trois des symptômes de dissociation, un symptôme de réactivation, un symptôme d'évitement et un symptôme d'anxiété ou de trouble du sommeil.

La première question du questionnaire SASRQ évaluant le caractère perturbant de l'événement n'était pas traitée par les auteurs, et nous avons regroupé, de façon arbitraire les cinq réponses proposées en deux groupes. D'une part les réponses « pas, peu ou modérément perturbant » et d'autre part les réponses « très ou extrêmement perturbant ».

Le critère de jugement secondaire était la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant, afin de répondre à l'objectif secondaire. La définition d'une prise en charge satisfaisante a été établie arbitrairement par nous-mêmes, lorsqu'au moins trois des cinq items comprenaient la réponse « satisfaisant », au questionnaire.

Enfin les caractéristiques sociales (âge, habitude de vie, niveau d'étude, statut conjugal et professionnel), obstétricales (parité, antécédents (ATCD) de césarienne), psychiatriques et de la grossesse (hospitalisation, pathologie, analgésie à l'accouchement : rachianesthésie (RA), péridurale (APD) ou générale (AG)) ont été recueillies soit à partir du dossier médico-obstétrical, soit par le biais du questionnaire délivré aux patientes.

6. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel Stat View.

Les variables qualitatives, telles que les catégories sociales, les ATCD obstétricaux et psychologiques, ont été décrites par les pourcentages et les effectifs à l'aide du test de comparaison de moyenne : test t de Student.

La variable quantitative, telle que l'âge, a été défini par la moyenne et l'intervalle interquartile, à l'aide du test statistique du Chi2. Le test de Fisher a été utilisé lorsque le Chi2 n'était pas applicable (effectifs attendus inférieurs à cinq).

Les différences ont été considérées comme significatives lorsque la valeur de « p » était inférieure à 0,05, ce qui correspond à un risque d'erreur de cinq pourcent.

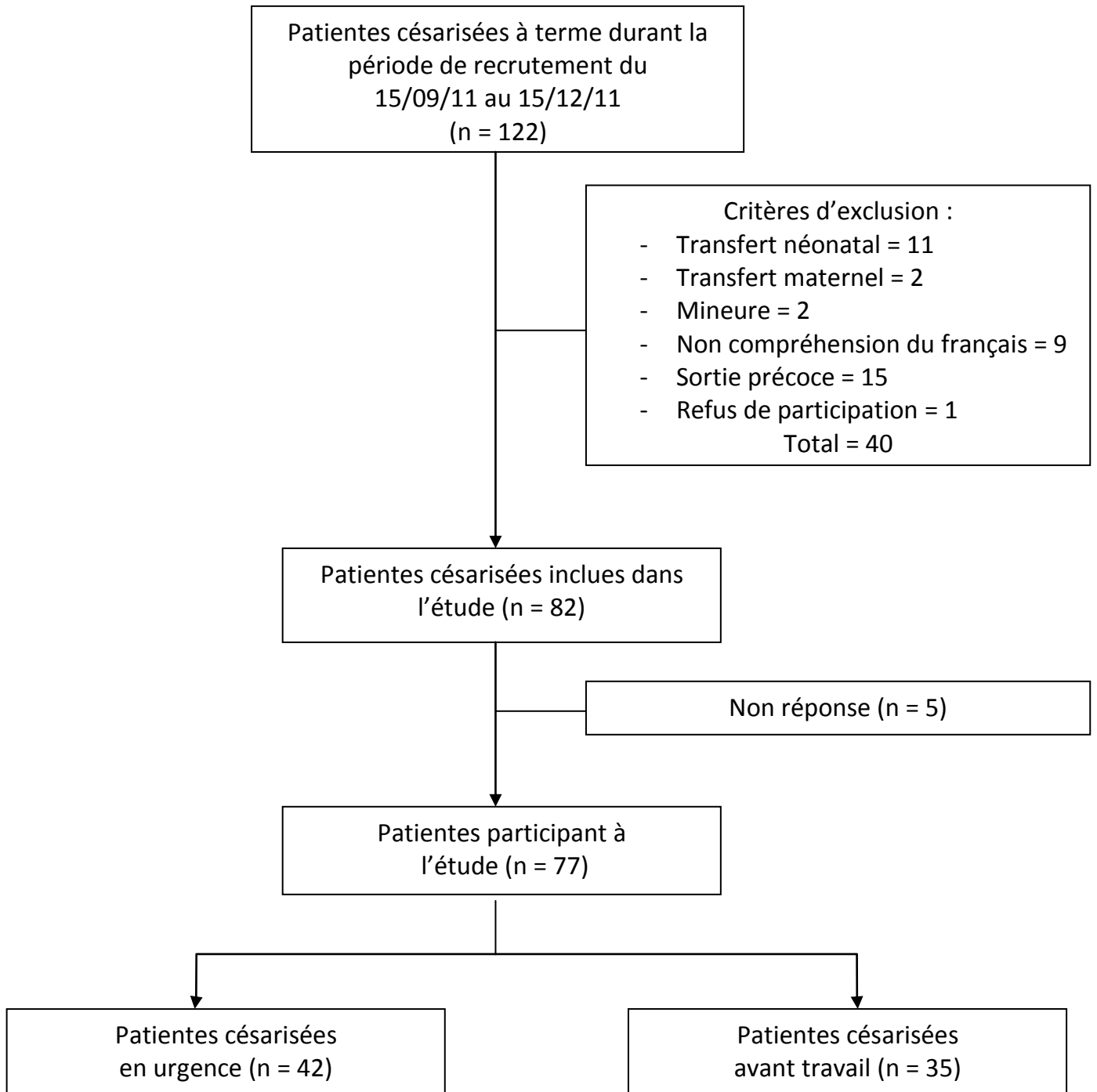
Le calcul du risque relatif et de l'intervalle de confiance a été fait par nous-mêmes².

² Issu des cours d'épidémiologie de L3 sage-femme, dispensé par Mme David-Tchouda.

III. Résultats

1. Recrutement de la population

Figure 1. Diagramme d'éligibilité



Sur la période de recrutement de l'étude, du 15 septembre au 15 décembre 2011, 122 patientes ont bénéficié d'une césarienne à terme.

Après l'application des facteurs d'exclusion, 82 dossiers ont été inclus dans l'étude. Soixante-dix sept ont été analysés, car cinq questionnaires n'ont pas été rendus ou remplis.

42 des patientes ont bénéficié d'une césarienne en urgence, soit 54,5 %.

35 des patientes ont bénéficié d'une césarienne avant travail, soit 45,5 %.

2. Caractéristiques de la population générale de l'étude

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population de l'étude.

	Exposé C. en urgence (n = 42)	Non-exposé C. avant travail (n = 35)	P-value
Âge, moyenne (écart-type)	31,8 (6,3)	32,8 (5,7)	0,48
Niveau d'étude, n (%)			0,3
Collège	4 (9)	7 (20)	
Baccalauréat	15 (36)	14 (40)	
Supérieur	23 (55)	14 (40)	
Activité professionnelle, n (%)			0,45
Emploi	32 (76,2)	24 (68,6)	
Statut conjugal, n (%)			0,11
En couple	39 (92,8)	35 (100)	
Habitude de vie, n (%)			0,23
Tabac	12 (28,6)	5 (14,3)	
Alcool	1 (2,4)	0 (0)	
Toxicomanie	1 (2,4)	0 (0)	
ATCD psychiatrique, n (%)	3 (7,1)	4 (11,4)	0,51
ATCD obstétricaux, n (%)			
Primipare	24 (57,1)	10 (28,6)	0,02
Multipare : ATCD d'AVB	7 (16,7)	7 (20)	0,70
ATCD de césarienne	12 (28,6)	21 (60)	0,005
Caractéristique grossesse, n (%)			
Pathologie durant la grossesse	8 (19)	9 (25,7)	0,48
Hospitalisation durant la g.	1 (2,4)	4 (11,4)	0,17*
Analgesie, n (%)			0,61
APD/RA	38 (90,5)	35 (100)	
AG	4 (9,5)	0 (0)	

* p : probabilité de Fisher car valeurs attendues <5

Les caractéristiques des mères à l'inclusion ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes comparés.

Cependant, nous mettons en évidence une différence statistiquement significative pour les ATCD obstétricaux : la primiparité est plus importante dans le groupe exposé (24 (57,1 %)) que dans le groupe non-exposé (10 (28,6 %)) ($p = 0,02$) ; alors que les antécédents de césarienne, sont plus nombreux dans le groupe non-exposé (21 (60 %)) que dans le groupe exposé (12 (28,6 %)) ($p = 0,005$).

Les antécédents psychiatriques comprenaient pour l'ensemble des deux groupes, deux ATCD de dépressions chroniques, deux ATCD d'anxiété traité, un ATCD de trouble bipolaire, un ATCD de psychose chronique sous traitement et un ATCD de dépression du post-partum avec un traitement pendant deux ans.

Pour les pathologies durant la grossesse, nous avons pu relever dans l'ensemble des deux groupes, 13 cas de diabète gestationnel, 2 cas d'amniocentèse, 1 cas d'hypertension artérielle et 1 cas de thrombose veineuse.

Enfin sur les cinq hospitalisations, deux étaient pour menace d'accouchement prématuré, une pour hypertension artérielle, une pour une surveillance suite à un accident de la voie publique et pour finir, une pour anémie.

3. Association entre stress aigu et césarienne en urgence

Tableau 2. Association entre le stress aigu et le caractère urgent de la césarienne.

	Exposé C. en urgence (n = 42)	Non-exposé C. avant travail (n = 35)	P-value
Vécu de l'événement, n (%)			
Très ou extrêmement perturbant	20 (47,6)	8 (22,9)	0,024
Présence d'un stress aigu, n (%)	9 (21,5)	2 (5,7)	0,049

Il existe une différence statistiquement significative en termes de vécu de l'événement comme étant « très ou extrêmement perturbant », dans le groupe césarienne en urgence (20 (47,6 %)) et le groupe césarienne avant travail (8 (22,9 %)), (p = 0,024).

Il existe aussi une différence statistiquement significative en termes de stress aigu entre le groupe exposé des césariennes en urgence, (9 (21,5 %)) et le groupe non-exposé des césariennes avant travail, (2 (5,7 %)), (p = 0,049) avec un risque relatif de 3,75 [1,004 – 14,04].

4. Association entre satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et césarienne en urgence

Tableau 3. Association entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le caractère urgent de la césarienne.

	Exposé C. en urgence (n = 42)	Non-exposé C. avant travail (n = 35)	P-value
Satisfaction de la PEC par le personnel soignant, n (%)	42 (100)	33 (94,3)	0,11

La satisfaction liée à la PEC par le personnel soignant n'est statistiquement pas différente en fonction du caractère urgent ou non de la césarienne.

5. Expression libre des patientes

Dix-neuf des 77 patientes interrogées (soit 24,7 % de participation), se sont exprimées librement sur la question ouverte : « Avez-vous des remarques à nous communiquer qui n'auraient pas été abordées dans le questionnaire, et/ou globalement votre ressenti par rapport à la césarienne ? »

Nous avons pu regrouper ces réponses arbitrairement en trois groupes :

- 4 ont mis en avant la santé de leur enfant : « *sauvé mon bébé* », « *quand la vie du bébé est en jeu, on ne se pose plus la question, c'est la priorité* », « *la meilleure solution pour la naissance du bébé sans risque, préserver son intégrité physique* », « *le plus important est que le bébé soit en bonne santé* » ;
- 8 ont particulièrement apprécié la prise en charge par l'équipe soignante, leur « *disponibilité* », « *rapidité* », « *compétences* », « *explications* », « *attentif, à l'écoute* » dont 3 évoquant spécifiquement le passage du personnel en suite de couches comme étant rassurant ;
- 4 ont rapporté avoir été plus traumatisées par leur précédente césarienne ;
- 3 ont mentionné l'absence du père lors de l'intervention.

IV. Discussion

1. Choix de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude de type exposé / non-exposé. Ceci a permis la comparaison de la fréquence de survenue d'une « maladie » (ici, la survenue d'un stress aigu), entre deux groupes de sujets.

Nous avons défini les groupes exposé / non-exposé, comme étant les césariennes en urgence et les césariennes avant travail. Ce choix a été privilégié car nous nous intéressons principalement aux effets négatifs que peut avoir une césarienne en urgence, par rapport à une césarienne avant travail. Dans les deux groupes les modalités de l'opération sont identiques, cependant la différence se fait sur la rapidité de la décision et sur le fait que les patientes n'y étaient pas préparées. Alors que dans de nombreuses études, la comparaison se faisait entre les césariennes soit toutes confondues, soit uniquement en urgence et les accouchements par voie basse [12, 13, 14, 15, 16, 17, 19]. Cependant la comparaison avec un AVB est peu fiable car il n'y pas les mêmes enjeux ni les mêmes effets que durant une césarienne en urgence [11].

Nous avons décidé de rassembler dans le groupe « césarienne en urgence », toutes celles ayant eu lieu soit pendant le travail, en urgence réelle, vitale, soit pour inefficacité du travail (au cours d'un échec de déclenchement ou suite à une stagnation). La différence entre les césariennes en urgence et avant travail, porte donc sur le caractère « non-prévu » de la césarienne. En effet dans une étude de Fisher, il a été démontré que suite à une césarienne en urgence, les patientes rapportaient une sensation d'inattendu et de perte de contrôle de leur accouchement [24].

Les conséquences de ce choix de composition des groupes sont une sous-estimation du risque de stress aigu. Car malgré une non-programmation d'une césarienne, lors d'un déclenchement ou d'une stagnation, le sujet pouvait être plus facilement abordé que lorsqu'elle était décidée en cours de travail pour urgence vitale. Les

patientes auraient été ainsi plus préparées à cette éventualité et donc moins stressées. De plus dans ces situations, l'état de santé de l'enfant n'était pas compromis, et donc un risque de stress moindre.

Un des autres choix de l'étude fut porté sur la période de délivrance des questionnaires. En effet dans les recommandations de l'étude, le questionnaire devait être délivré entre le troisième et le cinquième jour suivant l'événement. Si nous avions gardé ces critères, le nombre de questionnaires délivrés et donc retournés aurait été moins important, car malgré un passage à la maternité à une fréquence de trois à quatre fois par semaine, nous aurions perdu de vue toutes celles sortant précocement, et donc perdu en puissance. C'est pourquoi il a été décidé d'augmenter la période de distribution des questionnaires du deuxième au cinquième jour du post-partum. Ce choix pourrait avoir pour conséquence une sous-estimation du risque de stress, car au deuxième jour du post-partum, les symptômes de stress aigu ne seraient pas encore apparus. Ceci serait peut être lié au fait que les patientes n'auraient toujours pas intégré l'événement comme potentiellement traumatisant.

Le questionnaire a été délivré aux patientes entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, cependant nous ne pouvions pas connaître le nombre de patientes l'ayant rempli tardivement. En effet dans cette situation, la possibilité qu'il y ait eu un passage d'un des membres de l'équipe soignant présent lors de la césarienne, pour reprendre les événements de l'intervention, est plus importante. Ce passage aurait pour conséquence de rassurer la patiente et donc diminuer le risque de stress aigu, car comme nous avons pu le remarquer dans plusieurs études, un soutien social défaillant par l'équipe soignante est un facteur de risque de développer des états de stress post-traumatique [25, 26], et à l'inverse, pour d'autres études un facteur protecteur [27, 28]. Le soutien social peut être défini comme la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat, permettant de chercher le courage de lutter. Il aide au maintien de l'estime de soi, à donner du sens à ce qui

arrive, à activer le réseau social, et enfin il apporte une aide matérielle [28]. Ceci aurait pour effet une sous-estimation du risque de stress aigu.

Nous avons choisi d'évaluer le vécu psychologique de l'événement, pour ce faire nous avons décidé de regrouper arbitrairement les cinq items en deux groupes. D'une part les réponses « pas, peu ou modérément traumatisante », et d'autre part « très ou extrêmement traumatisante ». Ce choix a été établi sur la possibilité de l'atteinte psychologique de l'événement. Du fait d'un choix de réponse à 5 items, « modérément traumatisante » a été considéré ici, comme étant sans atteinte psychologique, alors que celle l'ayant choisit comme réponse auraient pu en avoir. La conséquence de ce choix était que nous risquions de sous-estimer l'impact de l'événement traumatisant.

Afin de définir s'il y avait une différence de prise en charge selon le type de césarienne, un questionnaire de satisfaction a été établi arbitrairement sur des critères reflétant la prise en charge globale. Ainsi nous avons étudié cinq critères : la courtoisie, la disponibilité, la compétence, l'explication avant le geste et l'explication sur le suivi. Ces critères sont issus du livret de « satisfaction des usagers de l'hôpital ». Ceci avait pour objectif d'évaluer le soutien social de la part du personnel soignant.

Le transfert néonatal est un des critères d'exclusion car, dans cette situation, l'événement stressant ne serait plus lié uniquement à la césarienne, mais au devenir de l'enfant. Le ressenti de la césarienne passe ainsi au second plan, car la mère aura pour préoccupation principale l'état de santé de son enfant, et non l'impact de la césarienne sur son psychisme. Une étude de DeMier a démontré que la fréquence des symptômes de stress post-traumatique chez les mères d'enfants hospitalisés en réanimation néonatale était plus importante que chez les mères

d'enfant en bonne santé [29]. Ceci aurait pour effet une surestimation du risque de stress aigu.

Pour le transfert maternel, cette situation est un critère d'exclusion, car il y a risque surajouté à la césarienne, ce qui pourrait biaiser l'auto-évaluation par le questionnaire, et donc une surestimation du risque de stress aigu.

Les patientes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français ont été exclues pour non compréhension du questionnaire, cependant elles représentent une population à risque puisqu'elles sont dans une incompréhension de ce qui leur arrive. Le personnel soignant par manque de possibilité de traduction, se trouve limité dans les explications nécessaires à la compréhension de l'intervention. Ces patientes se retrouvent dans une forme de défaillance de soutien social liée à la barrière de la langue, et ont donc plus de risque de développer un stress aigu. Ceci peut entraîner une sous-estimation du risque de stress aigu. Il serait intéressant de mener une étude évaluant le risque de stress aigu au sein de cette population, avec l'aide de traducteurs.

De même, les patientes mineures ont été exclues, car il semblait difficile de les inclure dans une étude statistique, par ailleurs, il ne semblerait pas y avoir de modification sur la survenue de stress aigu.

L'exclusion des sorties précoces a été établie du fait de leur absence au moment de la délivrance des questionnaires. Nous pouvons supposer qu'il existe ainsi une surestimation du risque de stress aigu dans l'hypothèse où ce sont les patientes en bonne santé psychique qui sortent précocement.

2. Limites et biais de l'étude

Les modalités de réalisation de cette étude présentent des limites qu'il est important de prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

La principale limite de cette étude, est l'objectivité qui est associée à l'auto-évaluation par un questionnaire. Nous avons essayé de minimiser cette limite en délivrant des questionnaires anonymes. Les questions portaient essentiellement sur des ressentis psychologiques, et malgré l'anonymat du questionnaire, les patientes ont pu répondre en dissimulant certains ressentis ou éléments potentiellement gênants pour elle.

De plus la subjectivité des réponses aux questions traitant des avis ou impressions ne permettent pas de fournir une valeur scientifique absolue, mais elle est diminuée par l'utilisation d'une échelle validée, qui prend en compte cette part de subjectivité.

Le questionnaire a été délivré entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, ce qui correspond le plus souvent à des baby-blues, état dysphorique transitoire. Dans les formes sévères, il peut y avoir des symptômes de confusion ou de dépersonnalisation, pouvant être confondus avec un stress aigu [32]. Ceci représenterait ainsi un biais de confusion.

Il pourrait exister un biais de sélection, qui serait que seules les patientes intéressées par l'étude, acceptent d'y participer, cependant, il n'y a eu qu'un seul refus de participation et cinq non-réponses, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation de la fréquence de stress. En effet, nous pourrions supposer que ces refus et non-réponses seraient liés à un malaise important chez les patientes tel qu'il les empêcherait de participer à cette étude.

Pour finir, cette étude a été faite au CHU de Grenoble, maternité de niveau trois, ce qui correspond à une population à risque, cependant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population, a permis de limiter ce biais de représentativité.

3. Analyse des résultats

a. Caractéristiques de la population

Nous ne trouvons pas de différences statistiquement significatives entre le groupe exposé et non-exposé, en termes de moyenne d'âge, de niveau d'étude, d'activité professionnelle, de statut conjugal ou bien d'habitudes de vie. Ils sont donc comparables sur le plan des caractéristiques sociales, et n'influencent donc pas sur la survenue de stress aigu.

Cependant il existe pour les ATCD obstétricaux deux différences statistiquement significatives majeures entre les deux groupes, liés à la parité.

La première différence est la primiparité, qui est plus importante dans le groupe exposé, (24 (57,1 %)) que dans le groupe non-exposé (10 (28,6 %)) ($p = 0,02$), comme nous pouvions l'attendre. Et à l'inverse une multiparité plus importante dans le groupe non-exposé, et donc un nombre plus important d'ATCD de césarienne dans ce groupe non-exposé (21 (60 %)) que dans le groupe exposé (12 (28,6 %)) ($p = 0,005$).

La différence entre ces deux populations réside dans le fait qu'une femme qui met au monde un enfant pour la première fois est confrontée à l'inconnu, à un événement qu'elle n'a jamais vécu et qu'elle puisse être d'avantage touchée par un accouchement qui ne se déroule pas comme elle l'imaginait. Les femmes qui ont déjà vécu un accouchement se laissent moins surprendre par des événements inattendus et angoissants, et ont moins de risque de développer un stress post-traumatique après leur accouchement [32]. La conséquence de cette différence est qu'il pourrait exister une surestimation du risque de stress aigu.

Nous aurions pu exclure les patientes multipares, cependant, il y aurait eu un nombre de sujet insuffisant, et donc un manque de puissance.

Concernant les ATCD psychiatriques, ils sont définis comme des facteurs de risque de développer des états de stress post-traumatique [27]. Ce critère de comparaison peut être un biais de confusion, car le risque de développer une dépression du post-partum ou d'autres pathologies psychiatriques liées à la grossesse et le post-partum, augmente proportionnellement. Cependant dans notre étude il semble ne pas y avoir de différence entre les deux groupes, donc ces deux groupes sont comparables en termes d'ATCD psychiatrique.

Pour ce qui est des caractéristiques de la grossesse, Glangeaud-Freudenthal affirme qu'une hospitalisation pendant la grossesse peut être vécue comme traumatique, et entraîne une augmentation des facteurs de stress [30]. Ceci a été repris dans une étude de Maggioni de 2006, il y est démontré qu'il y a un lien entre la présence de complications médicales en cours de grossesse, avec une hospitalisation ou non, et la présence d'état de stress post traumatique en post-partum [20]. Ce lien serait dû aux sentiments de peur pour ce bébé [21]. Néanmoins dans notre étude il ne semble pas exister de différence entre les deux groupes, ce qui les rend comparables.

Enfin, Thalassinos a montré que les femmes qui ont eu une anesthésie générale pour leur accouchement présentent plus de troubles psychiques du post-partum tels que le baby-blues et la dépression du post-partum [31]. Une étude menée par Garel et ses collaborateurs a démontré avec une différence significative que l'analgésie péridurale réduit de façon importante ces troubles psychiques du post-partum par rapport à l'anesthésie générale, car elle leur permet d'assister à la naissance de leur enfant. En effet l'anesthésie générale peut être ressentie comme une perte de conscience douloureuse, privant la mère du vécu de l'accouchement. Ce manque cette frustration renforce le sentiment d'échouer son accouchement [22]. Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour cette variable, cela tendrait à une comparabilité des deux groupes pour ce critère.

b. Atteinte des objectifs

L'objectif principal de cette étude était de comparer la présence d'un stress aigu chez les patientes césariées en urgence et avant travail.

Nous avons pu démontrer par notre étude une différence statistiquement significative en termes de présence de stress aigu entre le groupe des césariennes en urgence, (9 (21,5 %)) et le groupe des césariennes avant travail, (2 (5,7 %)), ($p = 0,049$) avec un risque relatif de 3,75 [1,004 – 14,04]. Cependant les deux groupes ne sont pas comparables sur les ATCD obstétricaux (en termes de parité et d'ACDT de césarienne). Donc nous ne pouvons pas conclure que la césarienne en urgence est plus pourvoyeuse de stress aigu que la césarienne avant travail.

Par ailleurs nous avons pu montrer une différence statistiquement significative en terme de vécu de l'événement, il semblerait que les césariennes en urgences soit plus fréquemment ressenties comme étant « très ou extrêmement perturbant » (20 (47,6 %)), par rapport aux césariennes avant travail (8 (22,9 %)), ($p = 0,024$). Donc l'atteinte psychologique serait probablement plus importante suite à une césarienne en urgence, et donc un potentiel risque de développer un stress aigu.

Dans une étude de Garel, il a été noté que peu d'informations avait été données aux patientes durant la grossesse sur la césarienne, alors que le rôle de l'information et son intérêt psychologique sont souvent sous-estimés [22]. Ce manque d'information délivré par les médecins ou sages-femmes, serait lié à « une peur d'inquiéter la patiente », ce qui la pousserait à faire elle-même ses propres recherches et risquer d'avoir des informations erronées.

Dans cette étude, il n'apparaîtrait pas de différence vis à vis de la prise en charge par le personnel soignant en fonction du type de césarienne. Huit des dix-neuf patientes ayant répondu à la question ouverte, ont apprécié la prise en charge par

le personnel soignant. Nous pouvons toutefois noter que trois des dix-neuf patientes ayant répondu à la question ouverte, ont mentionné le manque, l'absence du conjoint lors de l'accouchement, et donc pourraient correspondre à une faiblesse de soutien par leur famille. Par ailleurs, du fait de la non-comparabilité des groupes, il pourrait exister une surestimation de la satisfaction de la prise en charge, car les patientes avec des ATCD de césarienne, auraient moins d'attente de la part du personnel soignant.

4. Action d'amélioration et objectifs

a. Amélioration de la méthode

Il serait intéressant de poursuivre cette recherche et de l'étayer par une étude qualitative. C'est-à-dire conduire des entretiens avec les patientes et analyser le contenu des données qui nous informerait sur leurs ressentis, leurs peurs et leurs besoins.

Nous pourrions aussi évaluer l'impact du passage d'un des soignants présent lors de la césarienne, durant les suites de couche de la patiente.

Dans les cas où il n'y aurait pas de visite, nous pourrions interroger les patientes sur le souhait de rencontrer un des acteurs de l'accouchement, pour reprendre ensemble les moments clés de cette intervention.

Pour une comparabilité des deux groupes, l'exclusion de patientes ayant déjà un ATCD de césarienne serait nécessaire, mais ceci impliquerait une période d'étude plus importante, pour avoir un nombre de sujets suffisants.

b. Objectifs

De par la littérature, il a été démontré qu'une césarienne en urgence était un facteur de risque de survenue de dépression du post-partum. De plus dans notre

étude il semblerait qu'il y ait une survenue de stress aigu chez les patientes césarisées en urgence plus importante que chez les patientes césarisées avant travail.

Nous proposons à l'issue de cette étude une « feuille de suivi post-césarienne » (Annexe 2), comprenant d'une part une traçabilité du passage d'un des soignants présent lors de l'intervention, avec une reprise des événements, des moments clés de l'accouchement avec la patiente. Et d'autre part, une grille d'évaluation du stress aigu.

Cette grille est composée de huit items reprenant les critères du SASRQ : les cinq symptômes de dissociation, un symptôme de réactivation, d'évitement et d'anxiété ou trouble du sommeil. La présence du stress aigu est définie par au moins cinq réponses « (plutôt) oui » sur les huit items proposés.

Cette évaluation permet de dépister les patientes à risque de développer un stress aigu, afin de mettre en place une prise en charge à domicile, qui sera assurée par une sage-femme libérale ou d'hospitalisation à domicile, ou bien par une puéricultrice de Prévention Maternelle et Infantile. Ceci permettra de faire un lien avec le corps médical et de surveiller l'évolution de ce stress.

Cette feuille sera mise dans le dossier des patientes césarisées en urgence et la grille d'évaluation du stress aigu sera remplie par la sage-femme le jour de sa sortie.

V. Conclusion

L'objectif de cette étude était de savoir si la césarienne en urgence favorisait la survenue d'un stress aigu post-traumatique en comparaison à une césarienne avant travail, et dans un second temps de comparer la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.

Il existe une différence statistiquement significative de survenue de stress aigu entre les deux groupes étudiés, cependant nous ne pouvons l'affirmer car il existe une différence sur le plan des ATCD obstétricaux.

Néanmoins la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant ne semble pas différer entre les deux groupes étudiés, malgré la différence en termes d'ATCD obstétricaux.

Il serait intéressant approfondir cette étude en pratiquant un entretien auprès des patientes césarisées pour déterminer leurs ressentis, leurs peurs et leurs besoins. Pour une comparabilité des deux groupes de ce projet d'étude, l'exclusion des multipares seraient nécessaire, ce qui entraîne une période de recueil de donnée plus longue, pour disposer d'un nombre de sujets suffisants.

In fine, nous proposons une feuille spécifique à ajouter au dossier des patientes césarisées, qui serait remplie par le personnel soignant. Cette feuille serait composée d'une première partie qui tracerait le passage d'un des soignants présent lors de l'intervention durant le séjour post-partum et la reprise du déroulement de l'accouchement avec la patiente. Et dans la deuxième partie de cette feuille, une grille d'évaluation du stress aigu serait insérée afin de dépister d'éventuels états de stress aigu au moment de la sortie, pour faciliter la mise en place d'une surveillance à domicile par une sage-femme libérale ou d'hospitalisation à domicile ou bien par une puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile.

VI. Bibliographie

- [1] ENQUETE NATIONALE PERINATALITE 2010,
Rédigé par BLONDEL B., KERMARREC M.
- [2] JONQUIERE-WICHMANN M.
Les psychoses du post-partum.
Arch. Suisse Neur. Neurochir. Psychiat. 1981, 150 :105-149.
- [3] KENDELL R.E., RENNE D., CLARK J.A., DEAN C.,
The social and obstetric correlates of psychiatric admission in puerperium.
Psychol. Med. 1981, 11 : 341-350.
- [4] THALASSINOS M., ZITTOUN C., ROUILLON F., ENGELMANN P.
Etude des troubles anxieux et dépressif du post-partum chez les femmes enceintes.
J. Gynecol. Obstet. Bio. Reprod. 1993, 85 n°2 : 99-105.
- [5] NOTT P.N.
Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth.
Br. J. Psychiat. 1987, 151 : 523.
- [6] DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M.
Manifestations psychiatriques de la grossesse et du post-partum.
In Psychopathologie de la périnatalité, Masson 1999.
- [7] RYDING E.L., WIJMA K., WIJMA B.
Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section
Acta. Obstet. Scand. 1997, 76(9) : 856-861.
- [8] RYDING E.L., WIJMA K., WIJMA B.
Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery
J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1998, 19(3) : 135-144.

- [9] BIRMES P., BRUNET A.
Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique.
In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, p. 34-39.
- [10] DSM-IV TR : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder, 4th edition
Texte Revised.
American Psychiatric Association, Masson 2000.
- [11] BARO P.
Les implications psychologiques de la césarienne.
In La Césarienne, p. 399-407. RACINETC., Sauramps Médical, 2002.
- [12] BALLARD C.G., STANLEY A.K., BROCKINGTON I.F.
Post-traumatic stress disorder after childbirth.
Br. J. Psychiatry 1995, 166 : 525-528.
- [13] CZARNOKA J., SLADEP.
Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth.
Br. J. Clin. Psychol. 2000, 39 : 35-51.
- [14] MENAGE J.
Post-traumatic disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. A consecutive series of 30 cases of PTSD.
J. Reprod. Infant Psychol. 1993, 11 : 221-228.
- [15] LYONS S.
A prospective study of post-traumatic stress symptoms 1 month following childbirth.
J. Reprod. Infant. Psychol. 1998, 16 : 91-105.
- [16] SODERQUIST J., WIJMA B., WIJMA K.
The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth.
J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2006, 27(2) : 113-119.

- [17] MELENDER H.L.
Experience of fears associated with pregnancy and childbirth : a study of 329 pregnant women.
Birth 2002, 29(2) : 101-111.
- [18] CARDENA E., KOOPMAN C., CLASSEN C., SPIEGEL D.
Psychometric properties of the Scoring of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) : a valid and reliable mesure of aucte stress.
Journal of traumatic stress 2000, 13(4) : 719-734.
- [19] DENIS A., CALLAHAN S.
Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature.
J. de Thérapie Comportementale et Cognitive 2009, 19 : 116-119.
- [20] MAGGIONI C., MARGOLA D., FILIPPI F.
ESPT, risk factors, and expectations among women having a baby : a two-wave longitudinal study.
J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2006, 27(2) : 81-90.
- [21] LEEDS L., HARGREAVES I.
The psychological consequences of childbirth.
J. Reprod. Infant. Psychol. 2008, 226(2) : 108-122.
- [22] GAREL M., LELONG N., KAMINSKI M.
Conséquences de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant.
Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1987, 16 : 219-228.
- [23] GAREL M., LELONG N., KAMINSKI M., MARCHAND A.
Psychosocial consequences of caeserian delivery. Results of 4-year follow-up.
Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1990, 19(1) : 83-89.
- [24] FISHER J., ASTBURY J., SMITH A.
Advers Psychological impact of operative obstetric interventions : prospective longitudinal study.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997, 31 : 728-738.

- [25] BREWIN C.R., ANDREWS B., VALENTINE J.D.
Meta-Analysis of a Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults.
Journal of Consulting and clinical Psychology 2000, 68(5) : 749-766.
- [26] OZER E.J., BEST S.R., TAMI L.L., WEISS D.S.
Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : a meta-analysis.
Psychological bulletin 2003, 129(1) : 52-73.
- [27] PRIETO N., ROUILLON F.
Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques.
In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, 9-14.
- [28] VERMEIREN E.
Importance du soutien social
In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, 65-69.
- [29] DEMIER R.L., HYNAN M.T., HARRIS H.B., MANNIELLO R.L.
Perinatal Stressors as Predictors of Symptoms of Posttraumatic Stress in Mother of Infants at High Risk.
Journal of Perinatology 1996, 16(4).
- [30] GLANGEAUD-FREUDENTHAL M.-C.
Hospitalisation pendant la grossesse : aspects psychologiques.
In Traité d'obstétrique, Médecine – Sciences Flammarion 1995.
- [31] THALASSINOSM., ZITTOUN C., ROUILLON F., ENGELMANN P.
Etudes des relations entre données gynéco-obstétricales et troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1998, 17 : 879-887.
- [32] BOULIER-DUBOIS A.F.
Trouble psychotraumatiques du post-partum : étude de prévalence de l'état de stress post-traumatique après une césarienne en urgence.
Thèse de Médecine, Lille, 2007

ANNEXE 1

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

- Pas du tout perturbant
- Un peu perturbant
- Modérément perturbant
- Très perturbant
- Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous.

	0	1	2	3	4	5
	Pas du tout ressenti	Pratiquement pas ressenti	Rarement ressenti	Parfois ressenti	Souvent ressenti	Très souvent ressenti
1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e).						0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e).						0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté.						0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir.						0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement.						0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement.						0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e).						0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter.						0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire.						0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même.						0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement.						0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e).						0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même.						0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement.						0 1 2 3 4 5

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. J'évite de penser à l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. J'ai des absences. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. J'ai des difficultés à me concentrer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués ? (cocher une réponse)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Aucun jour | <input type="radio"/> |
| Un jour | <input type="radio"/> |
| Deux jours | <input type="radio"/> |
| Trois jours | <input type="radio"/> |
| Ça persiste encore aujourd'hui | <input type="radio"/> |

Comment qualifiez-vous votre relation avec le personnel soignant ?

- | | Satisfaisant | Non satisfaisant |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Courtoisie des soignants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Disponibilité du personnel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Compétence des soignants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Explication avant le geste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Explication sur le suivi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Quel est votre niveau d'étude ?

- Collège
Baccalauréat
Supérieur

Quelle est votre activité professionnelle ?

- Emploi
Sans emploi

Quel est votre statut conjugal ?

- Seule
En couple

Avez-vous des remarques à nous communiquer qui n'auraient pas été abordées dans le questionnaire, et/ou globalement votre ressenti par rapport à la césarienne ?

ANNEXE 2

Feuille de suivi post-césarienne

- Passage d'un des soignants présent lors de la césarienne
- Reprise des événements de l'accouchement

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

	(Plutôt) Oui	(Plutôt) Non
Se sent distante ou coupée des autres		
A des absences ou mets du temps à réagir		
A l'impression d'être hors du temps		
Ne se sent plus vraiment soi-même		
A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire		
Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement		
Evite de parler ou de penser à l'évènement		
A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable		

Résultats : si le nombre de « (plutôt) oui » est supérieur ou égal à 5, une sage-femme libérale ou d'hospitalisation a domicile ou bien une puéricultrice de Protection Maternelle Infantile doit être proposée, pour une surveillance du stress aigu.

Résumé

Objectif : L'objectif principal de l'étude était la comparaison de prévalence de survenu d'un stress aigu post-traumatique chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence et celles ayant bénéficié d'une césarienne avant travail. Et l'objectif secondaire était de comparer de la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective de type exposé / non-exposé, par utilisation d'un questionnaire d'auto-évaluation du stress aigu, délivré aux patientes entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, au CHU de Grenoble. Le diagnostique du stress aigu était basé sur l'utilisation du SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire).

Résultats : 77 patientes ont participé à l'étude. Les deux groupes sont comparables à l'exception des antécédents obstétricaux. Il existe une différence statistiquement significative en termes de présence de stress aigu entre le groupe des césariennes en urgence, (9 (21,5 %)) et le groupe des césariennes avant travail, (2 (5,7 %)), ($p = 0,049$) avec un risque relatif de 3,75 [1,004 – 14,04]. Cependant il ne semble pas y avoir de différence par rapport à la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.

Conclusion : Le caractère urgent de la césarienne serait un potentiel facteur de risque de stress aigu post-traumatique. Nous proposons donc à l'issue de cette étude une grille d'évaluation du stress aigu pour permettre un suivi post-partum.

Mots-clés : césarienne – urgence – prophylactique – stress aigu – satisfaction – prise en charge