



HAL
open science

L'état de stress post-traumatique en périnatalité. État des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes

Mouna Coulibaly

► **To cite this version:**

Mouna Coulibaly. L'état de stress post-traumatique en périnatalité. État des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02268548

HAL Id: dumas-02268548

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02268548v1>

Submitted on 21 Aug 2019

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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES**

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2019

**L'état de stress post-traumatique en périnatalité :
État des lieux des connaissances et des pratiques des
sages-femmes**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Mouna COULIBALY
Né(e) le 03 février 1996

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Desaunay, pédo-psychiatre

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES**

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2019

L'état de stress post-traumatique en périnatalité :
État des lieux des connaissances et des pratiques des
sages-femmes

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Mouna COULIBALY
Né(e) le 03 février 1996

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Desaunay, pédo-psychiatre

« Toute existence connaît son jour de traumatisme primal, qui divise cette vie en un avant et un après dont le souvenir même furtif suffit à figer dans une terreur irrationnelle animale. »

Stupeurs et Tremblements – Amélie Nothomb

Je tenais à remercier tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Merci à toute l'**équipe pédagogique** de l'école de sage-femme de Rouen pour votre soutien durant ces quatre années. A **Madame Solène Letondot**, pour ces précieux conseils et pour la guidance de ce mémoire. **Au Dr Desaunay** pédo-psychiatre pour votre temps et votre accompagnement dans ce travail.

Merci à **tous les professionnels de santé** qui ont enrichi ce travail par leurs avis et leurs réponses.

Merci à **Gynécologie Sans Frontières et aux sages-femmes bénévoles**, de m'avoir permis de vivre une expérience humanitaire hors norme qui m'a appris ce qu'était un traumatisme et qui m'a énormément apportée en tant que sage-femme.

Merci à toute ma **promotion** pour ces quatre belles années, d'évolution, de travail et de plaisir mais surtout à mes sages-femmes préférées : **Hanna, Laurine, Mélissa, Caro...**

Merci à **Assa, Ophélie et Samara**, mes sœurs pour toujours, qui me soutiennent dans toutes les épreuves. A tous mes amis, **Farah, Ema, Yasmine** pour ces échanges constructifs qui me font avancer.

A ma famille, grâce à qui je suis altruiste et passionnée.

Merci à mon **papa**, d'être mon élan de motivation et de me donner envie d'aller toujours plus loin.

Merci **maman** pour les relectures mais surtout pour ton amour.

Merci à toi ma **Sen**, pour ta passion de notre métier, pour tes avis mais tout simplement pour celle que tu es.

Merci à mon **Basilou**, qui m'apporte tout l'amour et la tendresse dont on puisse rêver.

Enfin, merci à **toutes les femmes**, pour votre confiance et votre partage. Merci de nous laisser être témoin de vos vies et de vous accompagner. Ce mémoire est pour vous, d'ici et d'ailleurs, de tous les horizons, pour chacune d'entre vous. **Merci !**

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. REVUE DE LA LITTERATURE

1	L'état de stress post-traumatique (ESPT)	2
1.1	Définition et signes cliniques	2
1.2	Mécanisme neuro-anatomique	3
2	L'état de stress post-traumatique en périnatalité	5
2.1	Modifications psychoaffectives autour de la naissance.....	5
2.2	Co-morbidités psychologiques de l'ESPT en périnatalité.....	8
2.3	Les facteurs de risque de l'ESPT	9
2.3.1	Antécédents et histoire de la patiente : l'ESPT préexistant	9
2.3.2	Facteurs de risque durant la grossesse	11
2.3.3	Facteurs de risque à l'accouchement.....	12
2.4	Les conséquences de l'ESPT.....	14
3	Dépistage, prévention et prise en charge	17
3.1	Informé et repérer les facteurs de risque	17
3.2	Dépistage en post-partum	18
3.3	Les échelles de dépistage.....	20
3.4	Prise en charge thérapeutique	21

III. RECHERCHE

4	Présentation de l'étude	25
4.1	Question de recherche	25
4.2	Hypothèses.....	25
4.3	Matériel et méthode.....	25

IV. RESULTATS

5.1	Démographie et informations générales de l'échantillon.....	28
5.2	Formation des sages-femmes.....	31
5.3	Connaissances des sages-femmes autour de l'ESPT	33
5.4	Pratiques et attitudes des sages-femmes dans le repérage	35
5.5	Outils de dépistage.....	38

V. DISCUSSION

6	Analyse.....	42
6.2	Échantillon représentatif.....	42
6.3	État des lieux des connaissances des sages-femmes.....	42
6.4	Attitudes et pratiques des sages-femmes	46
6.5	Comment améliorer le repérage de l'ESPT par les sages-femmes ?	48
7	Critique de la démarche de recherche.....	52
8	Propositions d'action.....	53
8.1	Plaquette d'information.....	53
8.2	Échelles de dépistage	53
8.3	Formation / Cas cliniques.....	53
8.5	Entretien sur l'imprévu.....	54
8.6	Schéma préventif de repérage de l'ESPT	54
9	Ouverture.....	55

VI. CONCLUSION

VII. BIBLIOGRAPHIE

VIII. ANNEXES

IX. RESUME

GLOSSAIRE

- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens
- DMP : Dossier médical partagé
- DPN : Dépression post-natale ou périnatale
- DSM : Diagnostic and Statistical and Mental Disorder
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale
- EPP : Entretien prénatal précoce
- EPNP : Entretien postnatal précoce
- ESPT : état de stress post-traumatique
- FCS : Fausse couche spontanée
- HPPI : Hémorragie du Post-partum immédiat
- IES : Impact of Event Scale
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- MFIU : Mort fœtale in utero
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PRADO : Programme de Retour à Domicile
- SF : sage-femme
- UPP : Unité de psychiatrie périnatale

I. INTRODUCTION

La grossesse et la naissance sont généralement connotées positivement et pourvoyeuses de bonheur dans l'imaginaire collectif. L'accouchement est l'un des évènements marquants de la vie, auquel chaque société accorde une attention médicale, sociale et culturelle particulière. En périnatalité, le psychisme maternel est modifié par ce que les cliniciens nomment la transparence psychique, état de sensibilité particulier, qui prépare la future mère à la rencontre de son enfant et à la compréhension de ses besoins (1). Associé à des modifications hormonales et physiques, il peut aussi rendre l'accouchée plus vulnérable aux complications psychiques. Ces dernières, sont de nature diverse : anxiété, dépression, état de stress post-traumatique, troubles relationnels mère-enfant, difficultés conjugales, etc.

Dans un certain nombre de cas, dont la prévalence est difficilement estimable (selon certains auteurs jusqu'à 20 à 30%), les femmes évoquent leur accouchement comme une expérience traumatique (2). L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychiatrique qui peut faire suite à un stress d'une particulière intensité. Il concernerait 3 % des femmes en périnatalité (3). Il peut apparaître à tout moment de la grossesse, de la naissance, dans le post-partum ou être préexistant.

Le plan de périnatalité 2004-2007 « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* » recommande aux professionnels de santé de prendre en compte l'environnement psychique de la mère et de dépister les facteurs de risque psycho-sociaux dès que possible. La sage-femme est en première ligne pour repérer les situations de vulnérabilité par l'évaluation de l'état psychique maternel, pendant la grossesse, à l'accouchement, dans le post-partum et au sein de la relation mère-enfant. La périnatalité fait partie des « *axes majeurs d'intervention* » et est ainsi un moment important dans le repérage des troubles psychiques (4).

II. REVUE DE LA LITTERATURE

1 L'état de stress post-traumatique (ESPT)

1.1 Définition et signes cliniques

L'ESPT se définit par des critères spécifiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V) (5). Il est décrit comme un trouble anxieux qui se manifeste à la suite d'un évènement dit « traumatique », dépassant les ressources cognitives de l'individu.

Les symptômes sont classés en quatre catégories :

- la reviviscence de l'évènement traumatique (flash-back, cauchemars, souvenirs répétitifs)
- l'évitement des stimuli rappelant l'évènement
- l'altération négative de la cognition et de l'humeur (émotions négatives persistantes, diminution de l'intérêt)
- l'hyperréactivité (irritabilité, hyper vigilance, difficultés de concentration)

Si des symptômes apparaissent dans les jours ou semaines suivants l'évènement ils sont définis comme un état de stress aigu. L'ESPT apparait et peut être diagnostiqué à distance, à partir d'un mois après l'évènement.

Initialement décrit chez les soldats au retour de la guerre, l'ESPT peut survenir suite à différentes situations : menace de l'intégrité physique de la personne ou des autres, agression sexuelle, viol, maltraitance, catastrophe naturelle, récemment attentat etc.

1.2 Mécanisme neuro-anatomique

Anatomiquement, différentes structures cérébrales entrent en jeu dans la physiopathologie de l'ESPT. Tout d'abord, l'amygdale a un rôle dans la détection de la menace et dans la réponse à la peur. Cette structure anatomique joue un rôle dans le processus de mémoire émotionnelle. Son hyper activation serait à l'origine des symptômes de reviviscence et d'hyper vigilance. L'hippocampe est une structure siège de la mémoire épisodique et événementielle. Il permet une analyse spatio-temporelle des événements. Enfin, les cortex préfrontal médian et cingulaire antérieur jouent un rôle dans la régulation émotionnelle et attentionnelle.

L'ESPT entraîne une fragmentation du souvenir avec une remémoration consciente difficile. En conséquence, les patients ont souvent des récits pauvres en détails avec une faible représentation contextuelle et une exagération du vécu émotionnel, difficile à réguler.

Selon *Dégeilh et al*, deux théories sont évoquées pour expliquer la physiopathologie de l'ESPT (6).

- *La théorie de la double représentation*

Dans la physiologie, il existe deux systèmes parallèles : un système de mémoire sensorielle (amygdale) et un système de mémoire contextuelle (hippocampe). Ces deux systèmes entrent en interaction pour former une représentation mentale complète dans un contexte spatiotemporel. L'ESPT résulte, selon cette théorie, d'un déséquilibre entre un encodage excessif d'informations sensorielles et émotionnelles (souvenir accessible de façon involontaire à type de flashback, cauchemars) et un encodage insuffisant du contexte spatio-temporel de l'évènement (accessible de façon volontaire et facilement verbalisable).

- *La théorie de la régulation émotionnelle*

Le stress est un mécanisme adaptatif qui permet d'apporter une réponse appropriée en cas de menace. Dans le cas d'un ESPT, il existe, selon cette théorie, un dysfonctionnement du système de régulation des émotions qui induit une persistance de la réponse de peur après l'évènement traumatique. Cette théorie expliquerait l'altération négative de la cognition et de l'humeur et les symptômes d'évitement.

1.3 La dissociation péri-traumatique

La dissociation péri-traumatique est un marqueur de vulnérabilité immédiate. Selon l'Institut de Veille Sanitaire (ou Santé Publique France), elle est définie ainsi : « *entraînant une réelle perte de contact avec la réalité, cet état « hypnoïde » (c'est-à-dire proche de l'hypnose) dans lequel se place le sujet au moment de l'évènement traumatique, a pu être considéré sur un plan purement théorique, comme un mécanisme de défense inconscient qui permettrait au sujet de s'éloigner de la scène traumatique pour mieux la tolérer* ». (7)(8)

L'effraction soudaine du psychisme que provoque l'évènement traumatique, entraîne une sidération du cortex cérébral et la réponse émotionnelle s'emballe. Le cerveau n'est plus en mesure de moduler ses réactions. Afin de se protéger, il utilise un mécanisme de « *disjonction* », mécanisme complexe de « *sauvegarde neurobiologique* » qui créera la mémoire traumatique. La mémoire émotionnelle et les réactions associées restent stockées : « *immuable, chargée de l'émotion initiale* », « *hypersensible et susceptible de s'allumer lors de tout stimulus rappelant le traumatisme* » (9).

La douleur peut être à l'origine de cette dissociation péri-traumatique. Ce phénomène peut également entraîner une analgésie et une amnésie pouvant expliquer différents symptômes au moment de l'évènement : désorientation, perte des repères espace-temps, altération de la conscience.

2 L'état de stress post-traumatique en périnatalité

L'ESPT en périnatalité a des caractéristiques propres même si sa définition clinique reste identique. Ce trouble survient chez environ 3% des femmes. Cette prévalence varie selon les études et les facteurs de risque (jusqu'à 19%) (3). Il existe deux types d'ESPT en périnatalité : l'ESPT préexistant et celui inhérent à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum. La périnatalité touche au domaine de l'intime où de nombreux facteurs interviennent : attachement, modifications psychoaffectives, vulnérabilité psychique...

2.1 Modifications psychoaffectives autour de la naissance

La grossesse mobilise de l'énergie, bouleverse l'équilibre quotidien et est décrite comme une crise maturative. Il nous a donc semblé important de définir les modifications psychoaffectives, inhérentes à la grossesse, qui modifient le psychisme maternel et potentialisent ainsi l'ESPT.

2.1.1 *La filiation ou dette de vie*

La filiation détermine l'individu par un système de parenté. Il est nécessaire de différencier le statut de parentalité (fonction de l'adulte sur le développement de l'enfant) du statut de parenté (processus biologique de reproduction). La naissance vient s'inscrire dans un contexte familial préétabli, avec ses propres représentations et influences psychiques. La grossesse répondrait alors à une dette de vie inconsciente que l'on devrait à nos parents. La femme devient mère et renonce à son statut de fille (1).

L'embryon puis le fœtus, est décrit comme un objet intériorisé, qui n'est pas distingué de soi. C'est à l'accouchement que la réalité prend place. Événement où sont intriqués la mort et la vie, il représente une perte de l'enfant imaginaire, perte d'une partie de soi : « *tout enfant vivant a pour double un enfant mort* » (1). Il naît en ces femmes un déchirement, une séparation entre le corps et l'esprit. Elles découvrent un enfant inconnu avec qui elles doivent construire. Le deuil de la grossesse et de cet état psychique et physique transitoire paraît ainsi incontournable.

2.1.2 *La préoccupation maternelle primaire ou transparence psychique*

Afin de se consacrer complètement à son enfant, la femme sera « conditionnée » par un état que l'on nomme transparence psychique ou préoccupation maternelle primaire.

Donald Wood Winnicott décrit, depuis 1956, la préoccupation maternelle primaire comme un état mental transitoire de fin de grossesse, état de repli ou encore de rêverie. État proche de la dissociation, il est parfois même défini comme un « état *schizoïde* » (10). Débutant quelques semaines avant l'accouchement, il va permettre un désinvestissement de la réalité extérieure afin de se centrer sur l'enfant à venir. Il se prolonge sur plusieurs semaines après la naissance et sera en lien avec l'attachement nécessaire à l'enfant pour son développement.

L'expérience de la grossesse et de la naissance représentent une réelle invasion psychique. De nombreux mécanismes inconscients viennent s'intriquer : désir, imagination, projection, refoulement, angoisses primitives... La grossesse implique une intrusion de l'inconscient, une « *rencontre intime avec soi-même* ». Des moments douloureux (deuil, conflits infantiles) y résident et sont bloqués par la barrière du refoulement. Monique Bydlowski définit la grossesse comme une « *période où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience* » (1). La femme recherchera alors des éléments auxquels s'identifier propres à son vécu et à son enfance.

Cette « nudité ou transparence psychique » impose à la femme une période de fragilité. En effet, si son histoire présente des failles, ce mécanisme inconscient peut les réactiver. Le psychisme maternel laisse alors place libre à l'effraction pouvant rendre plus fréquent un ESPT ou imposer des reviviscences d'un ancien traumatisme.

2.1.3 La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement revient, au psychologue anglais, John Bowlby. Il définit ce phénomène comme « *un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu* » (11). La première rencontre lors de la naissance n'est plus dans l'imaginaire de la femme, mais s'inscrit dans la réalité par le toucher, l'odeur, la vision, l'éveil de nouvelles sensations. Un pic d'ocytocine, dès le premier quart d'heure de vie, favorise un contact propice aux phénomènes d'attachement. Le peau à peau permet de favoriser la proximité et il est recommandé « *d'éviter la séparation de la femme et son enfant* » à la naissance (12). D'une part, Les comportements innés du nouveau-né traduisent ses besoins primaires : contact, succion, grasping etc. D'autre part, la préoccupation maternelle primaire permet à la femme d'être apte à répondre à ses besoins, à se rendre disponible et protectrice. L'attachement induit donc les prémices de l'interaction, d'une relation à autrui.

Différents types d'attachement sont décrits, « *secure* » et « *insecure* ». Le type d'attachement conditionnera le développement émotionnel et relationnel de l'enfant. L'attachement type *secure* est lié à des sentiments de confiance en soi, d'estime de soi et d'empathie chez l'enfant. La relation mère-enfant est source de plaisir et de découverte. L'attachement évitant (*insecure*) est corrélé à un isolement pour se protéger. Il est la conséquence d'une mère portant peu d'attention à son enfant. L'attachement ambivalent (*insecure*) se traduit par une incapacité à se détacher, c'est par exemple un enfant inconsolable lorsqu'il quitte sa mère. C'est par l'observation des échanges affectifs qu'il est possible de définir le type d'attachement. (11)

Finalement, il existe une réelle continuité entre la vie psychique de la mère et les prémices relationnelles avec son enfant. La proximité et les premières interactions sont indispensables pour créer un contexte affectif sécurisant. L'ESPT peut venir bousculer ces phénomènes d'attachement. Ainsi, dès la naissance peuvent se créer des carences affectives suite à un trouble de l'attachement.

2.2 Comorbidités psychologiques de l'ESPT en périnatalité

2.2.1 *Le baby blues*

Environ 30 à 80% des femmes déclarent un baby blues en post-partum (13). Il est défini comme une réaction psychique très fréquente, suite à l'accouchement, aux alentours du troisième jour. Lié à une diminution brutale des œstrogènes, cet état d'hypersensibilité est décrit comme transitoire et adaptatif. Il se traduit par des réactions émotionnelles de la femme : irritabilité, inquiétude, fatigue, pleurs, etc. Il se résout spontanément et est dit non pathologique.

Il est nécessaire que les professionnels revalorisent la patiente et qu'ils s'assurent du soutien de l'entourage proche. Le baby blues ne doit pas être sous-estimé. Il est important de le différencier des prémices d'un trouble psychique pouvant être lié à la naissance. Enfin, un blues sévère triple la probabilité de dépression post natale (14).

2.2.2 *La dépression post-natale ou périnatale (DPN)*

Avec une prévalence qui varie de 10% à 20%, la dépression post-natale est une des plus fréquentes complications du post-partum mais peut aussi survenir en anténatal (13). Elle se traduit par des symptômes envahissants qui durent : pleurs, angoisse, anhédonie, sensation d'incapacité, dévalorisation, isolement social, perte d'envie et repli sur soi, depuis au moins deux semaines consécutives.

En 2016, l'enquête périnatale démontre que "29.6% des femmes ont déclaré des symptômes dépressifs" (15). Trouble de l'humeur constant, la DPN induit des idées suicidaires et des insomnies. Elle est parfois en corrélation avec des antécédents psychologiques, un manque de soutien affectif et social ou encore des facteurs de stress. Notons par ailleurs, que 60 % des DPN sont les premières dépressions des femmes et qu'il n'existe pas systématiquement d'antécédents permettant un dépistage (14).

La DPN implique une altération de la relation mère-enfant avec une figure d'attachement non apte à répondre aux besoins primaires du nouveau-né, entraînant donc des troubles des interactions précoces. Différentes études décrivent un impact conséquent et un empiètement sur le développement de l'enfant, notamment des troubles du comportement, une instabilité psychomotrice, des conduites addictives à l'adolescence ainsi que des troubles anxieux (16). Dès les premières semaines de vie, la DPN peut avoir une influence sur les nouveau-nés qui seront passifs, inexpressifs et en retrait. Il existe une comorbidité importante entre la DPN et l'ESPT, il est donc indispensable de les dépister conjointement (17).

2.3 Les facteurs de risque de l'ESPT

2.3.1 *Antécédents et histoire de la patiente : l'ESPT préexistant*

Des événements propres à chacun peuvent impacter le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Certains antécédents sont établis comme des facteurs prédictifs de l'ESPT et facilitent son repérage. L'ESPT préexistant représente 1% des ESPT en périnatalité. Il semble essentiel de pouvoir dépister un ancien traumatisme qui peut facilement être réactivé durant la période périnatale.

Il existe des facteurs de risque socio-économiques. L'isolement social (divorce, entourage absent, isolement)(3) et un faible niveau économique(18) sont retrouvés comme facteur de risque d'ESPT dans la littérature. Concernant les antécédents médicaux, une attention particulière est portée aux antécédents psychologiques : dépression, traits psychiatriques, traitements psychologiques antérieurs, anxiété, etc (19). En reprenant l'histoire de la patiente, nous nous intéressons à son passé, aux difficultés qu'elle a pu traverser, à l'équilibre du couple, au vécu de son enfance et à ses interactions sociales. Les notions de violences conjugales ou intrafamiliales, de viols, ou encore d'abus sexuel dans l'enfance sont des événements pouvant fragiliser les femmes et être à eux seuls des traumatismes. Ils peuvent donc être à l'origine d'un ESPT (20)(21).

Les antécédents obstétricaux constituent un repère fondamental pour dépister les patientes à risque. En effet, un traumatisme ayant débuté durant une précédente grossesse ou suite à un accouchement, aura une très forte probabilité d'être réactivé par la grossesse actuelle. Des antécédents de fausses couches, de morts fœtales in utero (MFIU), d'interruption volontaire de grossesse (IVG), d'accouchement avec un vécu traumatique ou de grossesse compliquée peuvent interpeller les professionnels (3)(22). « 14.8% des multipares ont eu un antécédent obstétrical sévère, tel qu'une MFIU, un décès néonatal, un accouchement prématuré ou un nouveau-né hypotrophe »(15).

➤ *Le deuil périnatal*

Du latin *dolere* qui signifie souffrir, le deuil place la perte d'un être cher comme un des événements les plus stressants dans la vie d'un individu. Il peut donc induire un ESPT dans des cas de MFIU, IVG etc. Le deuil comprend plusieurs étapes. La dernière étape du deuil est celle de la réorganisation. C'est durant cette étape, que de nouveaux projets et rêves peuvent se réorganiser (23). Néanmoins, c'est aussi à ce moment que l'angoisse d'une nouvelle grossesse peut survenir. C'est un temps où des reviviscences du traumatisme peuvent ressurgir (par exemple, des cauchemars du corps mort du nouveau-né). Par son caractère intrusif, le deuil périnatal peut induire un ESPT et est facilement repérable. Finalement, dans une étude de 2013, *Giannandrea et al* estiment la prévalence d'ESPT à environ 9% pour les femmes ayant vécu une perte périnatale (FCS, MFIU etc.) (24).

Ce n'est parfois, qu'à l'occasion d'une nouvelle grossesse ou face à des liens mère enfant perturbés que l'on découvre une IVG traumatique. Une décision d'IVG, bien qu'entreprise par la patiente, peut faire partie du processus de deuil périnatal. L'antécédent d'IVG est retrouvé comme un facteur de risque d'ESPT (3)(25).

2.3.2 Facteurs de risque durant la grossesse

➤ La primiparité

La primiparité est retrouvée comme facteur de risque de l'ESPT. Par sa composante énigmatique, l'accouchement fait l'objet de multiples projections, interrogations et inquiétudes. L'appréhension qu'il suscite est pour beaucoup de femmes, source d'anxiété. Dans une étude à Marseille : « 45 % des femmes interrogées décrivent l'accouchement comme un facteur de stress majeur ». Ce résultat est majoré chez les primipares et il concerne la durée du travail, la douleur et le nombre de contractions utérines (26).

➤ Grossesses à haut risque

La grossesse à haut risque est un facteur de risque d'ESPT. La prévalence d'ESPT après une grossesse compliquée est plus élevée (environ 10%) selon *Polachek et al* (19). De nombreuses pathologies peuvent accroître la morbi-mortalité périnatale : menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, diabète gestationnel, grossesse gémellaire, placenta prævia etc. Ces grossesses sont plus à risque de complications avant, pendant et après l'accouchement. En 2013, *Tan et al* ont étudié l'impact de la pré-éclampsie, de l'éclampsie ou de l'hémorragie sévère. Ont été retrouvés pour ces patientes un déclin plus important du désir d'enfant, des scores d'ESPT significativement plus élevés et la peur d'une nouvelle grossesse avec pour la majorité d'entre elles une demande de césarienne (27).

Les grossesses à risque imposent parfois aux femmes une hospitalisation, facteur de stress supplémentaire. Les limitations qu'induisent ces pathologies (déplacements limités, régime diabétique...) peuvent être contraignantes. C'est également, la peur de nuire à leur enfant, qui angoisse ces femmes. En effet, ces pathologies impliquent une possible atteinte physique de la mère mais également de son nouveau-né (retard de croissance intra-utérin, malformations, mort fœtale) facteur potentiellement déclenchant d'un évènement traumatique.

2.3.3 Facteurs de risque à l'accouchement

➤ *L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)*

Selon le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français), « *l'HPP est la principale cause de morbidité maternelle sévère* » et elle représente 5 à 10% des accouchements (28). Sa prise en charge induit des mesures de réanimation pouvant engager le pronostic vital maternel. L'hémorragie est en elle-même un état de traumatisme pour l'organisme (hypo volémie, hypothermie, préservation des organes nobles, état de choc). L'HPPI semble être un facteur de risque évident, cependant la littérature expose des résultats controversés.

Bouet et al, ont permis de démontrer qu'il existait des complications psychologiques à long terme malgré une préservation utérine dans un contexte d'HPPI sévère (29). *Bouet et al*, ont cherché à établir un lien entre l'HPPI et l'ESPT : « *Il semble pour le moment difficile de savoir si l'HPP est ou non un facteur de risque à un ESPT en post-partum* » (30). *Sentilhes et al* ont recherché en 2017 les facteurs de risque d'ESPT et retrouvent un lien significatif entre un antécédent d'HPPI et un ESPT. Durant le post-partum, une hémoglobine inférieure à 9g/dl est un facteur de risque d'ESPT (31).

➤ *L'ESPT paternel*

La menace de l'intégrité et la peur de la mort peuvent aussi toucher le père. Il peut donc lui aussi développer un ESPT avec les mêmes symptômes. Différentes études le confirment notamment en cas d'hémorragie ou de prématurité sans pouvoir estimer de prévalence (32)(33).

➤ *La prématurité*

Les naissances avant 37 semaines d'aménorrhée sont corrélées, pour les nouveau-nés, à des risques plus importants de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine. Une réanimation néonatale peut être réalisée où la menace de l'intégrité physique du nouveau-né peut être à l'origine d'un ESPT. De plus, les parents peuvent être séparés de leurs nouveau-nés à plus ou moins long terme lors de séjours en néonatalogie.

➤ *La césarienne en urgence*

Le taux de césarienne est en nette augmentation ces dernières années. Elles représentent environ un accouchement sur cinq : 20,2 % des naissances sont concernées en 2016 (15). La littérature décrit la césarienne en urgence comme un facteur de risque d'ESPT (19). En effet, la césarienne code rouge impose une prise en charge extrêmement rapide. L'angoisse de mort et de menace d'intégrité du nouveau-né est de nouveau présente.

➤ *L'extraction instrumentale*

Environ 33% des naissances sont instrumentales (15). Les résultats sont controversés et l'extraction instrumentale n'est pas toujours retrouvée comme un facteur de risque d'ESPT.

➤ *Lésions périnéales*

Une étude australienne, *Barnabet et al*, a étudié les conséquences psychologiques des femmes qui présentent une atteinte du muscle élévateur de l'anus, de trois à six mois en post-partum. Elles témoignent d'une diminution de la qualité de vie avec un impact psychosomatique important (relations sexuelles, symptômes de prolapsus, incontinence, isolement). Néanmoins, un lien significatif avec l'ESPT n'est pas prouvé (34). L'épisiotomie n'est pas un facteur de risque d'ESPT selon *Sentillhes et al* (31).

➤ *L'accouchement : vécu subjectif*

Durant l'accouchement, nous retrouvons des facteurs de risque propres à l'accompagnement apporté à la patiente. Un manque de soutien, une sensation de perte de contrôle durant le travail et à l'accouchement sont corrélés à un ESPT (18). La perception du vécu de l'accouchement ainsi que le niveau de médicalisation influencent la portée traumatique de cet événement. L'apparition d'un ESPT est influencée par le vécu subjectif de la femme. **Il est donc admis dans la littérature, qu'une naissance « physiologique », sans complications, peut également être à l'origine d'un ESPT (35).**

→ *La douleur*

Les réactions émotionnelles à la douleur peuvent se traduire par une particulière intensité. Au cours du travail et de l'accouchement, une douleur non soulagée peut être un point clé de repérage. En effet, sont retrouvés différents facteurs de risques : travail long, douleur extrême non soulagée ou encore retard à la prise en charge de l'analgésie. Notons que les manœuvres endo-utérines peuvent être source d'un vécu difficile notamment dans des difficultés de prise en charge de l'analgésie.

→ *La dissociation péri-traumatique*

La dissociation péri-traumatique à l'accouchement est un facteur prédictif de l'ESPT (36). Précédemment, nous avons pu définir cette notion. Cet état « hypnotique », induit par un stress extrême, peut s'observer chez une patiente au cours de l'accouchement. Elle s'explique par une altération de la notion du temps ainsi que des difficultés à concevoir ce qu'il est en train de se dérouler. Une étude récente d'une équipe bordelaise, *Sentillhes et al*, démontre qu'une seule question au deuxième jour du post-partum dépisterait une grande majorité des syndromes de stress post-traumatique : « *Quels souvenirs avez-vous de votre accouchement ?* » (31).

2.4 Les conséquences de l'ESPT

2.4.1 *Conséquences maternelles*

L'ESPT met la femme en difficulté psychologique et impacte son état. Il présente une comorbidité importante avec la DPN et induit une symptomatologie dépressive. Submergée par l'évènement, la femme est envahie par des cauchemars qui provoquent de nombreuses insomnies. Elle est forcée de revivre constamment la détresse de l'évènement également pendant la journée par des flash-backs. La femme connaît une peur de la mort pouvant persister parfois pendant des années. De plus, les symptômes d'évitement la poussent à s'isoler socialement. Cela peut alors compliquer les relations conjugales et impacter les relations sexuelles. Pour certains couples, l'évènement traumatique serait à l'origine de séparation. L'ESPT a donc des conséquences majoritairement psycho-sociales sur la femme.

Malgré cela, différentes études démontrent une relation entre l'ESPT et l'apparition de pathologies médicale. A long terme, une étude longitudinale, *Roberts et al*, conduite sur vingt-deux ans, a démontré une corrélation entre la survenue d'un ESPT au cours de la vie et une augmentation du risque de développer un diabète de type 2 (notamment par le surpoids et la prise d'antidépresseurs) (37).

2.4.2 Conséquences sur la relation mère-enfant

Tout comme la DPN, l'ESPT rend la femme moins disponible pour les besoins primaires de son enfant. Les symptômes d'évitement de l'ESPT se traduiront par un éloignement de la mère de son nouveau-né. Ce dernier étant source de reviviscence du traumatisme. L'altération de l'humeur aura également pour conséquence une diminution de la production d'ocytocine. Cela impactera alors les prémices de la relation mère enfant, le processus d'attachement mais aussi l'allaitement maternel (38).

2.4.3 Conséquences néonatales et sur l'enfant en devenir

L'ESPT préexistant est associé à des petits poids de naissance ainsi qu'un taux plus bas d'allaitement maternel (39). Il peut avoir des conséquences sur le développement de l'enfant, tels que des troubles du sommeil ou de l'alimentation. La littérature concernant les conséquences néonatales de l'ESPT est moins riche que celle de la DPN mais l'impact de ces deux troubles psychiques semblent similaires.

2.4.4 *Impact sur la prochaine grossesse*

Une étude chez des femmes militaires, *Shaw et al*, montre qu'un antécédent d'ESPT un an avant la naissance induirait des accouchements prématurés. Le stress serait un élément déclencheur du travail. Notons, cependant que le risque de prématurité diminue lorsque les symptômes de l'ESPT disparaissent (40). L'université de Médecine du Michigan a évalué l'impact d'une grossesse sur un ESPT préexistant. Selon cette étude, la période périnatale n'aggraverait pas systématiquement l'état psychique maternel, si les symptômes diminuent au cours du temps.

Il existe également chez ces femmes une diminution du désir d'enfant. Si une nouvelle grossesse a lieu après un ESPT, cela peut aboutir à une demande d'IVG ou de césarienne motivée par les symptômes d'évitement. Les femmes font tout, lors d'une nouvelle grossesse, pour ne pas renouveler l'expérience, ont besoin de contrôle et d'exprimer leurs souhaits très tôt dans la grossesse (41)(42)(43). *Greenfield et al* recommande alors aux professionnels d'apporter un soutien aux patientes en les accompagnant dans la verbalisation de leur souhait.

2.4.5 *Les facteurs protecteurs*

Dans la littérature, différents facteurs permettent de protéger la femme d'un ESPT notamment : les femmes qui se sentent en contrôle lors de leur accouchement et celles qui se sentent capables de poser des questions à l'équipe (18)(44). L'accompagnement est un facteur qui influe sur le vécu traumatique de la patiente. En effet, de nombreuses études évoquent la participation aux prises de décisions médicales et la place libre à l'échange. La patiente doit se projeter dans la réalité grâce au devoir d'information des professionnels. Par une information claire et loyale, ils expliquent au couple les possibles déroulements des événements. Le soutien, la verbalisation et l'écoute paraissent donc incontournables et semblent être protecteurs de l'ESPT.

3 Dépistage, prévention et prise en charge

Tournant dans nos recherches, les facteurs protecteurs de l'ESPT démontrent que les professionnels de périnatalité ont un rôle à jouer dans la prévention et le repérage de l'ESPT. Quels outils pour repérer les patientes à risque ? Quels traitements pour les prendre en charge ?

3.1 Informer et repérer les facteurs de risque

3.1.1 L'anamnèse, un outil de dépistage

Premier lieu d'échange, les consultations prénatales permettent d'évaluer l'environnement de la patiente et représentent un premier temps important de repérage des patientes à risque d'ESPT. Il est fondamental d'interroger la patiente sur des antécédents de violences (conjugales, intrafamiliales), de viols, d'abus sexuels, d'antécédents psychologiques, de traitements antidépresseurs etc. Il est aussi intéressant d'évoquer avec la patiente son bien-être quotidien : pénibilité du travail, relations sociales, familiales et conjugales, vécu de l'enfance, conduites addictives etc. La consultation, par son anamnèse détaillée, est donc un outil de repérage des situations à risque.

3.1.2 L'entretien prénatal précoce

Un nouvel outil a été mis en place par le plan périnatalité de 2005-2007 : l'entretien prénatal précoce (EPP) (4). Au cours du quatrième mois, il est réalisé par un professionnel médical formé et dure de quarante-cinq minutes à une heure. Remboursé par la sécurité sociale, il permet de connaître les besoins singuliers des femmes enceintes, de répondre aux questions du couple et d'assurer la coordination du suivi de grossesse. Cet entretien est à différencier des consultations médicales prénatales. Il évoquera les conditions d'accueil du futur enfant, permettra d'échanger sur de possibles difficultés sociales, économiques ou familiales et d'accompagner le couple dans leur projet de naissance. Ce lieu d'échange permet d'établir une relation de confiance où les femmes ont le temps de se confier sur leurs peurs et leurs demandes.

Ce temps de parole est devenu un outil de prévention important qui n'est pas obligatoire mais qui doit être proposé systématiquement. L'enquête périnatale de 2016 montre qu'il est encore peu mis à profit alors « *que 85% des maternités déclarent l'organiser* ». En effet, « *seules 28.5% des femmes déclarent en avoir eu un* » (15). L'EPP permet de mettre en œuvre une alliance thérapeutique pour le parcours périnatal. Il a donc pour objectif d'accorder aux futurs parents un environnement propice à l'échange et de s'assurer de la sécurité somatique, psychique et émotionnelle de la femme.

3.1.3 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La préparation à la naissance permet aux femmes d'obtenir des informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. En groupe ou en individuel, huit séances (dont une comptabilisée pour l'EPP) permettent aux couples d'élaborer leur projet de naissance et de créer un lien de confiance avec les professionnels (45). Ces séances permettent d'offrir aux femmes les connaissances suffisantes autour de la naissance. Elles ont prouvé leur bénéfice dans la construction du lien parent-enfant. L'éducation anténatale fait partie des axes de prévention et place la sage-femme en acteur de première ligne. En 2016, *Yildiz et al* démontre que l'éducation anténatale offrait une meilleure perception du soutien et du contrôle de la naissance par les femmes, moins d'appréhension et enfin moins de symptômes d'ESPT (46).

3.2 Dépistage en post-partum

L'étude du *Collectif Inter associatif autour de la naissance* a montré « *qu'une primipare sur six et une femme césarisée sur quatre disent s'être senties désemparées ou angoissées dans les premiers jours à la maison* » (47). En effet, le postpartum est une période de vulnérabilité où les femmes se sentent souvent démunies. Quels outils pour les professionnels ?

3.2.1 *L'entretien post-natal précoce*

Quand aujourd'hui, l'EPP tend à s'installer dans la prise en charge des femmes enceintes en prénatal, l'entretien post-natal précoce n'est pas généralisé à l'échelle nationale et reste peu pratiqué. Selon les recommandations « *Sortie de maternité après un accouchement* » de la Haute Autorité de Santé de 2014, cet entretien devrait être réalisé entre 8 à 15 jours après l'accouchement (45). Il permettrait aux parents d'exprimer leurs besoins et leurs difficultés lors d'une prise de parole d'environ une heure. Nous n'avons pas retrouvé de notion de cotation de cet acte et donc de remboursement. Il représente malgré cela un outil de repérage important. Les parents sont souvent satisfaits d'un soutien supplémentaire lors du retour à domicile. Les interventions postnatales précoces améliorent le bien-être des parents et leur estime de soi.

3.2.2 *Les séances postnatales*

Deux séances postnatales sont remboursées par la sécurité sociale. Elles sont comprises dans les séances de PNP. Elles peuvent être un moment d'échange et de soutien en postpartum. Elles sont proposées sous différentes formes en hospitalier ou libéral (massage bébé, retour sur l'accouchement, yoga etc).

3.2.3 *La visite postnatale (VPN)*

La visite postnatale est réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle permet de faire le point sur l'état de santé global de la femme et de l'enfant. Cette visite est obligatoire et permet d'évoquer de nombreux sujets : contraception, alimentation, rééducation périnéale, vécu de l'accouchement etc. Elle représente un moment de repérage important puisque c'est à distance de l'évènement traumatique que le diagnostic de l'ESPT peut être posé. Il semble pertinent de s'intéresser aux absences de certaines patientes à la visite postnatale pouvant traduire un symptôme d'évitement.

3.2.4 Rôle des sages-femmes après la sortie de maternité

En post-partum, les sages-femmes ont un rôle très important de repérage de familles en difficulté. En effet, elles prennent en charge les patientes au moment où le diagnostic de l'ESPT se fait possible (un mois après). Les visites à domicile, consultations du post-partum pour la patiente ou pour le nouveau-né sont des moments de repérage importants et donc des outils de repérage. Contrairement à l'entretien postnatal précoce, ces consultations sont souvent remboursées et donc accessibles à tous pour dépister les troubles psychiques du post-partum.

3.3 Les échelles de dépistage

Il existe différentes échelles qui permettent d'évaluer le bien-être psychique de la patiente. Nous vous présentons ici les échelles de la dépression du post-partum (Edinburgh Post natal Depression Scale : EPDS) et celle de l'état de stress post-traumatique (Impact of Event Scale : IES) présentes en annexes (*Annexe I et II*). Ce sont des échelles d'auto-évaluation. En effet, la DPN et l'ESPT sont souvent associées. Il est donc préconisé de les dépister conjointement.

Tout d'abord, l'IES-R est une échelle validée en français basée sur les symptômes de l'état de stress post-traumatique en général et donc non spécifique à la périnatalité. 7 critères mesurent l'intrusion, 8 mesurent l'évitement. Le seuil diagnostic est défini pour un score au-dessus de 36(48).

L'EPDS a été validée en version française. Chaque item est coté de 0 à 4. Le seuil diagnostic de la DPN est posé pour un score de 10. Ces échelles permettent de dépister les patientes à risque mais également d'évaluer par un score l'impact psychique en postpartum. Elles sont utiles pour une ouverture au dialogue et servent également à orienter les patientes lorsque c'est nécessaire. Nous retrouvons dans la littérature différentes échelles peu utilisées, spécifiques de l'ESPT en périnatalité, cependant non valides en français. Récemment, Susan Ayers, a développé une échelle spécifique (en cours de traduction par l'INSERM) : The City Birth Trauma Scale. (*Annexe III*) (49)

3.4 Prise en charge thérapeutique

Dans toutes les situations, l'écoute paraît incontournable. Il est important de concevoir, reconnaître et d'objectiver la situation qui a pu être traumatique. Revaloriser, rassurer, mettre des mots sur le ressenti des patientes conditionne le début d'une prise en charge. Si le diagnostic est posé par des professionnels de la santé mentale, les sages-femmes, actrices de première ligne orientent et sont le premier maillon de la prise en charge.

Il n'existe pas dans la littérature de traitement propre à l'ESPT en périnatalité. Cependant il est nécessaire d'apporter aux patientes une approche thérapeutique globale et personnalisée. Il existe deux versants au traitement de ce trouble : la prise en charge psychiatrique de l'ESPT maternel et celle des troubles relationnels dyadiques et familiaux.

3.4.1 *Prise en charge de l'ESPT maternel*

Il existe différents types de thérapies : les thérapies psycho dynamiques, les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose médicale ou encore l'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing). L'OMS a publié un guide d'intervention pour la prise en charge des affections liées au stress où ces thérapies sont recommandées (50)(51). L'EMDR est une nouvelle technique par stimulation sensorielle (utilisation du mouvement des yeux) pour réduire les symptômes intrusifs de l'ESPT. En outre, des études récentes (*étude Start*) testent les jeux (tétris, candy crush) comme traitement pour diminuer l'intrusion du traumatisme. Ce traitement serait à débiter dès six heures après l'évènement selon l'étude (52). Néanmoins, cela reste expérimental et les recherches sont à poursuivre.

En deuxième intention, il existe des traitements alternatifs proposés, sans bénéfice prouvé, mais qui semblent intéressants. Par exemple, nous pouvons évoquer la sophrologie, l'acupuncture ou encore la remédiation corpo-émotionnelle qui semblent avoir des effets bénéfiques selon les patientes.

McKenzie Mcharg et al étudie le potentiel thérapeutique de l'écriture. Effectivement, écrire et raconter sur papier l'évènement traumatique permettrait de diminuer les facteurs intrusifs d'ESPT (53). Revivre le traumatisme, se focaliser sur une image, une émotion ou une sensation physique peut permettre à l'individu de diminuer les sensations d'intrusion. Si les symptômes s'avéraient devenir trop intenses ou devant un échec de la psychothérapie, un traitement psychotrope peut être mis en place par un psychiatre.

3.4.2 Prise en charge pluridisciplinaire des troubles relationnels dyadiques et familiaux

Paul Claude Racamier, psychiatre, est un des précurseurs de l'hospitalisation mère-enfant afin d'allier l'un pour soigner l'autre. La prise en charge psychique de la patiente implique celle de son enfant et celle de toute la famille dans un service de psychiatrie périnatale. En effet, les thérapies mère-bébé avec une observation des interactions permet d'évaluer la globalité du retentissement de l'ESPT. Le soutien à la parentalité est donc fondamental dans la prise en charge de l'ESPT.

Nous évoquons ici l'unité mobile de psychiatrie périnatale (UPP) du Centre Hospitalier du Rouvray en Haute-Normandie. Elle est composée de psychiatres, psychologue, psychomotricienne et différents professionnels. Cette unité mobile permet une prise en charge pluridisciplinaire en consultation et à domicile des femmes en grande détresse psychologique. C'est donc une structure de qualité vers qui orienter les familles.

L'accompagnement de l'équipe, les mots utilisés, la culpabilité que les patientes peuvent ressentir sont des variables sur lesquelles nous pouvons agir afin de faciliter le vécu. Les réunions pluridisciplinaires (ou staff psychosocial) permettent de revenir sur ces situations ou de les anticiper afin d'améliorer la prise en charge ultérieure. Le debriefing après l'accouchement ne semble, cependant, pas diminuer les symptômes d'ESPT. Ce debriefing consiste à une rencontre entre la femme et un ou des professionnels de santé afin de revenir sur l'évènement, son déroulement et de me permettre un espace d'échange (54).

Ces réunions pluridisciplinaires permettent également de mettre en place des protocoles personnalisés aux problématiques des patientes. Lorsqu'un traumatisme est connu de l'équipe, il peut nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire avec des mesures de prévention. Par exemple, une prise en charge adaptée peut être proposée à une patiente ayant subi des violences sexuelles. Au cours de la grossesse, une équipe pluridisciplinaire peut prévenir la récurrence d'un traumatisme en limitant au maximum les examens gynécologiques (ou intrusifs) et les intervenants. Des professionnels référents seront attirés afin de créer un lien de confiance. L'équipe sera d'autant plus attentive à anticiper les actes et le suivi de grossesse en donnant des explications détaillées. La voie d'accouchement (passage de la filière génitale pouvant réactiver le traumatisme) et une possible indication de césarienne peuvent également être évoqués.

Il existe différents niveaux de prévention et d'action face aux troubles psychiques. En 1985, Bertrand Cramer, psychologue ayant travaillé autour de la psychothérapie périnatale, écrivait même « *le post-partum : opportunité pour la prévention des troubles psychiques* ». La prise en charge de l'ESPT en post-partum est complexe et nécessite un repérage orienté et consciencieux.

3.4.3 *Le rôle de la sage-femme*

Dépister les symptômes et les facteurs de risque de l'ESPT permettrait selon une étude de le prévenir (54). De plus, la prévalence de l'ESPT dans un échantillon de patientes, dit à risque, en post-partum est de 18.5% (19). La sage-femme doit être alerte face aux événements qui peuvent augmenter la vulnérabilité de la patiente. Par ses compétences dans l'accompagnement de la femme enceinte, elle est une des professionnels de première ligne pour repérer l'ESPT.

Dès le suivi de grossesse par l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la naissance, la sage-femme peut apporter à la femme des informations de prévention pour l'acceptation et le bon déroulement de la grossesse. Elle a un réel rôle d'éducation anténatale. Au cours des consultations prénatales, une anamnèse de qualité permet de repérer les facteurs de risque.

A l'accouchement, elle peut prévenir la survenue de l'ESPT en apportant aux couples un soutien, en étant à l'écoute des demandes de la patiente (notamment pour la douleur) et en laissant un espace de parole propice à l'échange. Elle a également un rôle d'accompagnement et de mise en place des prémices de la relation mère-enfant.

En suite de couches, nous avons déjà évoqué qu'une simple question dès le deuxième jour, sur les souvenirs de l'accouchement, peut aider au repérage. En outre, l'observation des interactions mère-enfant et du comportement de la patiente fait partie intégrante de la prise en charge. Il est important de développer l'interrogatoire (cauchemars ? pensées répétitives de l'accouchement ? vécu ? etc.). Par la suite, les visites à domicile, l'entretien post-natal et les consultations du post-partum sont des moments précieux de dépistage à distance de l'évènement traumatique.

Il existe différents modes d'exercice du métier. Dans un contexte actuel où le PRADO (Programme de retour à domicile) et les sorties précoces rendent plus restreint le temps d'hospitalisation en post-partum, de nombreux niveaux de repérage et d'action sont accessibles. Cela permet aux sages-femmes d'orienter les patientes vers les professionnels de la santé mentale compétents (psychologue, psychiatre).

Si l'ESPT est lié à l'accouchement ou à la grossesse, il est capital de le repérer le plus tôt possible en post-partum afin d'apporter aux patientes une prise en charge qui pourrait diminuer les symptômes intrusifs. Cela implique une mise en œuvre du réseau de périnatalité et une communication de qualité entre les professionnels hospitaliers et ceux de ville. Il est important d'offrir aux patients des lieux d'écoute et de confiance. La sage-femme est donc un acteur majeur de prévention, de repérage et d'éducation pour les femmes en périnatalité.

III. RECHERCHE

4 Présentation de l'étude

4.1 Question de recherche

Quelles connaissances ont les sages-femmes de l'ESPT et quelles pratiques de son repérage en périnatalité ?

4.2 Hypothèses

- Les sages-femmes ont un faible niveau de connaissance de l'ESPT
- La mise en place de nouveaux outils aiderait les sages-femmes à se sentir plus à l'aise dans le repérage de l'ESPT

4.3 Matériel et méthode

Afin de comprendre comment est repéré l'ESPT, nous avons choisi d'interroger les sages-femmes sur leurs connaissances et leurs pratiques autour de ce sujet. Par leur rôle préventif central, les sages-femmes sont des acteurs de santé en périnatalité de première ligne. Il nous a semblé pertinent d'interroger les sages-femmes hospitalières et libérales. Nous n'avons pas pu interroger les sages-femmes territoriales.

4.3.1 Type d'étude

Cette étude est une étude descriptive prospective multicentrique. Elle a été réalisée en Haute-Normandie dans une démarche d'analyse quantitative. Elle a duré environ 4 mois et demi du 1er novembre 2018 au 15 mars 2019.

4.3.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes. L'objectif secondaire est de sensibiliser les sages-femmes à ce sujet. Cette étude a également pour objectif de comprendre les besoins des professionnels afin de proposer des moyens d'action adaptés pour le repérage de l'ESPT.

4.3.3 Population

Nous avons choisi d'interroger les sages-femmes hospitalières et libérales de Haute-Normandie. Les sages-femmes hospitalières exerçaient dans trois maternités : le Belvédère (niveau II), le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (niveau III) et la Clinique Mathilde (niveau II). Nous aurions souhaité interroger une maternité de niveau I pour plus d'équité mais les établissements de Lillebonne (niveau I) et d'Elbeuf (niveau II) n'ont pas pu répondre à notre demande. Avec un intervalle de confiance de 95%, l'objectif de cette étude était de recenser au moins 171 questionnaires pour une population d'environ 300 sages-femmes interrogeables.

4.3.4 Critère d'inclusion

- Sage-femme hospitalière (CHU, Belvédère, Clinique Mathilde)
- Sage-femme libérale (Eure et Seine-Maritime)
- Exerçant en Haute-Normandie
- En activité

4.3.5 Critère d'exclusion

- Sage-femme territoriale
- N'exerçant pas en Haute-Normandie
- Sage-femme n'étant pas en activité

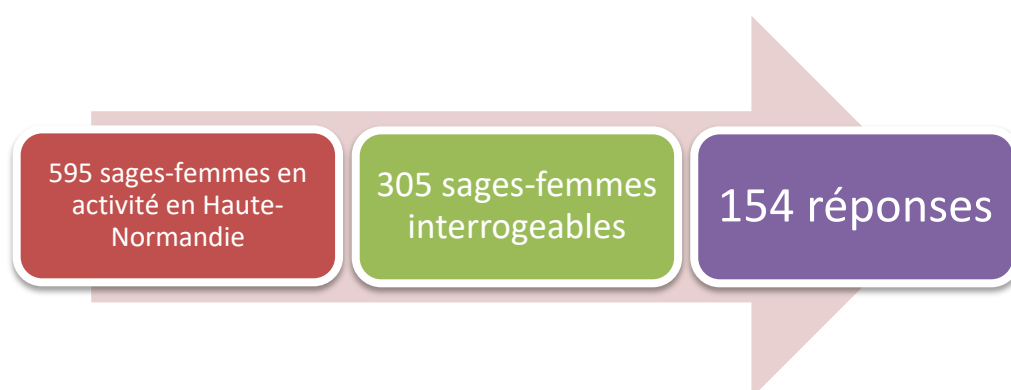


Figure 1 : Diagramme de flux des sages-femmes incluses dans l'étude (N=154)

Nous avons récolté 154 réponses et obtenons donc un taux de réponse de 50,4% des sages-femmes interrogeables, exerçant en Haute-Normandie.

4.3.6 Critère de jugement

Le critère de jugement principal reposait sur la connaissance et les pratiques des sages-femmes autour de l'ESPT. Nous avons posé six questions théoriques avec des réponses basées sur la littérature récente. Nous avons donc donné à chaque sage-femme une note sur six avec un point par bonne réponse. Nous donnons donc comme seuil une note de supérieure ou égale à 3/6 comme bon niveau de connaissance et inférieure à trois comme faible niveau de connaissance. Afin de comprendre les besoins des professionnels, nous nous sommes également intéressés à leurs pratiques (repérage, prise en charge).

4.3.7 Recueil de données et outils de l'étude

Nous avons réalisé cette étude par le biais de **questionnaire** (*Annexe IV*). Il a été créé en collaboration avec l'école de sage-femme de Rouen et Dr Desaunay, pédo-psychiatre en périnatalité au CHU de Rouen. Il est divisé en quatre parties : informations générales, connaissances, pratiques, outils nécessaires au repérage et entretiens. Nous avons pu débuter la distribution des questionnaires après finalisation des critères d'inclusion de l'étude et test du questionnaire auprès d'une dizaine de sages-femmes. Nous avons distribué des questionnaires papiers dans les établissements hospitaliers. Nous nous sommes déplacés sur place pour distribuer et récupérer les questionnaires. Le questionnaire a également été retranscrit sur le logiciel *webquest* afin de le faire parvenir par e-mail aux sages-femmes libérales. Ce logiciel a été autorisé et protège les données recensées. Nous avons pu contacter l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie pour faciliter l'envoi. Une adresse e-mail était laissée à disposition afin de pouvoir échanger si nécessaire.

4.3.8 Saisie et analyse des données

Les données obtenues ont été saisies dans un tableur informatique (*Excel*) qui a permis l'analyse des résultats. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du site *biostatTGV*. Les tests statistiques étaient des tests simples (Khi2, Khi2 de Yates). Nous avons fixé un degré de signification p inférieur à 0,05. La récolte et l'analyse des données ont été réalisées dans le respect de la confidentialité.

IV. RESULTATS

5 Démographie et informations générales de l'échantillon

Notre étude a permis d'établir un échantillon de **154 sages-femmes** (N=154) : 98% de femmes et 2% d'hommes.

5.1 Âge

La moyenne d'âge des SF est de 34,7 ans (+/- 1,4).

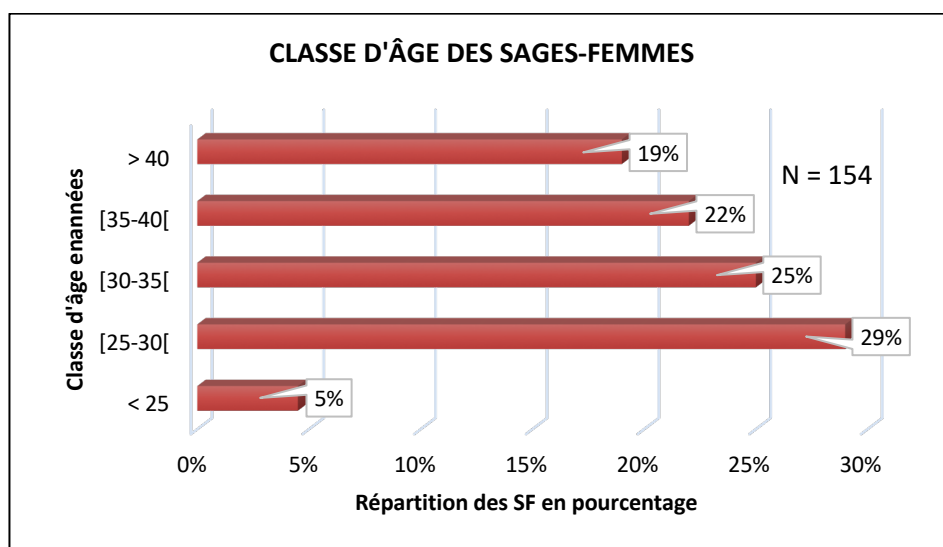


Figure 2 : Répartition des sages-femmes par âge

5.2 Années d'expérience

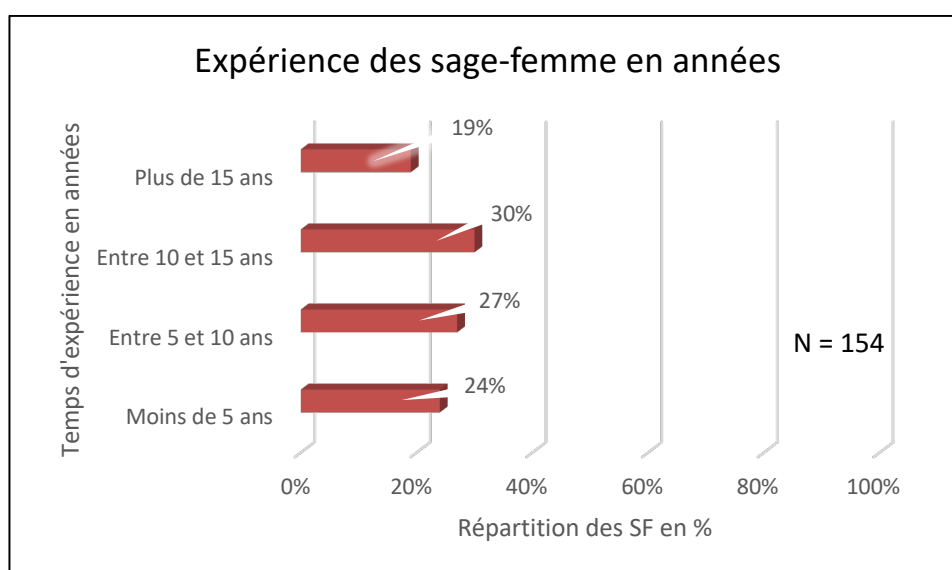


Figure 3 : Répartition des sages-femmes en fonction de leur nombre d'années d'expérience

5.3 Durée de formation initiale

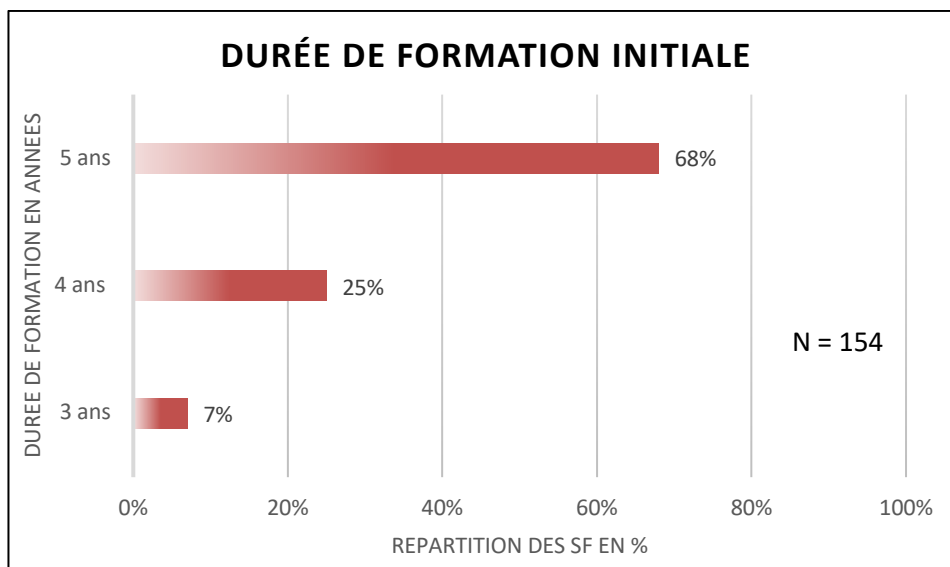


Figure 4 : Répartition des sages-femmes en fonction de la durée de la formation initiale

5.4 Lieux d'exercice

Notre échantillon recense 122 sages-femmes hospitalières (79%), 28 sages-femmes libérales (18%) et 4 sages-femmes travaillant en mixte (hospitalier, libéral, ostéopathe) (3%).

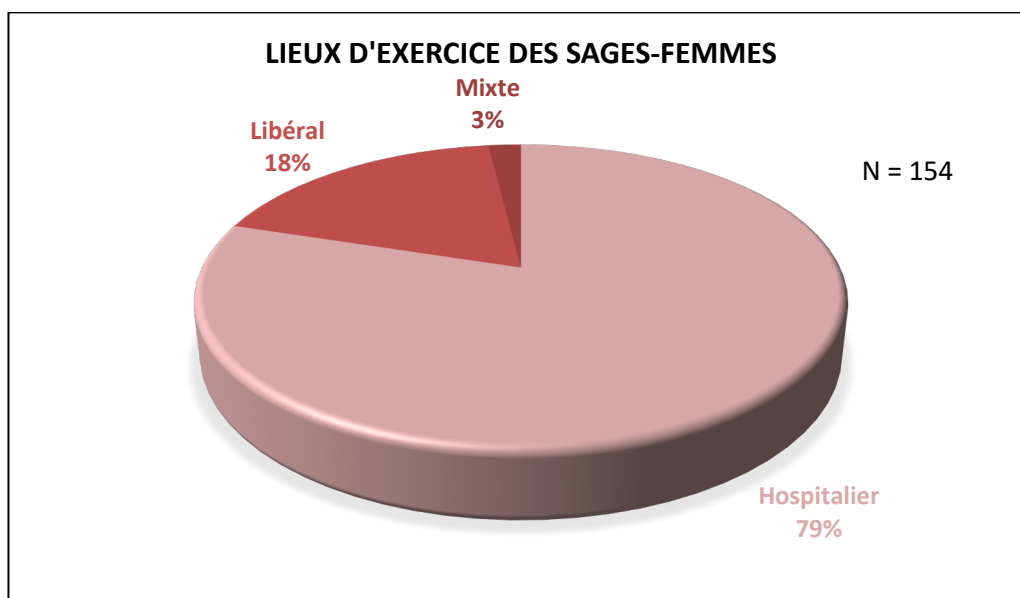


Figure 5 : Répartition des sages-femmes en fonction de leurs lieux d'exercice

5.5 Sages-femmes hospitalières

Ce graphique permet de connaître le service le plus représenté. Il faut préciser que les sages-femmes tournent dans les différents services.

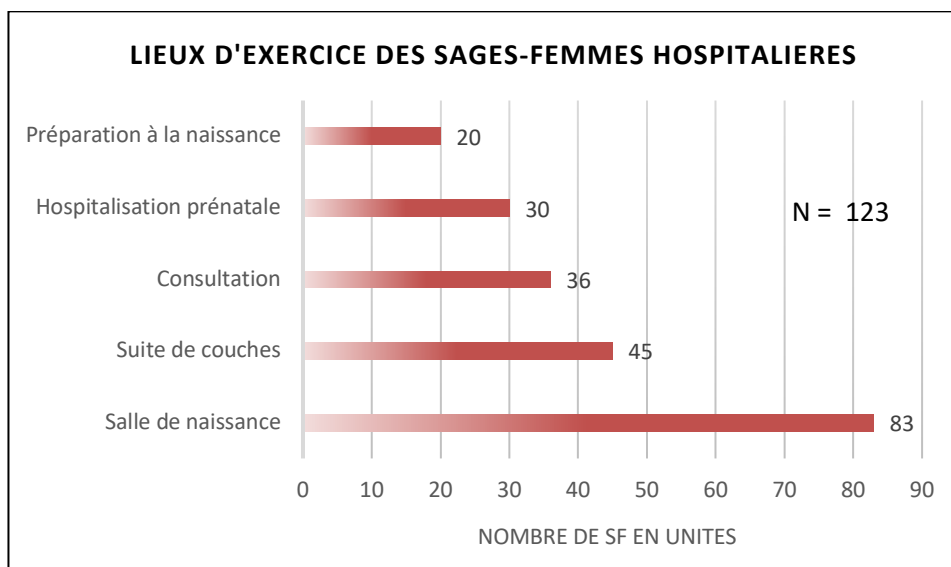


Figure 6 : Répartition des sages-femmes hospitalières en fonction de leurs lieux d'exercice

5.6 Sages-femmes libérales

De la même façon, les sages-femmes libérales ont plusieurs activités simultanées. Cependant, ce graphique permet de donner une idée de leur exercice.

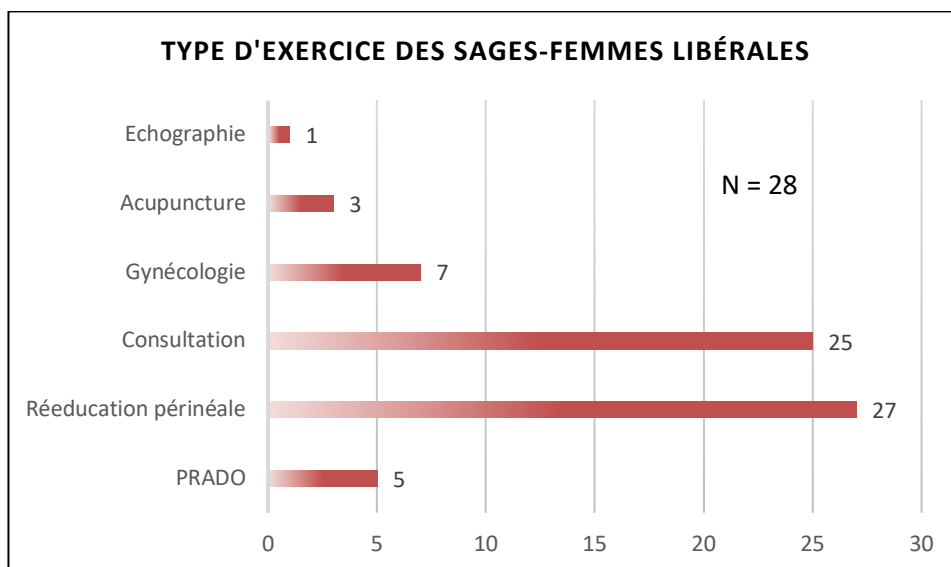


Figure 7 : Répartition des sages-femmes libérales en fonction de leurs type d'exercice

6 Formation des sages-femmes

La première question de notre étude permet d'interroger les sages-femmes sur leur connaissance de l'existence de l'ESPT et de ses caractéristiques spécifiques en périnatalité.

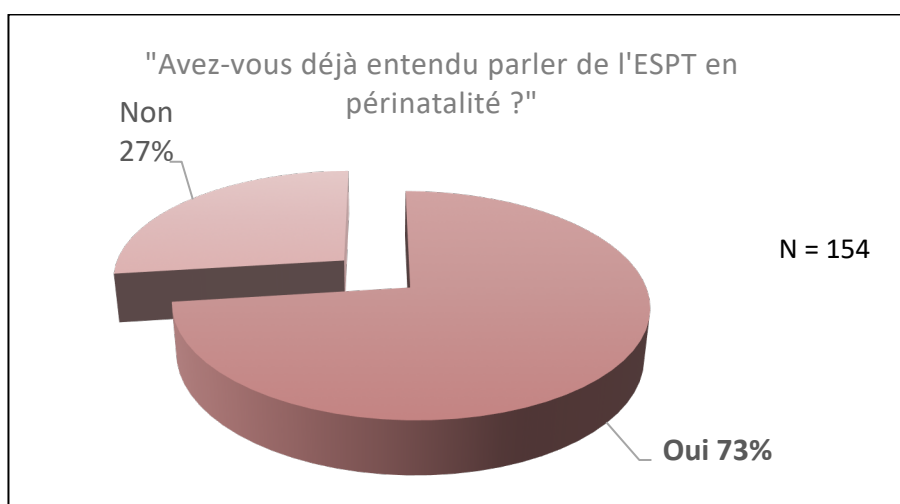


Figure 8 : Réponses des sages-femmes en pourcentage à la question 1

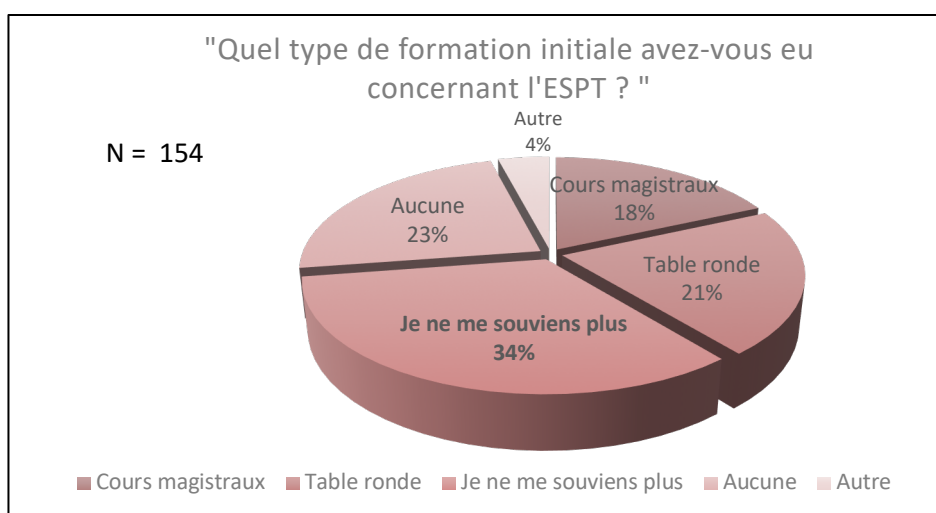


Figure 9 : Formation initiale des sages-femmes autour de l'ESPT

- « Autre » : Informations ou expériences personnelles, film.

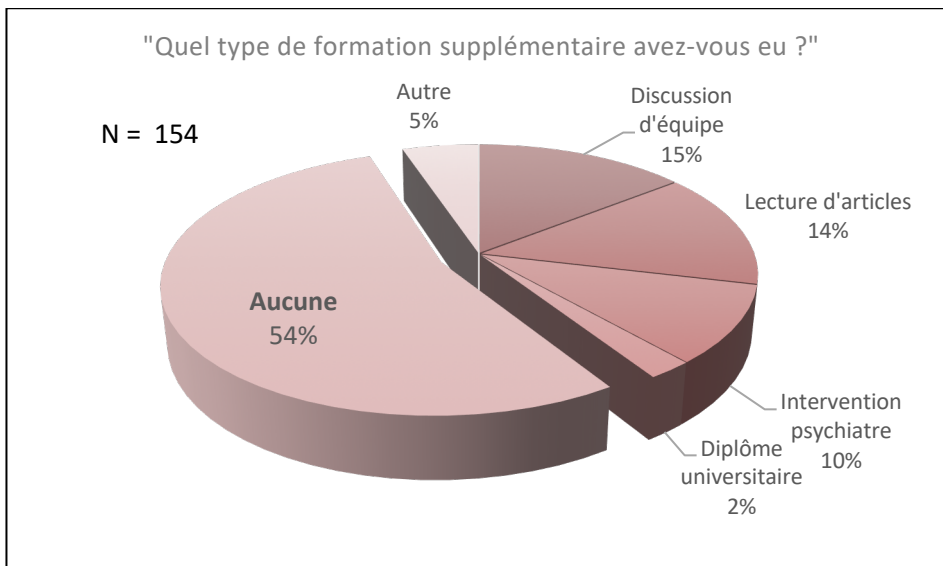


Figure 10 : Formation supplémentaire des sages-femmes autour de l'ESPT

- « Autre » : Formation hypnose, formation EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), formation colloque, mémoire, ESPT chez un membre de la famille.

97% des sages-femmes ont répondu qu'elles considéraient leur formation insuffisante. 3% la considèrent donc suffisante.

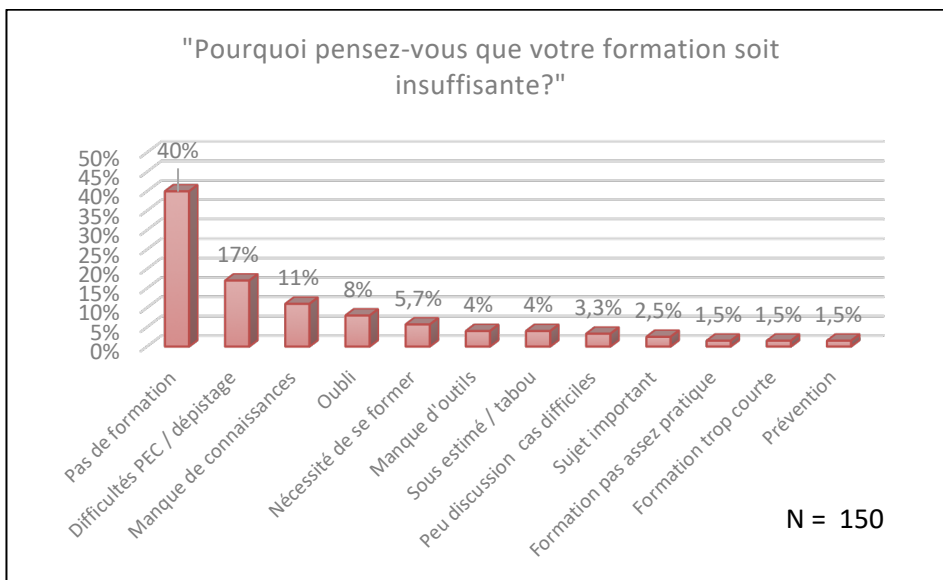


Figure 11 : Formation insuffisante, pour quelles raisons ?

Ce graphique regroupe les raisons pour lesquelles les sages-femmes considèrent leur formation comme insuffisante.

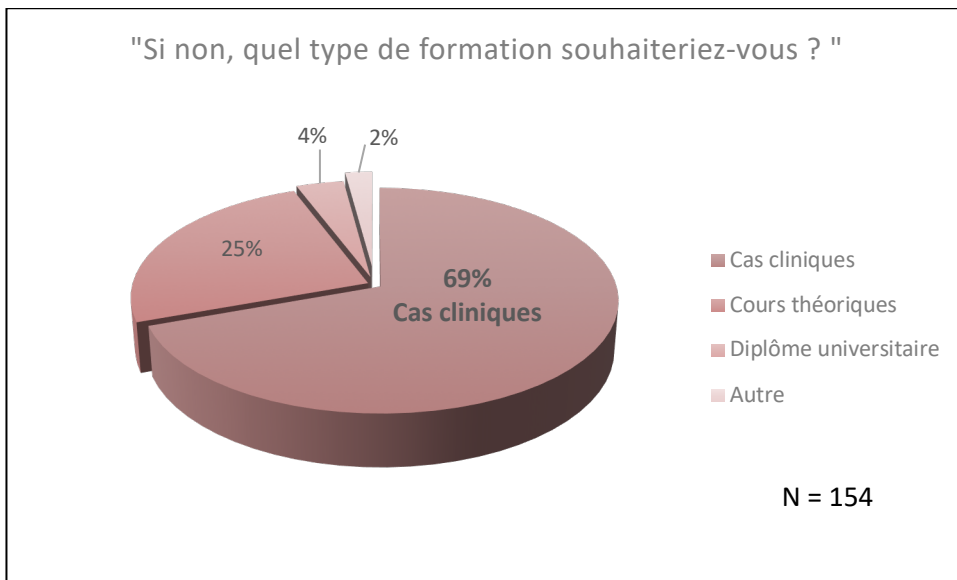


Figure 12 : Type de formation supplémentaire souhaitée par les sages-femmes en pourcentage

- « Autre » : Congrès, étude de cas type Revue Morbi-Mortalité

7 Connaissances des sages-femmes autour de l'ESPT

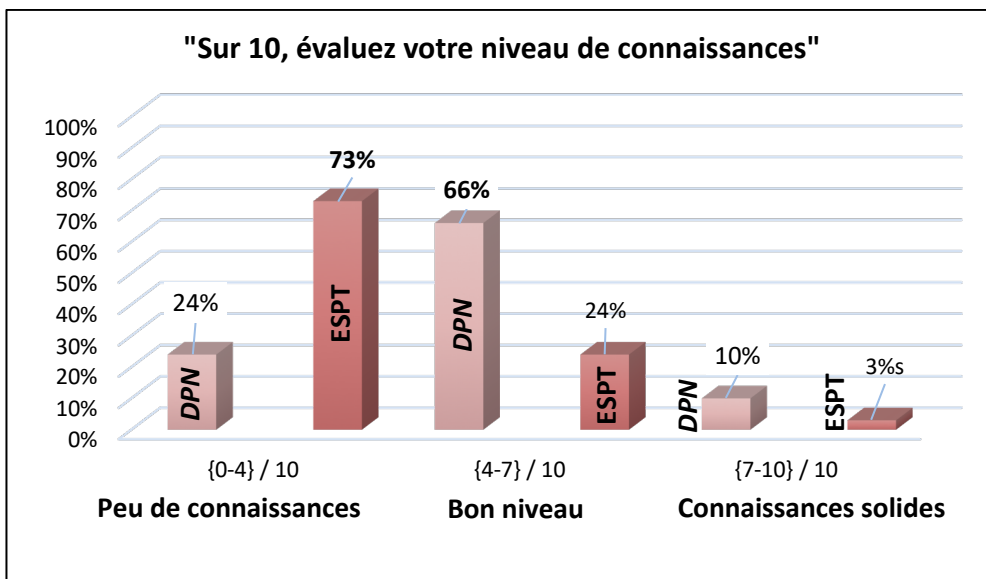


Figure 13 : Comparaison des niveaux de connaissance par auto-évaluation entre la DPN et l'ESPT

Une échelle d'auto-évaluation de 0 à 10 a permis aux sages-femmes de d'estimer leur niveau de connaissance autour de la DPN et de l'ESPT. Nous avons créé trois catégories peu de connaissances, bon niveau de connaissances et connaissances solides.

Questions théoriques posées aux sages-femmes (N=154)	Taux de réponses justes
A partir de quel moment peut-on poser diagnostic d'ESPT ?	31,2% (n= 48)
Dépression périnatale plus fréquente que l'ESPT	74% (n= 114)
Prévalence de l'ESPT	22% (n= 34)
% de femmes qui appréhendent l'accouchement comme un stress majeur	35 % (n=54)
Facteurs de protection de l'ESPT	70 % (n= 108)
Hb < 9g/dL est un facteur de risque ?	19,5 % (n= 30)

Tableau 1 : Réponses aux questions théoriques de l'enquête

Diagnostic	% de réponses
Au moment de l'évènement	31,2% (n=48)
1 semaine après	19,4% (n=30)
1 mois après	31,2 % (n=48)
3 mois après	8,5 % (n=13)
Je ne sais pas	9,7% % (n=15)

Prévalence	% de réponses
0-5%	22% (n=34)
5-10%	33,1% (n=51)
10-20%	25,3% (n=39)
Je ne sais pas	19,6% (n=30)

Accouchement = facteur de stress majeur	% de réponses
10%	5,2% (n=8)
25%	27,3% (n=42)
45%	35% (n=54)
60%	32,5% (n=50)

DPN > ESPT	% de réponses
Non	74% (n=114)
Oui	23,3% (n=36)
Je ne sais pas	2,7% (n=4)

Facteurs de protection	% de réponses	Hb < 9g/dL est un FDR ?	% de réponses
Sentiment de contrôle	48% (n=74)	Oui	19,5% (n=30)
Questions et échanges	91,5% (n=141)		32,5 % (n=50)
Douleur	38,3% (n=59)	Non	48% (n=74)
Grossesse désirée	48% (n=74)		
Plusieurs réponses possibles pour cette question	N=348	Je ne sais pas	2,7% (n=4)

Tableau 2 : récapitulatif des questions théoriques

Nous avons donc compté un point par réponse juste. Sachant que pour la question théorique concernant les facteurs de protection deux réponses étaient possibles nous avons compté 0,5 point par bonne réponse. **Les sages-femmes ont obtenu une moyenne de 2,47. 60,4% (N=91) ont obtenu une note inférieure à 3 et 39,6% (N=63) ont obtenu une note supérieure ou égale à 3.**

8 Pratiques et attitudes des sages-femmes

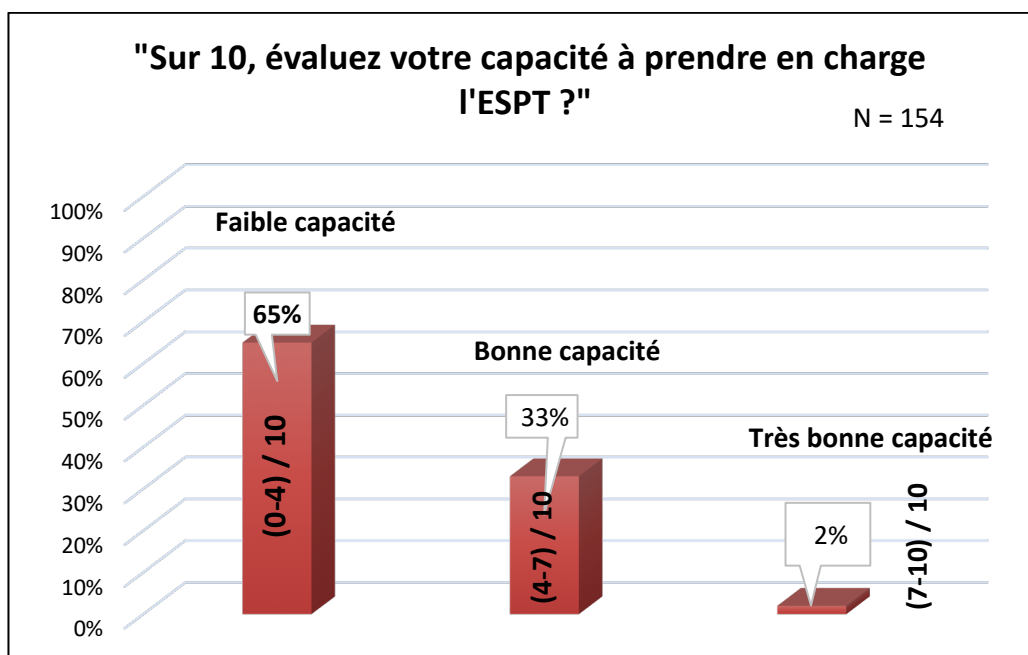


Figure 14 : Auto-évaluation des sages-femmes dans leur capacité de prise en charge de l'ESPT

Les sages-femmes ont noté leur capacité à prendre en charge l'ESPT de 0 à 10. Nous avons créé trois catégories faible capacité, bonne capacité et très bonne capacité.

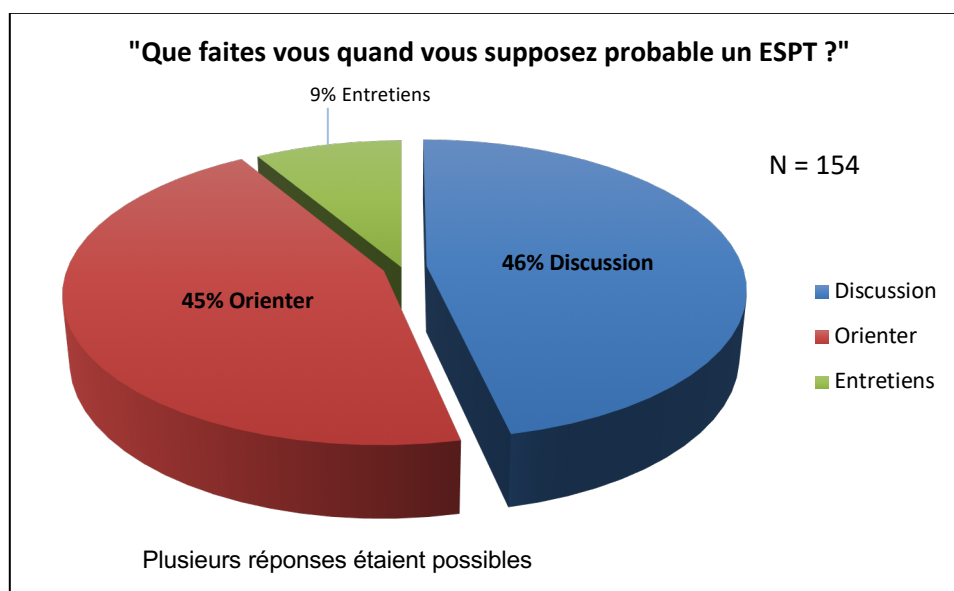


Figure 15 : Conduite à tenir face à un ESPT des sages-femmes

Contextes des cas cliniques présentés par les sages-femmes (N = 38)
ESPT préexistant (N = 3)
Viols (N = 2)
IVG (Interruption volontaire de grossesse) (N = 1)
Anténatal (N = 5)
Geste douloureux (sensation viol) (N = 2)
Infertilité (N = 1)
Hospitalisation pour vomissements (>3 mois) (N = 1)
Mort fœtale in utero (N = 1)
Pernatal (N = 14)
Hystérectomie d'hémostase, hémorragie du post-partum (N = 3)
Accouchements dystociques / Extractions instrumentales (N = 3)
Réanimation néonatale / Séparation précoce (N = 2)
Césarienne (N = 2)
Éclampsie / HELLP (N = 2) (séjour réanimation maternelle)
Gestes in utero (N = 1)
Interruption médicale de grossesse (IMG) (N = 1)
Postnatal (N = 3)
Séjour SDC (N = 2)
Suivi à domicile (N = 1)
Général (N = 8)
Douleur (N = 3)
Sensation / peur de mourir (N = 2)
Manque d'échange avec l'équipe (N = 2)
Conditions socio- économiques (couple, violences familiales, S.D.F, migration...) (N = 1)
Cauchemars (N = 1)

Tableau 3 : Cas cliniques exposés par les sages-femmes

25% des sages-femmes ont déjà pris en charge un ESPT ou participé à la prise en charge. 25% également ont mis en place des mesures particulières.

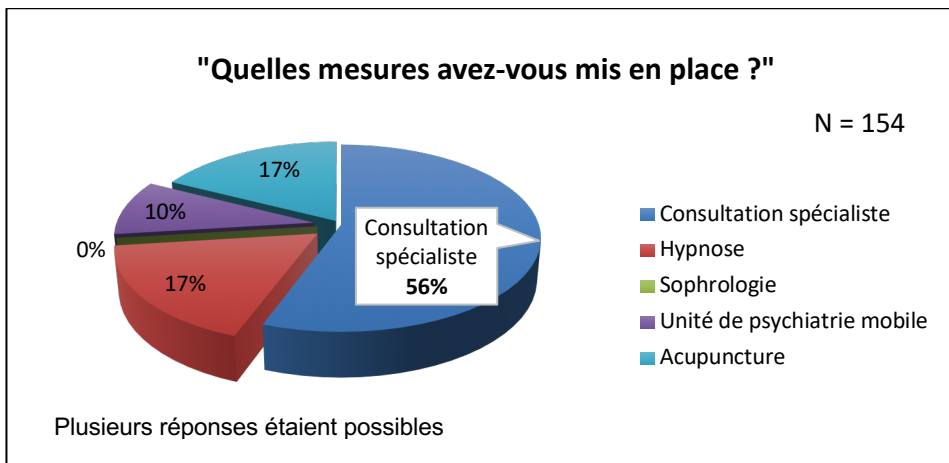


Figure 16 : Mesures mises en place par les sages-femmes

Fréquence	Violences (N=154)	Accouchement précédent (N=154)	Accouchement actuel (N=154)
<i>Jamais</i>	(n=1) 1%	(n=0) 0%	(n=1) 0,6%
<i>Rarement</i>	(n=72) 47%	(n=9) 6%	(n=9) 6%
<i>Souvent</i>	(n=59) 38%	(n=84) 55%	(n=51) 33%
<i>Systematiquement</i>	(n=22) 14%	(n=61) 39%	(n=93) 59%

Tableau 4 : Fréquence des questions aux femmes sur leur vécu psychologique

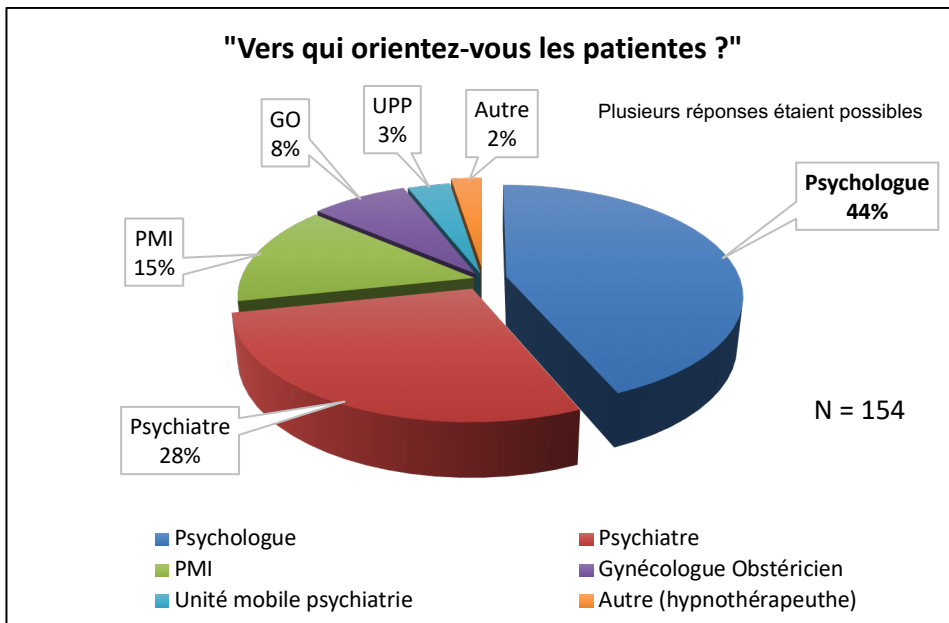


Figure 17 : Graphique des différents professionnels ou organisation vers qui orientent les sages-femmes

8.1 Outils de dépistage

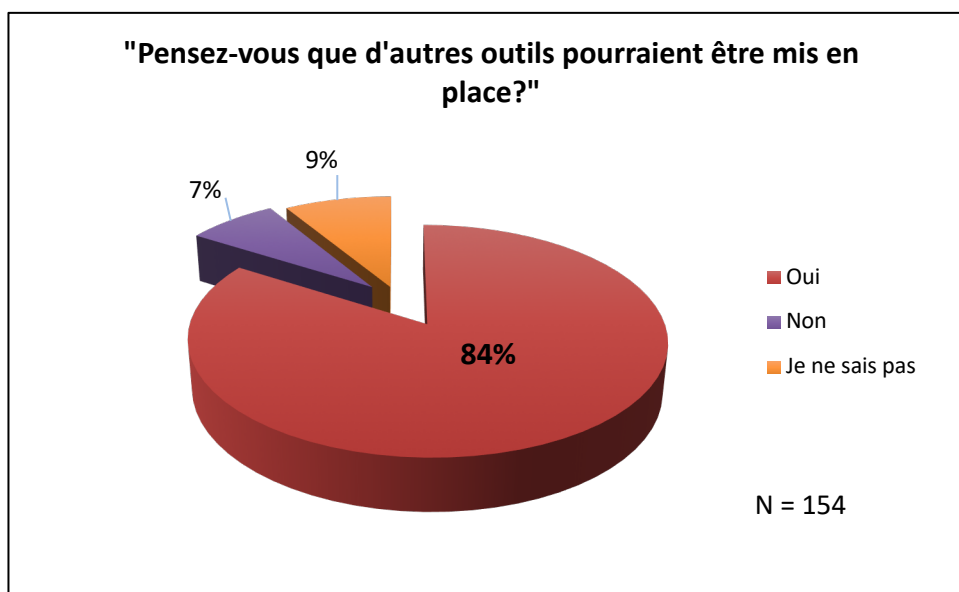


Figure 18 : Réponses des sages-femmes en pourcentage

Les sages-femmes ayant répondu « Non » évoquent l'utilisation majoritairement d'outils déjà existants (60%) et une inutilité en pratique puisque peu rencontré.

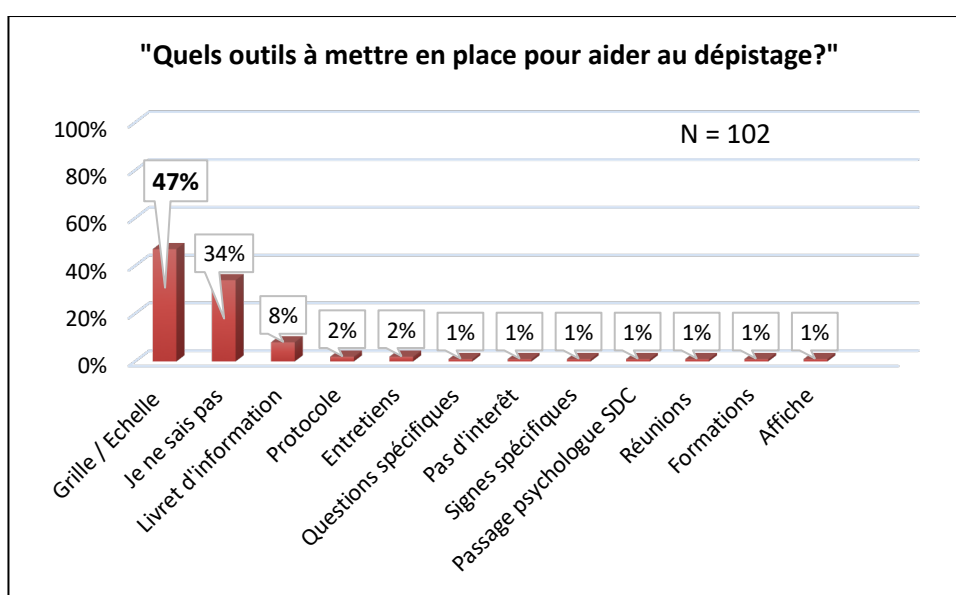


Figure 19 : Outils proposés par les sages-femmes pour le repérage

L'entretien prénatal précoce N = 154		
% d'établissement où il est pratiqué	72,7% (pratiqué)	27,3% (non pratiqué)
Réalisez-vous l'EPP ?	Oui - 39,6%	Non - 60,4 %
Avez-vous été formé.e ?	Oui - 25,3%	Non 74,7 %
Selon vous, peut-il servir au repérage de l'ESPT ?	Oui - 98%	Non - 2 %

Tableau 5 : Réponses aux questions sur l'entretien prénatal précoce (EPP)

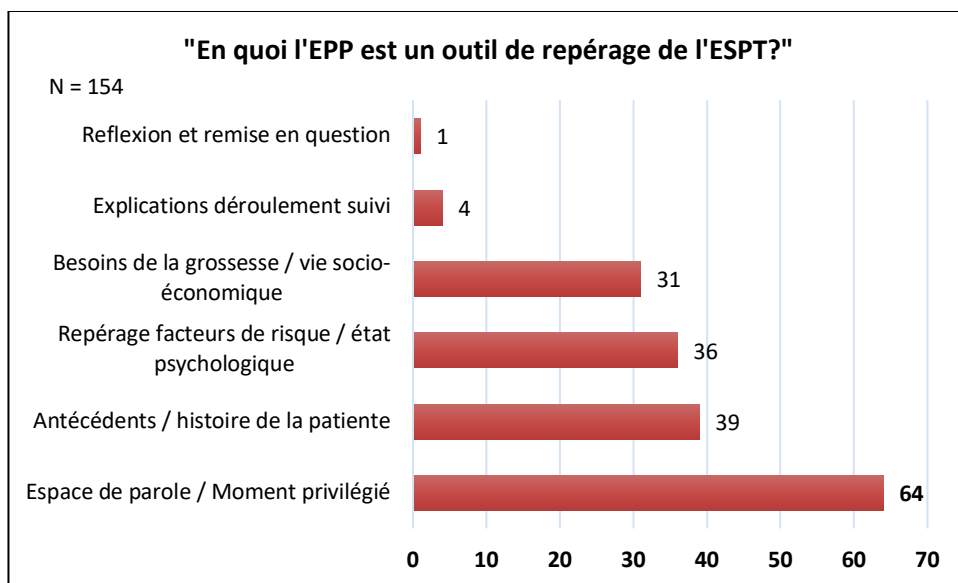


Figure 20 : L'EPP, un outil de repérage de l'ESPT

De nombreuses réponses ont été données à cette question ouverte. Nous avons donc créé des catégories de réponses :

- **Besoins de la grossesse / vie socio-économique** : stress, peurs, doutes, entourage, angoisses, couple, confiance, confort de vie
- **Antécédents et histoire patiente** : Violence, maltraitance, anciens traumatismes, enfance, accouchements, stress, ATCD psy
- **Repérage des facteurs de risque** : profils à risque, évaluation état psychologique
- **Moment privilégié** : confiance, moment d'écoute, questions, bienveillance, temps plus long, temps non médical.

Enfin, 92,8% des sages-femmes libérales réalisent l'EPP contre 27% pour les sages-femmes hospitalières.

L'entretien postnatal précoce		
N = 154		
Connaissez-vous cet entretien ?	Oui - 20%	Non - 80%
Quelle durée estimez-vous nécessaire ?	30 min - 14,6%	> 45 min - 85,4%
Le réalisez-vous ?	Oui - 7,8%	Non - 92,2%
Serait-il judicieux de le mettre en place ?	Oui - 97,3 %	Non - 2,7 %
Selon vous, peut-il servir au repérage de l'ESPT ?	Oui 98,7 %	Non - 1,3%

Tableau 6 : Réponses aux questions sur l'entretien postnatal précoce (EPNP)

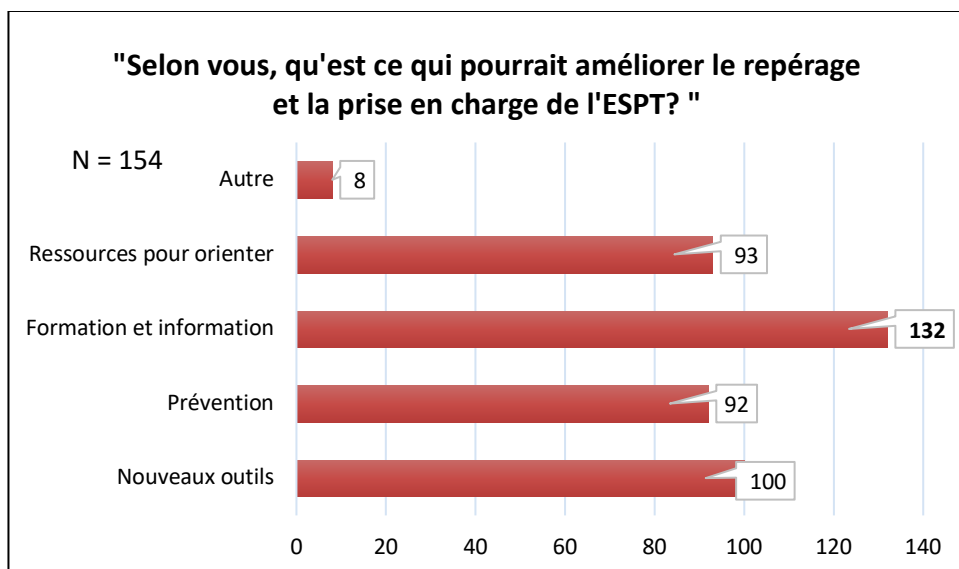


Figure 21 : Moyens d'améliorer le repérage de l'ESPT selon les sages-femmes

Dans la catégorie « Autre » nous retrouvons différentes réponses : plus de temps en suite de couches, plus de temps d'écoute, les visites à domicile, promouvoir l'entretien prénatal précoce. Nous avons retrouvé également des notions de maternologie, de structure adaptée et d'une meilleure liaison entre le libéral et l'hospitalier. Un court métrage a également été proposé.

Tableaux de comparaison

Nous avons réalisé des tableaux de comparaison du niveau de connaissance (note sur 3) en fonction des années d'expérience, de la prise en charge (PEC) et de la réalisation de l'EPP.

Tableau 7
P = 0,97

Connaissance / Expérience	Faible niveau (<3)	Bon niveau (>3)	Total
>10 ans	46	30	76
<10 ans	47	31	78
Total	93	61	154

Tableau 8
P = 0,45

Connaissance PEC	Faible niveau (<3)	Bon niveau (>3)	Total
A déjà PEC	21	17	38
N'a pas PEC	72	44	116
Total	93	61	154

Tableau 9
P = 0,95

Connaissance EPP	Faible niveau (<3)	Bon niveau (>3)	Total
Oui	37	24	61
Non	56	37	93
Total	93	61	154

Tableau 10
P = 0,01

Auto-évaluation PEC	AE (<5)	AE (>5)	Total
Oui	22	16	38
Non	90	26	116
Total	112	42	154

Ce tableau compare l'autoévaluation de la capacité des sages-femmes dans la prise en charge de l'ESPT en fonction de celles qui ont déjà pris en charge un ESPT. (AE : auto évaluation)

V. DISCUSSION

9 Analyse

9.1 Échantillon représentatif

Selon l'Ordre des sages-femmes, en 2017, 595 sages-femmes sont en activité en Haute-Normandie. L'échantillon de notre étude représente donc 25,8% des sages-femmes de la région. La proportion homme/femme est quasiment identique avec 3% d'hommes en 2017 selon l'Ordre pour 97% de femmes. Nous retrouvons 2% d'hommes dans notre étude pour 98% de femmes. Les sages-femmes libérales représentent 19% des sages-femmes pour 81% de salariées en 2017. Notre échantillon retrouve une proportion similaire avec 18% de sages-femmes libérales et 79% de sages-femmes hospitalières.

Notre échantillon est donc représentatif de la population de sages-femmes de Haute-Normandie (55).

9.2 État des lieux des connaissances des sages-femmes

9.2.1 *Les sages-femmes interrogées ont un faible niveau de connaissance*

Avec une moyenne de 2,47/6 aux questions théoriques, notre première hypothèse est confirmée. **Les sages-femmes de notre étude ont un faible niveau de connaissance de l'ESPT.** Il est intéressant d'évoquer que 73% des sages-femmes considèrent elles-mêmes avoir peu de connaissances sur une échelle d'auto-évaluation. Il y a cependant 39,6% des sages-femmes qui possèdent un bon niveau de connaissance avec une note supérieure ou égale à trois. Environ, deux sages-femmes sur trois possèdent donc un faible niveau de connaissance.

Selon le DSM-V, le diagnostic ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événements traumatiques. 31,8% des sages-femmes ont su répondre. La moitié des sages-femmes pensent que le diagnostic s'effectue au moment même de l'évènement traumatique ou une semaine après.

Les sages-femmes surestiment la prévalence de l'ESPT. En effet, pour 58,4% des sages-femmes de l'étude, la prévalence de l'ESPT est supérieure à 5%. *Ayers et al* estime sa prévalence à environ 3% en périnatalité (3). Nous pouvons nous interroger sur la représentation de l'ESPT chez les sages-femmes. Elles semblent donc considérer l'ESPT plus fréquent avec un diagnostic précoce. Ce trouble est-il confondu avec le vécu traumatique (qui touche 20 à 30% des femmes) ?

« 45% des femmes évoquent l'accouchement comme un facteur de stress majeur » (26). Selon 67,5% des sages-femmes, une grande majorité des femmes, soit de 45% à 60%, évoquent l'accouchement comme un facteur de stress majeur. Les sages-femmes sont donc sensibles à la composante anxiogène de l'accouchement. 91,5% des sages-femmes ont su citer les questions et échanges avec l'équipe comme un facteur de protection de l'ESPT. Cependant, seulement une sage-femme sur deux a cité le sentiment de contrôle comme un facteur de protection. Cela représente une composante importante dans la démarche actuelle, qui place la femme au centre de son parcours de soin en la revalorisant. Les professionnels de la périnatalité doivent améliorer cet aspect. Par exemple, en modifiant notre langage : ne pas dire « j'ai accouché Madame X » mais plutôt « J'ai accompagné Madame X, elle a accouché... ». En effet, les patientes doivent se sentir actrices notamment par la rédaction d'un projet de naissance. L'éducation anténatale implique également d'informer sur l'imprévu et d'aider les femmes à se projeter dans la réalité.

Il est important de préciser que nous avons basé nos réponses sur les données de la littérature. Cependant, nos propositions n'étant pas exhaustives, nous avons compté les points même si les sages-femmes avaient donné d'autres réponses. Elles semblent donc connaître les facteurs influençant l'apparition ou non d'un ESPT.

Seulement 19,5% des sages-femmes ont identifié l'anémie (inférieur 9g/dL) comme un facteur de risque. *Sentillhes et al* ne relate pas l'HPPI comme un facteur de risque mais bien l'anémie (et un antécédent d'HPPI) (31). Une fatigue à long terme en post-partum est également retrouvée comme un facteur de risque. De plus, l'anémie est associée à des troubles dépressifs. Il semble donc important de rappeler aux sages-femmes, que l'anémie est à repérer en post-partum et que son traitement préventif pourrait avoir des vertus protectrices dans le développement d'un potentiel ESPT.

Les sages-femmes de notre étude ont donc peu de connaissances épidémiologiques et purement théoriques mais semblent connaître les facteurs influençant l'ESPT. La littérature évoque peu les connaissances des professionnels de santé sur l'ESPT. *Van Dinter-Douma et al* en 2018, évaluent les connaissances et les pratiques des gynécologues-obstétriciens positivement concernant les facteurs de risque, la prévalence et les conséquences de l'ESPT (56).

74% des sages-femmes de l'étude ont connaissance que la dépression périnatale est plus fréquente que l'ESPT. Cependant, 72,7% ne se sentent pas capables de différencier cliniquement l'ESPT de la DPN. Sur une échelle d'auto-évaluation, deux sages-femmes sur trois considèrent avoir un bon niveau de connaissance autour de la DPN. Cela est rassurant puisque la DPN est une comorbidité importante de l'ESPT et qu'ils sont à dépister conjointement.

Enfin, près d'une sage-femme sur trois (27%) déclare ne pas avoir entendu parler de l'ESPT et de ses spécificités en périnatalité. Tout cela montre donc que c'est une pathologie encore méconnue au sein des équipes et qu'il est important d'y sensibiliser les professionnels.

9.2.2 *Quels facteurs influencent le niveau de connaissances ?*

Nous n'avons pas retrouvé de facteurs influençant significativement le niveau de connaissance.

➤ *Formation et années d'expérience*

97% des sages-femmes considèrent leur formation insuffisante. Les sages-femmes plus jeunes déclarent en majorité avoir reçu des cours magistraux et des tables rondes comme formation initiale. Par ailleurs, 34% des sages-femmes ne se souviennent plus de leur formation initiale, ce qui représente un biais important. Enfin, il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes ayant plus de dix ans ou moins de dix ans d'expérience ($p=0,97$).

➤ *Expérience dans la prise en charge de l'ESPT*

Nous avons comparé le niveau de connaissances des sages-femmes ayant déjà participé à la prise en charge d'un ESPT (25% de l'échantillon) et celles que nous considérerons comme non expérimentées (n'ayant pas pris en charge l'ESPT). En effet, nous avons supposé que le fait d'avoir déjà fait face à l'ESPT et sa prise en charge améliorerait le niveau de connaissance des sages-femmes. Il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes de sages-femmes ($p=0,45$). Effectivement, l'ESPT reste un événement peu fréquent provoquant probablement un oubli des connaissances théoriques et des conduites à tenir.

➤ *Entretien prénatal précoce*

Nous ne retrouvons pas de différence significative pour les sages-femmes réalisant l'entretien prénatal précoce et celles ne le réalisant pas ($p=0,95$). Nous avons choisi de comparer ces deux groupes puisque que les sages-femmes qui réalisent l'EPP possèdent la méthodologie de l'entretien et nous avons supposé qu'elles utiliseraient ce moment comme un temps d'échange et de repérage. Nous reviendrons sur l'importance de cet entretien.

9.3 Attitudes et pratiques des sages-femmes

9.3.1 Pratiques des sages-femmes dans le repérage

Le premier élément frappant est que deux professionnels sur trois ne se sentent pas suffisamment armés pour repérer et orienter les patientes (65% - *faible capacité*). Ce résultat nous conforte dans notre démarche de recherche et de sensibilisation à l'égard de ce sujet. A lui-seul, il appuie la nécessité de mettre en place des moyens pour y remédier, moyens que nous évoquerons dans la suite de notre travail.

Les sages-femmes semblent se sentir un peu plus à l'aise dans la prise en charge de l'ESPT (33%, *bonne capacité*) que dans l'évaluation de leurs connaissances théoriques (24%, *bon niveau*). Cela est plutôt logique étant donné le manque de formation évoqué globalement dans notre échantillon. Malgré des lacunes théoriques, la sage-femme aurait les capacités instinctives et cliniques pour accompagner les femmes en difficultés.

Afin d'évaluer les attitudes des sages-femmes dans le cadre du repérage de l'ESPT, nous avons trouvé intéressant de les interroger sur la fréquence des questions posées sur les notions de violence (enfance ou adulte), de vécu des accouchements précédents et actuels.

Près d'une sage-femme sur deux (48%) évoque rarement ou jamais avec les femmes les notions de violence ou de maltraitance passée ou actuelle. Cet aspect représente une partie importante des ESPT préexistants (viols, maltraitance...) et il est recommandé d'aborder ce sujet. Nous pouvons nous demander quels sont les freins des professionnels (gêne, manque de formation...) à n'évoquer que peu ces notions de violence et les potentiels outils qui peuvent être mis en place.

Les sages-femmes sont très sensibles au vécu de l'accouchement actuel avec 94% d'entre elles qui interrogent systématiquement ou souvent les femmes. C'est en effet, ce que recommande la littérature « *Quel souvenir avez-vous de votre accouchement ?* » à J2.

Enfin, 92% des sages-femmes évoquent souvent ou systématiquement le vécu des accouchements précédents avec les femmes. C'est en effet très positif puisque cela n'est pas toujours précisé dans les anamnèses des dossiers et que cela représente un facteur de risque important d'ESPT.

9.3.2 Cas cliniques

25% des sages-femmes ont participé au repérage ou à la prise en charge d'un ESPT. Nous pouvons nous interroger sur l'objectivité de ce pourcentage. Les sages-femmes considèrent-elles l'ESPT ou le vécu traumatique d'un évènement ? Nous leur avons ensuite demandé de décrire précisément le contexte de cette prise en charge. Ces résultats ont été classés dans un tableau en fonction des différents moments d'apparition des évènements traumatiques. (**Tableau 3**)

Nous retrouvons dans ce tableau de nombreux facteurs de risques évoqués dans la littérature avec une majorité d'évènements traumatiques en **pernatal**. Les évènements les plus évoqués sont des viols (ESPT préexistant), des gestes douloureux (prénatal), des hémorragies du post-partum et des accouchements dystociques (pernatal). Nous avons récolté peu d'informations sur les contextes cliniques en postnatal, ce qui est regrettable puisque c'est à ce moment qu'est posé le diagnostic d'ESPT.

Finalement, grâce à ces réponses, nous retrouvons des données générales récurrentes qui caractérisent l'ESPT et que les sages-femmes ont su repérer : la douleur, la sensation ou peur de mourir et le manque d'échange avec l'équipe.

La pratique est bénéfique au repérage de l'ESPT pour les sages-femmes. En effet, les sages-femmes ayant déjà pris en charge un ESPT se sentent significativement plus aptes (échelle d'auto-évaluation) et plus à l'aise ($p=0,01$). Nous retrouvons ici un premier levier d'action pour améliorer le repérage de l'ESPT par les sages-femmes.

9.4 Comment améliorer le repérage de l'ESPT par les sages-femmes ?

C'est en se basant sur les besoins des sages-femmes que nous voulons proposer des moyens d'action les plus appropriés pour améliorer le repérage de l'ESPT. 87% d'entre elles pensent d'abord que la formation et l'information amélioreraient le repérage de l'ESPT. C'est en effet, ce que recommande l'article de *Van Dinter-Douma et al* (56). La mise en place de nouveaux outils vient ensuite comme le deuxième meilleur moyen d'amélioration. De plus, **84% des sages-femmes pensent que de nouveaux outils pourraient être mis en place**. Notre deuxième hypothèse est donc confirmée, toutefois à nuancer.

Serait-il donc plus pertinent de renforcer l'information aux professionnels (formation initiale et continue) que les sages-femmes considèrent insuffisante ? Faut-il privilégier les outils déjà existants ?

Nous avons trouvé intéressant d'évoquer les différentes propositions des sages-femmes pour améliorer le repérage de l'ESPT notamment plus de temps, des visites à domicile entre la sortie et la VPN, un passage systématique de la psychologue en suite de couche, la maternologie, une structure adaptée, un court-métrage et un meilleur lien hospitalier-ville.

9.4.1 La formation et l'information aux professionnels

Rappelons que 97% des sages-femmes considèrent leur formation comme insuffisante. Cela traduit de nouveau la nécessité de renforcer la formation initiale et de proposer des formations supplémentaires.

Comme nous avons pu l'évoquer les sages-femmes sont plus à l'aise quand elles ont déjà pris en charge un ESPT. Plus de deux sages-femmes sur trois (69%) souhaitent bénéficier de cas cliniques comme formation supplémentaire. En outre, seulement 10% d'entre-elles ont reçu des informations par des professionnels de la santé mentale. Il serait donc pertinent de mettre en place une formation clinique pratique dans le cadre du développement professionnel continu que nous préciserons dans les propositions d'action.

9.4.2 Outils pertinents

84% des sages-femmes pensent que de nouveaux outils pourraient être mis en place. 7% considèrent que ce n'est pas nécessaire et que les outils déjà existants sont suffisants ou doivent être exploités d'avantage. Si la formation et les outils à disposition des sages-femmes sont liés, seulement 4% justifient leur formation insuffisante par un manque d'outils. La littérature recommande un repérage précoce des femmes et considère le manque d'outils efficaces comme une difficulté pour les professionnels (57). Nous avons donc souhaité proposer des outils pertinents en fonction des besoins des sages-femmes et de la littérature.

➤ *Échelles de dépistage*

Près d'une sage-femme sur deux (47%) a évoqué en premier lieu une échelle ou grille de dépistage comme outil le plus pertinent. C'est également ce qu'ont répondu les sages-femmes ayant déjà pris en charge un ESPT. Les sages-femmes sont demandeuses d'outils rapides leur permettant de les aider dans leur pratique de tous les jours.

La littérature a permis de mettre en avant diverses échelles pour le dépistage de l'ESPT. L'IES-R est l'échelle validée pour dépister l'ESPT en général en France. Il existe différentes échelles spécifiques de l'ESPT en périnatalité mais qui ne connaissent pas de validation française. Susan Ayers a publié récemment une échelle spécifique « *The City Birth Trauma Scale* » adaptée aux critères du DSM-V. Cette échelle est en cours de traduction par l'INSERM.

L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) semble également être une échelle de qualité dans le repérage des troubles psychiques périnataux puisque les sages-femmes se sentent peu aptes à différencier l'ESPT de la DPN et qu'il est nécessaire de les dépister conjointement.

➤ *Entretiens*

L'entretien prénatal précoce semble être un outil puissant de repérage pour les sages-femmes. En effet, elles sont les professionnels de la périnatalité en première ligne pour le réaliser et 98% le déclarent comme un outil important. A la question ouverte « pourquoi sert-il au repérage de l'ESPT ? », de nombreuses réponses variées ont été proposées. L'EPP est pratiqué dans 72,7% des établissements hospitaliers en France et il est bien connu des professionnels (15). 39% des sages-femmes de notre étude réalisent l'EPP et 25% ont été formées. Il semble essentiel de promouvoir l'EPP et de continuer de former les professionnels. Néanmoins, l'EPP s'inscrit dans le cadre de l'éducation anténatale et le manque d'outils est important en post-partum. En effet, les femmes sont plus suivies en prénatal (consultations obligatoires, échographies, PNP) alors que le post-partum est souvent un moment de transition difficile.

20% des sages-femmes déclarent connaître l'entretien postnatal précoce recommandé par la HAS. Sur le même schéma que l'EPP, cet entretien pourrait représenter un temps de repérage et d'échange important pour 98,7% des sages-femmes. Cet entretien permettrait aux parents d'évoquer leurs difficultés au retour à la maison et de revenir sur le vécu des femmes. Il aiderait également les sages-femmes à orienter précocement les couples en détresse. Malgré cet aspect attractif, il est peu mis en place et n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Il semble donc pertinent de valoriser les temps de repérage déjà existants en post-partum : visite à domicile, lien PMI, visite post-natale.

➤ *Réseau périnatal*

Le réseau périnatal et la liaison hôpital-ville sont essentiels pour une orientation précoce vers les professionnels de référence. Nous avons pu constater la majorité des établissements de la région ne précise pas le vécu de la patiente dans le compte rendu d'hospitalisation. De plus, il serait intéressant de mettre en place un outil de lien. Le Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait répondre à cette problématique si son utilisation est généralisée.

Les sages-femmes de notre étude ont connaissance de l'interdisciplinarité qu'implique la prise en charge de l'ESPT. En effet, elles orientent majoritairement vers le psychologue puis le psychiatre. Les sages-femmes orientent également les patientes vers la PMI.

Enfin, l'Unité de Psychiatrie Périnatale (UPP) du Centre Hospitalier du Rouvray, semble peu connu en Haute-Normandie : seulement 3% des sages-femmes orientent les femmes vers cette structure. Cette organisation représente un outil conséquent de prise en charge des troubles psychiatriques périnataux, qui manque de visibilité. Il serait intéressant de créer une structure adaptée pouvant prendre en charge le couple mère-enfant en hospitalisation de jour ou à long terme comme il peut être proposé en région parisienne. En effet, nous avons pu échanger avec le psychiatre responsable de l'unité « hôpital de jour Préludes » à l'hôpital de l'est parisien. Cette unité ouverte en 2010 permet un accompagnement des liens précoces parents-enfant dans des contextes de vulnérabilités variées par une équipe soignante multidisciplinaire.

➤ *Facteurs protecteurs*

Connaitre les facteurs protecteurs de l'ESPT représente un réel outil. Comme nous l'avons déjà évoqué, les sages-femmes sont sensibles et connaissent les facteurs de protection de l'ESPT. Si l'organisation sanitaire le permet, le « *one-to-one* », un soignant pour une patiente, est à privilégier. En effet, un accompagnement personnalisé permet aux femmes de sentir en contrôle. Il est recommandé aux professionnels de prendre en compte « *les préférences et attentes exprimées dans le projet de naissance* » (12). Le soutien, la verbalisation et l'écoute paraissent donc incontournables. Cela offre alors aux femmes un espace de parole libre et propice aux échanges et aux questions. Les professionnels de santé sont donc eux-mêmes des outils pour la prévention de l'ESPT.

10 Critique de la démarche de recherche

10.1 Biais de sélection

Il existe différents biais à notre étude qui diminuent sa puissance. Tout d'abord, nous retrouvons différents biais de sélection. Les réponses des sages-femmes entre les différents établissements hospitaliers ne sont pas proportionnels. De plus, nous n'avons pas pu interroger de maternité de niveau I.

Par ailleurs, l'envoi par courrier électronique aux sages-femmes libérales peut représenter un biais de sélection puisque certaines ne l'ont peut-être pas reçu bien que nous ayons contacté l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie. Nous retrouvons proportionnellement moins de sages-femmes libérales dans l'Eure que dans la Seine-Maritime. Enfin, les sages-femmes ayant répondu à cette étude sont peut-être les plus concernées et sensibilisées à ce sujet.

10.2 Limites de l'étude

L'effectif de notre étude est de 154, ce qui limite la puissance de cette étude. De plus, elle a été réalisée dans le cadre d'un mémoire. Effectivement, le temps passé a été très limité et ne nous a pas permis d'exploiter nos données au maximum.

10.3 Forces de l'étude

Comme nous avons pu l'évoquer, peu d'études relatent les connaissances et les pratiques des sages-femmes. Notre étude présente donc des résultats intéressants qui permettent d'évaluer les besoins des professionnels. Elle permet également de sensibiliser les professionnels à un sujet de périnatalité et de santé publique important. Dans une ère où les femmes sont de plus en plus actrices de leur santé, cette étude permet d'apporter des pistes d'amélioration pour les accompagner et repérer l'ESPT.

11 Propositions d'action

11.1 Plaquette d'information

Grâce à cette étude, nous avons pu proposer un moyen d'action localement à notre échelle pour répondre aux besoins des sages-femmes. 8% des sages-femmes ont répondu qu'une plaquette d'information les aiderait au repérage. Nous avons donc créé cet outil (*Annexe Va et Vb*) et l'avons mis à disposition pour ceux qui le souhaitaient.

11.2 Échelles de dépistage

L'échelle est un outil de repérage de qualité pour 47% des sages-femmes. L'IES-R est l'échelle de référence de l'ESPT et a donc été incluse dans notre plaquette. L'EPDS est un bon outil de repérage des patientes à risque de troubles psychiques (DPN mais également ESPT) en périnatalité d'autant plus qu'une majorité des sages-femmes de notre étude ne se sentent pas capable de différencier l'ESPT de la DPN.

11.3 Formation / Cas cliniques

La formation, que les sages-femmes jugent insuffisante, représente un réel moyen d'améliorer le repérage de l'ESPT. Il est donc nécessaire de renforcer la formation initiale mais également de renforcer la formation continue. En effet, il serait intéressant de mettre en place des tables rondes ou jeux de rôle (simulation) présentant des cas cliniques en interaction avec les professionnels de la santé mentale. Au sein de ces formations, il semble pertinent de proposer aux sages-femmes des outils pratiques. Dans le cadre du développement professionnel continu, les sages-femmes souhaitent une formation clinique et moins théorique. Enfin, nous aimerions également proposer des tables rondes ou jeux de rôle pour sensibiliser les sages-femmes aux questions des violences afin qu'elles soient davantage à l'évoquer.

11.4 Entretiens

L'EPP est un outil de prévention important. Il paraît nécessaire de le proposer systématiquement et de le promouvoir. Dans d'autres régions, notamment à la maternité des Lilas, est réalisé en anténatal avec un psychologue un entretien sur l'imprévu. Il permet d'évoquer avec les femmes les situations d'urgence ou de pathologie pouvant bouleverser l'état psychique maternel. Enfin, notre étude a permis de réfléchir à la mise en place d'une consultation spécifique. Elle aurait lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement, concomitante à la VPN, sur le modèle d'un entretien postnatal précoce recommandé par la HAS. Il permettrait d'évoquer les circonstances et le vécu de l'accouchement, les peurs et besoins au retour à la maison et un soutien à la parentalité

11.5 Schéma de repérage de l'ESPT

Nous nous sommes servis de ce travail de recherche pour créer, à notre échelle, une aide au repérage.

- *En antepartum* : dès le début des consultations, réaliser une anamnèse orientée relevant les antécédents pertinents, évoquer les notions de violences, proposer l'EPP et les séances de PNP, informer.
- *En perpartum* : Communiquer, informer, laisser libre place aux questions et adapter l'analgésie de la patiente.
- *En postpartum* : rechercher conjointement la DPN et l'ESPT, traiter de l'anémie, encourager la verbalisation autour de l'accouchement notamment par la mise en place de l'entretien post-natal, soutien à la parentalité, renforcer visite à domicile/suivi postnatal
- *Pour une grossesse suivante ou un ESPT préexistant* : mettre en place des mesures préventives, des professionnels référents et discuter d'une éventuelle césarienne programmée en fonction du traumatisme.
- *Orientation précoce* des patientes à risque vers les professionnels de la santé mentale et les structures adaptées (PMI, UPP)
- Staff / table ronde *pluridisciplinaire* / cas cliniques

12 Ouverture

Afin de continuer à étudier ce trouble psychique, il serait intéressant de réaliser cette étude auprès de toutes les sages-femmes à l'échelle nationale mais également auprès de tous les professionnels de la périnatalité. Il serait, par ailleurs, pertinent de réaliser une étude similaire lorsqu'une échelle spécifique de la périnatalité sera mise à disposition des sages-femmes et d'évaluer ensuite leurs connaissances et leurs pratiques. Pour la prise en charge thérapeutique de l'ESPT, nous avons imaginé mettre en place le protocole expérimental de jeux vidéo pour réduire l'intrusion du traumatisme au CHU de Rouen.

Nous expliquons ici notre avis après ce temps de recherche autour de l'ESPT. Cette étude nous a permis de nous interroger, de remettre en question nos pratiques de sage-femme dans le but d'améliorer le repérage de l'ESPT. Ce trouble est peu évoqué dans la périnatalité ou confondu. Nous prenons en charge des femmes avec une histoire, une culture et des influences qu'elles transportent. Nous avons souhaité évoquer ici un lien qui nous paraît indissociable : l'ESPT et la migration. Il est peu retrouvé dans la littérature, cependant il serait intéressant de l'étudier puisque souvent ces femmes venues d'ailleurs ont subi d'énormes traumatismes qu'elles évoquent peu et que nous peinons à prendre en charge. Déracinées, ces femmes sont aujourd'hui dans tous nos services de périnatalité.

Enfin, les événements traumatiques qui peuvent survenir en périnatalité peuvent également impacter les professionnels. En effet, dans une étude suédoise, 15% des Gynécologue-Obstétriciens et des sages-femmes ont déclaré avoir des symptômes d'ESPT après un événement professionnel marquant. Si la prise en charge des femmes reste essentielle, il faut également protéger les professionnels.

VI. CONCLUSION

En conclusion, l'ESPT en périnatalité demeure un enjeu de santé publique important qui touche environ 3% des femmes et jusqu'à près de 20% en fonction des facteurs de risque. La grossesse et l'accouchement impliquent de nombreuses modifications psychiques, physiques et hormonales. Cette période de vulnérabilité peut être vécue comme traumatique ou réactiver des traumatismes préexistants. Les sages-femmes jouent un rôle dans la prise en compte de l'environnement psychique, le repérage des facteurs de risque et dans l'accompagnement de la prise en soin.

Notre étude a permis de mettre en lumière un faible niveau de connaissances théoriques de l'ESPT pour les sages-femmes. Elles sont, néanmoins, sensibles au vécu des patientes et à leur bien-être psychologique en connaissant les facteurs influençant l'apparition d'un ESPT (notamment les facteurs protecteurs). Elles sont plus à l'aise dans la prise en charge et savent orienter les femmes et les couples en difficulté. Nos résultats évoquent un réel besoin d'information et de sensibilisation autour de ce sujet. La quasi-totalité des sages-femmes considèrent leur formation insuffisante, sont demandeuses d'outils (plaquette, échelle, entretiens) et de formation clinique continue.

L'ESPT, trouble d'une particulière intensité peut se développer jusqu'à dix ans après l'évènement traumatique. Une prise en charge adaptée, sécuritaire et pluridisciplinaire est essentielle. L'écoute, l'accompagnement, l'information et la verbalisation permettent de guider au mieux dans une démarche de soutien à la parentalité. Le rôle d'information et d'éducation des sages-femmes mais aussi, de tous les professionnels de la périnatalité, est nécessaire pour son repérage et sa prise en charge.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bydlowski M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. 6ème ed. Paris: le fil rouge, 2008, 200p.
- (2) Ayers S. Delivery as traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47 (3): 552-67.
- (3) Ayers S, Philips L, Yildiz PD. The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2017 ;208: 634-645.
- (4) Ministère de la Santé. Plan périnatalité "Humanité, proximité, sécurité, qualité". (En ligne). Paris : Ministère chargé de la santé ; 10/11/2004 (Consulté le 03 mars 2018).44p. Disponible : http://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.
- (5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. 2013.
- (6) Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénolé, F., Egler, P., Baleyte, J., Eustache, F. & Guillery-Girard, B. (2013). Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de neuropsychologie*, volume 5,(1), 45-55.
- (7) Institut National de Veille Sanitaire. Données de surveillance par pathologie (En ligne).10/03/2014. (Consulté le 02 février 2018). Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Etat-de-stress-post-traumatique>.
- (8) Institut National de Veille Sanitaire. Qu'est ce que la dissociation? (En ligne). 04/07/2016. (consulté le 02 février 2018) Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/Qu-est-ce-que-la-dissociation>
- (9) Salmona M. Mécanismes de la dissociation (en ligne).(Consulté le 17 janvier 2018).Disponible:<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>
- (10) Winicott DW.La mère suffisamment bonne: La préoccupation maternelle primaire (1956). Paris: Payot. 2006. 122p.
- (11) Bowlby J. Attachement et perte. Psychopathologie du bébé. Paris: PUF. 1978. 165-170p.
- (12) Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique Clinique: Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017

- (13) Bourgeois M, Sutter AL. *Troubles Psychiatriques de la grossesse et du post-partum*. Bordeaux. 1995.
- (14) Alliaire JF, Guedeney A. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris : Masson, 2001, 280p.
- (15) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. *Enquête nationale périnatale Rapport 2016*. Octobre 2017; 317p
- (16) Guedeney N. *L'attachement : un lien vital*. éditions Fabert ; Décembre 2010.
- (17) Dozio E, Feldman M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Pratiques psychologiques*. Volume 22, Issue 2? Juin 2016 : 87-103.
- (18) De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post traumatic stress disorder and the influence of the maternity care in labour and birth: a cohort study. *Midwifery*. 2016; (32): 87–92.
- (19) Polachek IS, Margolis-Dorfman L, Dulitzky M, Simchen MJ. A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Arch Womens Mental Health*. 2016 ; 19 (3) : 483-490.
- (20) Sixto E Sanchez, Pineda O, Chaves D, Geleye B, Williams M, Rondon MB et al. Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women. *Annals of Epidemiology*. 2017; (27):716-723.
- (21) Jackson TK, Mantler T. Examining the Impact of Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence on Antenatal, Intrapartum and Postpartum Women: A scoping review. *J Fam Viol*. 2017; (32): 25-38.
- (22) O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Gevilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. 2014; 30 (8)
- (23) Mytnik B. *IVG, fécondité et inconscient : L'absence et la chair*. La vie de l'enfant. Ramonville Saint-Agne : Editions érès ; 2007, 250p. (Collection « prévention en maternité »).
- (24) Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. 2013; 22 (9): 760-8.
- (25) Forray A, Mayes C, Magriples U and Neill Epperson C. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Juin 2009 ; 22(6) 522-527
- (26) Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. Evaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynepole Marseille. *Santé Publique*. 2017 ; 29 (5) : 611-622.
- (27) Tan P, Evsen MS, Soydinç HE, Sak ME, Ozler A, Turgut A et al. Increased psychological trauma and decreased desire to have children after a complicated pregnancy. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2013; 14 (1) : 11-14.
- (28) Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français. *Recommandations pour la pratique Clinique : Les hémorragies du post-partum*. 2014.

- (29) Bouet PE, Combaud V, Gromez A. Impact psychologique à long terme d'une hémorragie severe du postpartum. *Revue de Médecine périnatale*. Mars 2013; 5: 36-42.
- (30) Bouet PE, Deneux-Tharoux C, Maillard F, Ruiz V, Combaud, Courtay V et al. Post-traumatic stress disorder and postpartum hemorrhage. *La lettre du gynécologue*. Janvier-février 2013; 378/379: 27-28.
- (31) Sentilhes L, Maillard F, Brun S, Madar H, Goffinet F et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Nature - Scientific Reports*. Aout 2017; 7(1): 8724.
- (32) Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected : an interpretive description of parental's traumas associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013 ; 13
- (33) Ricbourg A, Gosme C, Gayat E, Ventre C, Barranger E, Mebazza A. Emotional impact of severe post-partum hemorrhage on women and their partners : an observational, case-matched,prospective, single-centre pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Oct 2015 ; 193 : 140-3.
- (35) Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrm J. Non psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 2014 ; (384) : 1775 – 1788
- (36) Brunet A, Sanche S, Manetti A, Aouizerate B, Ribéreau-Gayon R, Birmes P, et al. Peritraumatic distress but not dissociation predicts posttraumatic stress disorder in the elderly. 2013; 25 (6): 1007-12.
- (37) Roberts AL, Agnew-Blais JC, Spiegelman D, Kubzansky LD, Mason SM, Galea S et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabete mellitus in a sample of women: a 22 year longitudinal study. 2015; 72 (3): 203-10
- (38) Muzik M, Morelen D, Hruschak J,Rosenblum KL, Bocknek E. Psychopathology and parenting : An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *J Affect Disorder*. Jan 2017 ; 207 : 242-250.
- (39) Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2018 ; 225 : 18-31
- (40) Shaw JG, Asch SM, Kimerling R Frayne SM, Shaw KA, Phibbs CS. Posttraumatic stress disorder and risk of spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2014; 124 (6): 1111-9.
- (41) Muzik M, McGinnis EW, Bockenek E, Morelen D, Rosenblum KL, Liberzon I et al. PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depress Anxiety*. 2016; 33 (7) : 584-91.
- (42) Greenfield M, Jomeen J and Glover L (2019) "It Can't Be Like Last Time" – Choices Made in Early Pregnancy by Women Who Have Previously Experienced a Traumatic Birth. *Front. Psychol*. 10:56
- (43) Stramrood C & Slade P. A woman afraid of becoming pregnant again : PTSD following childbirth. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. 2017 : 33- 49.

- (44) McKenzie-McHarg K Poote A. The experience of PTSD following childbirth. *British Journal of Mental Health Nursing*. May 2015 ; 4(3) : 122-128.
- (45) Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Sortie de maternité après accouchement. Mars 2014.
- (46) Gokçe Ibir G, Inci F, Onal H. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and PTSD following childbirth : an experimental study. *Apple Nurse Res*. Nov 2016 (32) : 227 – 232
- (47) Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements. Dossier n°4. (En ligne). 2012. (consulté le 03 février 2018). Disponible : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>.
- (48) Hansenne M et al. Mesure subjective de l'impact d'un évènement : traduction française et validation de l'échelle. *Psycho Med*. 1993 (25) : 86-88
- (49) Ayers S, Wrigh DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD : The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*. 2018 (9) : 409.
- (50) Drucroq F, Vaiva G. Actualités en psychotraumatologie. Neurobiologie des états de stress post traumatiques. *Synapse*. Nov 2005; 219; 31-35.
- (51) Organisation Mondiale de la Santé. Evaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress. (en ligne). 2013? (Consulté le 03 Mars 2018). Disponible:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112734/1/9789242505931_fre.pdf?ua=1
- (52) James E.L, Bonsall MB, Hoppit L, Tunbridge EM, Geddes JR, Milton AL et al. Computer game play on a smartphone to reduce subsequent intrusive memories of experimental train, in preparation. 2017 ; 25 (8) : 1201-1215.
- (53) McKenzie-McHarg, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A. Post-traumatic stress disorder following childbirth : an update of current issues and recommandations for future research. *J Reprod Infant Psychol*. 2015 ; 33 (3) : 219-37.
- (54) Bastos MH., Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. 2015 ; 10 (4).
- (55) Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession (internet : disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession> /<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>
- (56) Van Dinter-Douma EE, De Vries Ne, Aarts Greven et al. Screeninf for traum and anxiety recognition : knowledge, management and attitude among gynecologists regarding women with fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *J Maternal Fetal Neonatal Med*. 2018 : 1-281.

- Akrich M, Evrad A. D roulement du post partum : ce qu'en disent les femmes M. Avril 2015 Lavoisier SAS Rev. Med P rinat.2015. (7): 69-81
- Andersen LB, Melvaer LB, Viedbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post trauma following childbirth: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. Nov 2012; 91 (11):1261-72.
- Andrew M, Bisson JL, Roberts NP, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 ; (12).
- Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery. 2014; 30:145-148.
- Ayers S, Cook N, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes : A systematic review. Journal of Affective Disorders. July 2017; 225 ; (18-31).
- Ayers S, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Martini J, Von Soest T. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population based, 2-year follow-up study. Psychol Med. 2017; 47 (1): 161-170.
- Ayers S, Parfitt Y, Pike A. Infant Developmental outcomes: A family systems perspective. Infant and Child Development. 2014; 23(4) : 353-373
- Bauer E, Heller G, Louwen F, Schill S, Thomas T, Wolff F et al. Decision-to-Delivery Time and Perinatal complications in Emergency Cesarean. 2017; 114 (35-36): 589–96.
- Boorman RJ, Creedy DK, Devilly GJ et al. Childbirth and criteria for traumatic events. Midwifery. 2014; (30) : 255-261.
- Boudou M, Chabrol H, S journ  N. Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms. Gyn cologie Obst trique et Fertilit  35. 2007:1136-1142.
- Briddon E, Isaac C, Slade P. How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth ? J Anxiety Disord. 2011; 25 (8) : 1001
- Bui E, Cazenave N, Chabrol H, S journ  N, Goutaudier N. Premature delivery : a traumatic birth ? Posttraumatic stress symptoms and associated features. Gynecologie, Obstetrique et Fertilit . 2014 ; 42 (11) : 749-754.
- Capgras- Baberon D, Lefevre-Penel A. Enjeux et objectifs de l'entretien postnatal pr coce. Vocation sage-femme. juillet 2014 ; 109 (13) : 17-20.
- Christensson K, Ryding EL, Tham V. Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. Sexual & Reproductive Healthcare. 2010 ; 1 (4) : 175.
- Diblasio P, Ionio C. Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions : an exploratory study. J Reprod Infant Psychol. 2014; 32(2): 163-81
- Gonnaud E, Dupont C, Evrad A, Rudigoz RC. Etat de stress post-traumatique et p rinalit . Rev Med P rinat. 2015 ; 7 : 96-104.

- Guedeney, N, Fermanian, J. Validation study of the French version of the Edinburgh postnatal scale (EPDS): new results about use and psychometrics properties. *Eur Psychiatry*. 1998; 13: 83-9.
- Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum post traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014; (34): 389-401.
- Holmes EA, James EL, Kilford EJ, Deerprouse C. Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: visuospatial tetris versus verbal pub quiz. *PLoS One*. 2010 ; 5
- Horsch A, King L, McKenzie-McHarg K. Testing a cognitive model to predict post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17: 32.
- Howard L.M, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014 ; (384): 1775-1788
- Iono C, Di Blasio P. Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions : an exploratory study. *J Reprod Infant Psychol*. 2014; 32 (2): 163-81.
- James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health*. 2015; 18:
- Kleber R, Olde E, Van der Hart O, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth : a review. *Clin Psychol Rev*. 2016; 26(1):1-16.
- Laurence Reynolds J, MD, MSc. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association*. 1997; 156 (6).
- Molénat F, Roegiers L. Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ? Toulouse : Editions érès, 2011, 322p. (Collection « prévention en maternité »).
- Muzik M, Morelen D, Hruschak J, Rosenblum LK, Bocknek E, Beeghly M. Psychopathology and parenting : An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *Journal of Affective Disorders*. 2017 ; 207 : 242-250.
- Peeler S, Stedmon J, Cheung Chung M, Skirton H. Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery*. 2018 ; 56 : 70-78.
- Phelps EA, Rauch SL, Shin LM. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research past, present and future. *Biol Psychiatry*. 2006.
- Riquet S, Tari C. L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Educ their patient*. 2016 ; 8 (2).
- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Post traumatic stress reaction after emergency cesarean sections. *Gynecol Obstet*. 1997; 76 (9): 856 – 61.
- Skinner EM, Dietz Hp. Psychological and somatic sequelae of traumatic vaginal delivery. *Aust NZ J obstet gynaecol*. 2015 ; 55 (4) : 309-314.
- Tol I, Yousif S, Collins S. PTSD : The hidden morbidity of abnormally invasive placenta (AIP). *Abstracts/ Placenta*. 2017 ; 57 : 225-235.
- Yonkers KA, Smith MV, Forray A, Epperson CN, Belanger K, Costello D et al. Pregnant women with post-traumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiat*. 2014;
- Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*. February 2003; 48:51

VIII. ANNEXES

Annexe I - Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg Name:

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Veillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie

« Je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

Veillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

_____ Aussi souvent que d'habitude

_____ Pas tout-à-fait autant

_____ Beaucoup moins souvent ces jours-ci

_____ Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir

_____ Autant que d'habitude

_____ Plutôt moins que d'habitude

_____ Beaucoup moins que d'habitude

_____ Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

_____ Oui, la plupart du temps

_____ Oui, parfois

_____ Pas très souvent

_____ Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

_____ Non, pas du tout

_____ Presque jamais

_____ Oui, parfois

_____ Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou malheureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Annexe II - Impact of Event Scale – revisited

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant : ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX. Pas du tout (0) Un peu (1) Moyennement (2) Beaucoup (3) Énormément (4)

Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.
(0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Je me suis réveillé la nuit. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Différentes choses m'y faisaient penser. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Je me sentais irritable et en colère. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.
(0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Sans le vouloir, j'y repensais. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.
(0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Des images de l'événement surgissaient dans ma tête. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'essayais de ne pas y penser. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'avais du mal à m'endormir. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.
(0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'avais du mal à me concentrer. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)
J'ai rêvé à l'événement. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'étais aux aguets et sur mes gardes. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

J'ai essayé de ne pas en parler. (0 – 1 – 2 – 3 – 4)

Annexe III - Questionnaire de l'étude (recto)

L'état de stress post-traumatique en périnatalité
QUESTIONNAIRE aux SAGE-FEMMES

Bonjour, je suis Mouna Coulibaly, étudiante sage-femme et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) en périnatalité. J'ai décidé d'interroger les sages-femmes libérales et hospitalières de l'agglomération rouennaise, afin d'étudier les connaissances et les pratiques autour de cette pathologie. Au delà de mon mémoire, cette démarche a aussi pour but de renforcer les connaissances autour de l'ESPT et son dépistage. Ce questionnaire vous prendra seulement 5 minutes. En vous remerciant d'avance !

Si vous êtes intéressé.e.s par ce sujet, je peux vous envoyer un livret d'information que j'ai créée (en collaboration avec l'école de sage-femme de Rouen et le Dr Desunay psychiatre au CHU de Rouen) pour apporter des informations utiles aux professionnels et aux patientes. Il vous suffit d'envoyer une demande par e-mail. Nous sommes disponibles pour toute question, demande ou remarque à l'adresse suivante : mounacoulibaly.etudiante@gmail.com

L'ESPT (cas général) est un trouble psychique qui survient après un événement traumatique dépassant les ressources cognitives et émotionnelles de l'individu. Il se traduit par des symptômes associant des flash-back, des cauchemars, une altération de l'humeur et un évitement des stimuli rappelant l'événement. En périnatalité, l'ESPT peut survenir après un événement lié à la grossesse ou à l'accouchement et peut aussi être pré-existant (antérieur à la grossesse, antécédents, histoire de la patiente).

Informations générales

Entourez ou cochez les réponses

1. Vous êtes : une femme / un homme
2. Votre âge :
3. Année de diplôme :
4. Nombre d'années de pratique depuis le diplôme d'état (sans les stages) :

5. Durée de formation initiale (P1/PACES incluses mais ne pas compter les années redoublées) :

6. Comment se décompose votre temps de travail sur l'année ? (exemple : 50 % hospitalier / 50 % libéral)
- Hospitalier : Libéral :
- Autre :

7. Si vous travaillez en hospitalier, comment se décompose votre temps de travail sur l'année dans les différents services ?
(exemple : 80 % salle de naissance – 20 % de PNP)

- Salle de naissance : Suite de couches / UK :
- Consultations : PNP :
- Hospitalisation prénatale : Échographie / DAN :
- Autre :

8. Si vous travaillez en libéral, comment se décompose votre temps de travail sur l'année ? (exemple : 80 % consultations – 20 % rééducation périnéale)

Votre formation concernant l'ESPT

1. Avez-vous déjà entendu parler de l'ESPT et de ses particularités en périnatalité ?

- Oui Non

2. Quel type d'information avez-vous eu concernant ce sujet ?

- Formation initiale*
- Cours magistraux (nombre approximatif d'heure :)
- Table ronde
- Je ne me souviens plus
- Autre :

Formation supplémentaire

- Diplôme universitaire
- Discussion d'équipe autour d'un cas
- Interventions psychiatriques/psychologiques sur le lieu de travail
- Lecture d'articles
- Aucune
- Autre :

3. Pensez-vous qu'elle(s) soit(en)t suffisante(s) ?

- Oui Non

4. Pourquoi ?

5. Si non, quel type de formation souhaiteriez-vous ?
- Diplôme Universitaire Cours théoriques uniquement
- Cas cliniques / Mises en situation
- Autre :

Vos connaissances autour de l'ESPT

1. Sur 10, comment évalueriez-vous votre niveau de connaissances sur l'ESPT ? (0 = pas de connaissances, 10 = connaissances solides) :

2. Sur 10, comment évalueriez-vous votre niveau de connaissances sur la dépression en périnatalité ?

3. A partir de quel moment peut-on poser le diagnostic d'un ESPT ?

- Au moment même de l'événement
- 1 semaine après
- 1 mois après
- 3 mois après

4. Seriez-vous capable de différencier l'ESPT de la dépression ante ou postnatale ? Oui Non

5. La dépression a une prévalence estimée entre 10 et 15%. Comparativement à la dépression, pensez-vous que ce trouble soit plus fréquent ?

- Oui Non

6. D'après vous, quel pourcentage de femmes en anténatal appréhendent l'accouchement comme un événement très stressant ?

- 10 % 25 % 45 % 60 %

7. D'après vos connaissances, quelle est la prévalence de l'ESPT en périnatalité (femmes enceintes et accouchées) ?

- 0-5 % 5-10 % 10-20 % Ne sait pas

Annexe III - Questionnaire de l'étude (verso)

6. D'après vous, quels sont les facteurs de protection reconnus dans l'ESPT ?

Sentiment de contrôle lors de l'accouchement
 Pas ou peu de douleur pendant le travail
 Questions et échanges possibles avec l'équipe
 Grossesse désirée

7. Considérez-vous en post-partum une hémoglobine inférieure à 9g/dL comme un facteur de risque de développer un ESPT ? Oui Non Ne sait pas

Yos pratiques autour de l'ESPT

1. Sur 10, comment évalueriez-vous votre capacité à prendre en charge l'ESPT (préferer et orienter vers une prise en charge adéquate) :

2. Avez-vous déjà dépisté ou participé à la prise en charge d'une patiente en état de stress post-traumatique ? Oui Non

3. Si oui, quel était le contexte ? Précisez si possible

4. Avez-vous déjà initié ou participé à la mise en place de mesures thérapeutiques chez une patiente présentant un ESPT ? Oui Non

5. Si oui, lesquelles ?

Unité mobile de psychiatrie périnatale / Rouvray (UPP)
 Hypnose Consultation psychiatre/psychologue
 Autre :

6. En anténatal, à quelle fréquence évoquez-vous les notions de violences psychologiques et physiques subies par la femme au cours de sa vie ?

Jamais
 Rarement
 Souvent
 Systématiquement

7. Dans votre pratique, à quelle fréquence évoquez-vous le vécu psychologique des accouchements précédents ?

Jamais
 Rarement
 Souvent
 Systématiquement

8. En postnatal, à quelle fréquence évoquez-vous le vécu psychologique de l'accouchement ?

Jamais
 Rarement
 Souvent
 Systématiquement

9. Que faites-vous quand vous supposez probable un ESPT chez une patiente ?

Echelles / Grilles de dépistage Entretiens approfondis
 Discussion avec la patiente Orienter la patiente
 Rien Autre :

10. Vers qui orientez-vous une patiente chez qui vous dépistez un ESPT ? (plusieurs réponses possibles)

Psychologue Psychiatre PMI
 Gynécologue-obstétricien Pédiatre UPP
 Autre :

11. Estimez-vous que d'autres outils d'évaluation simples pourraient être mis en place pour le repérage de l'ESPT ? Oui Non

12. Si oui, lesquels ?

13. Si non, pourquoi ?

L'entretien périnatal précoce (EPP) et l'ESPT

1. Est-il réalisé au sein de votre établissement ? Oui Non

2. Réalisez-vous l'EPP ? Oui Non
 Si oui, depuis quand ?

3. Avez-vous été formé.e ? Oui Non

4. Estimez-vous qu'il puisse servir au repérage d'un ESPT pré-existant ? Oui Non

5. Pourquoi ?

L'entretien postnatal précoce et l'ESPT

1. Connaissez-vous cet entretien ? Oui Non

2. Selon vos connaissances, cet entretien est...

Est recommandé par la Haute Autorité de Santé
 Est recommandé par la Société Française de Pédiatrie
 A pour but d'accompagner les patientes au retour à la maison
 Permet de dépister les troubles psychiques du post-partum
 Est équivalent à la visite postnatale (VPN)
 Est pris en charge par la sécurité sociale

3. Quelle durée estimez-vous la plus optimale ?

30 minutes 45 minutes 1 heure

4. Le réalisez-vous ? Oui Non

5. Si non, estimez-vous qu'il serait judicieux de le mettre en place ? Oui Non

6. Estimez-vous qu'il puisse servir au repérage de l'ESPT ? Oui Non

Si oui, pourquoi ? Utile pour relâcher le point avant VPN
 Utile pour dépister les troubles psychiques
 Autre :

7. Enfin, qu'est ce qui pourrait améliorer le repérage et l'accompagnement des patientes avec un ESPT ?

Si non, pourquoi ? VPN suffisante
 Il y a d'autres priorités Consultations PMI / PRADO
 Autre :

Augmenter la prévention
 Formations et informations
 Ressources nécessaires pour orienter les patientes

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
 Nous restons disponibles pour tout échange ou question.

Annexe IV - “The City Birth Trauma Scale” (Page 1)



CITY UNIVERSITY LONDON

Birth Trauma Scale

This questionnaire asks about your experience during the birth of your most recent baby. It asks about potential traumatic events during (or immediately after) the labour and birth, and whether you are experiencing symptoms that are reported by some women after birth. Please tick the responses closest to your experience.

What date was your baby born? _____

During the labour, birth and immediately afterwards:		
Did you believe you or your baby would be seriously injured?	Yes	No
Did you believe you or your baby would die?	Yes	No

The next questions ask about symptoms you might have experienced. Please indicate how often you have experienced the following symptoms in the last week:

Symptoms about the birth*	NOT AT ALL	ONCE	2 - 4 TIMES	5 OR MORE TIMES
Recurrent unwanted memories of the birth (or parts of the birth) that you can't control				
Bad dreams or nightmares about the birth (or related to the birth)				
Flashbacks to the birth and/or reliving the experience				
Getting upset when reminded of the birth				
Feeling tense or anxious when reminded of the birth				
Trying to avoid thinking about the birth				
Trying to avoid things that remind me of the birth (e.g. people, places, TV programs)				
Not able to remember details of the birth				
Blaming myself or others for what happened during the birth				
Feeling strong negative emotions about the birth (e.g. fear, anger, shame)				

* Although these questions refer to the birth, many women have symptoms about events that happened just before or after birth. If this is the case for you, and the events were related to pregnancy, birth or the baby then please answer for these events.

Annexe IV - "The City Birth Trauma Scale" (Page 2)

Symptoms that began or got worse since the birth	NOT AT ALL	ONCE	2 - 4 TIMES	5 OR MORE TIMES
Feeling negative about myself or thinking something awful will happen				
Lost interest in activities that were important to me				
Feeling detached from other people				
Not able to feel positive emotions (e.g. happy, excited)				
Feeling irritable or aggressive				
Feeling self-destructive or acting recklessly				
Feeling tense and on edge				
Feeling jumpy or easily startled				
Problems concentrating				
Not sleeping well because of things that are not due to the baby's sleep pattern				
Feeling detached or as if you are in a dream				
Feeling things are distorted or not real				

If you have any of these symptoms:

When did these symptoms start?	
Before the birth	
In the first 6 months after birth	
More than 6 months after birth	
Not applicable (I have no symptoms)	

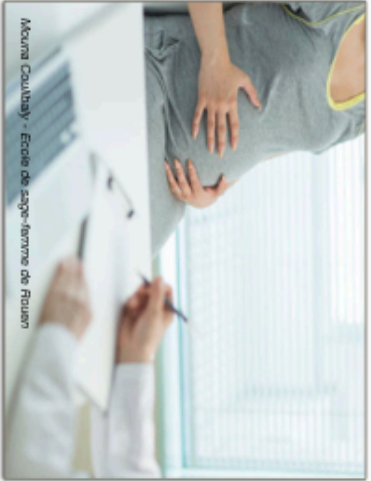
How long have these symptoms lasted?	
Less than 1 month	
1 to 3 months	
3 months or more	
Not applicable (I have no symptoms)	

Do these symptoms cause you a lot of distress?	Yes	No	Sometimes
Do they prevent you doing things you usually do (e.g. socialising, daily activities)?	Yes	No	Sometimes
Could any of these symptoms be due to medication, alcohol, drugs, or physical illness?	Yes	No	Maybe

Thank you for completing this questionnaire

Annexe Va : Plaquette d'information à destination des professionnels (recto)

L'état de stress post-traumatique en périnatalité



Mourna Goukaby - Ecole de sage-femme de Rouen

Qu'est ce que l'état de stress post-traumatique (ESPT) ?

L'ESPT (cas général) est un trouble psychique qui survient après un événement « traumatique » dépassant les ressources cognitives et émotionnelles de l'individu. Les symptômes sont classés en quatre catégories selon le DSM-V (1) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 2013) :

- l'évitement des stimuli rappelant l'évènement
- l'hyper-réactivité (irritabilité, hyper-vigilance)
- la reviviscence de l'évènement (cauchemars, flash-back)
- une altération de l'humeur (émotions négatives)

L'ESPT a été initialement décrit chez des soldats au retour de guerre. Il peut aussi survenir dans des situations très diverses : atteinte de l'intégrité corporelle (accidents, problèmes de santé, agressions dont sexuelles) catastrophes naturelles, crainte pour la santé d'autrui....

Si des symptômes apparaissent dans les jours suivant l'évènement, on le définit comme un **état de stress aigu**. L'ESPT apparaît à **distance** de l'évènement (à partir d'1 mois).

ESPT et maternité

Épidémiologie

La prévalence de l'ESPT en périnatalité est d' environ

- **3%** chez les femmes : 1% pré-existant et 2% consécutifs à la grossesse et/ou l'accouchement (2)
- **18,95%** pour les femmes qui présentent des facteurs de risque (2)
- **9%** en cas de perte périnatale (2)

Le **père** peut lui aussi développer un ESPT (notamment dans des contextes d'HDQ et de prématurité) (4)(9)

Facteurs de risque (6)

- ATCD violences physiques/morales/sexuelles
- ATCD psychopathologiques (dépression, troubles psy)
- **Vécu psychique SUBJECTIF de l'accouchement** (7) 45% des femmes évoquant l'accouchement comme un facteur de stress majeur et/ou traumatique (8)
- **Prématurité** / pathologies foetales
- **Complications obstétricales** (Césarienne, HDQ, MFLU, NS...)

Facteurs protecteurs -> Comment prévenir l'ESPT ?

- Sentiment de contrôle, **participation aux prises de décisions médicales** tout au long du suivi périnatal
- Questions et échanges possibles : **espace de parole**
- Être attentif à la **douleur** et au **soutien** perçu
- S'assurer que la patiente se projette dans la **réalité**
- **Orientation** précoce des femmes à risque. (9)(10)

Conséquences sur la maternité

L'ESPT a des conséquences négatives sur le bien-être maternel et aussi sur la **relation mère-enfant** : la mère est **moins disponible**, il existe des **difficultés d'interaction précoces**, et le nouveau-né peut présenter des difficultés à réguler ses émotions (11)(12). L'ESPT peut également impacter la **relation conjugale**, la **sexualité** et le **désir ultérieur de grossesse** (plus d'IVG/désisternes programmées). (13)

Comorbidité dépressive ?

Il existe une co-morbidité importante entre la dépression périnatale et l'ESPT. Ils ont des facteurs de risque communs et des expressions cliniques différentes. Il est donc important de les dépister conjointement et de les différencier.



Reperer et orienter Où ? Quand ? Comment ?

Reperer les facteurs de risque psycho-sociaux représente un **axe majeur de prévention** reconnu par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les professionnels de santé périnatale.

QUAND ? La HAS (2005;2014) (14)(15) et le **plan de périnatalité** (2005) recommandent d'être attentif au **bien être** de la femme enceinte, de la dyade mère-enfant et de la famille tout au long de l'accompagnement : entretiens prénatal précoce, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, en salle de naissance, dans le post-partum, durant les consultations postnatales.

COMMENT ? Tous les professionnels de santé contribuant au **repérage** de l'ESPT. Le **diagnostic** de certitude est posé par un **professionnel de santé mentale**.

- Identifier les contextes à risque ?

- **« Quel souvenir avez-vous de votre accouchement ? »** : cette question à J2 permet d'identifier les femmes à risque de développer un ESPT. (16)

- **Auto-questionnaire permettant de rechercher un ESPT : Impact of event scale (IES-R)**

- Auto-questionnaire permettant de rechercher une dépression du post-partum (DPP) comorbide : Edinburgh post-natal depression scale (EPDS)

Nota bene - L'entretien postnatal précoce est recommandé par la HAS. Il peut être proposé et réalisé entre le 8ème et 15ème jour après l'accouchement. Il permet aux parents d'examiner leur vécu, des besoins et leurs difficultés lors d'une prise de parole d'1 heure. Il est à différencier des visites postnatales qui sont elles prises en charge à 100%. Les visites à domicile représenteront un moment de repérage important.

Annexe Va : Plaquette d'information à destination des professionnels (verso)

VERS QUI ORIENTER ?

- **Psychologues et / ou psychiatres hospitaliers et libéraux**
- Réseau de soin (PMI) pour soutien à la parentalité
- Service de psychiatrie périnatale

Approche thérapeutique globale & personnalisée

- **ESPT maternel** : 1ère intention -> EMDR, thérapie cognitive-comportementale, hypnose, 2ème intention -> médiation corpo-émotionnelle, sophrologie

Traitement psychotrope : symptômes trop intenses / si échec et/ou en association avec la psychothérapie

- **Troubles relationnels dyadiques et familiaux** : Service psychiatrie périnatale / soutien à la parentalité

BIBLIOGRAPHIE - Pour en savoir plus...

(1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. 2013

(2) James S. Fitzgibbon, Victor D. The persistence of postpartum stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 208(1): 404-412.

(3) Charvatková EK, Čermák C, Anzen E, Čecháková LH. Prevalence risk for postpartum psychiatric disorders among women with postpartum depression. *2015*; 22(8)

(4) Leavelle CDT, Gorman T, Mullen-Park C. Characteristics of hospitalized mothers with postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 2012; 141

(5) Fitzgibbon J, Gorman T, Mullen-Park C, Mullen-Park C. Postpartum depression: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 162: 462-470.

(6) Gorman T, Fitzgibbon J, Mullen-Park C. Postpartum depression and the risk of postpartum psychiatric disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2016; 38(8): 1001-1011.

(7) Rosenblatt LA, Mullen-Park C, Gorman T, Mullen-Park C, Mullen-Park J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 2014; 384(9): 1775-1788.

(8) Barnard T, Chakrabarti C, Pinsky Y, Dwyer S. Evaluation of the prevalence of postpartum depression in women postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(9) Chakrabarti C, Barnard T, Pinsky Y, Dwyer S, Gorman T, Fitzgibbon J, Mullen-Park C. Postpartum depression and the risk of postpartum psychiatric disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2016; 38(8): 1001-1011.

(10) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(11) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(12) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(13) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(14) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

(15) Kessler RC, McGee K, Pauls A. The experience of PTSD (clinically significant). *Journal of Affective Disorders*, 2017; 207(1-2): 19-24.

IES-R version française

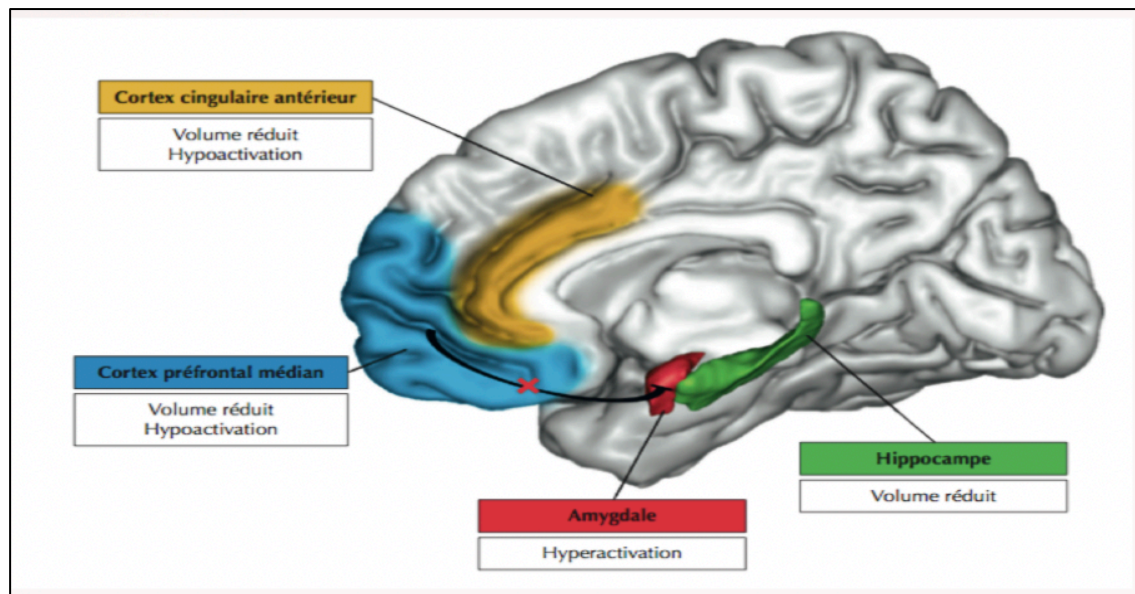
Instructions. Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne l'événement : Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ? (Préciser votre nom et date)

- un score au-dessus de 22 moins d'1 mois après l'événement ; indice pour un stress aigu -> surveillance
- score au-dessus de 36 plus d'1 mois après l'événement ; indice pour un état de stress post-traumatique -> orienter

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Entièrement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisais penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irrité(e) et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisais penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je suralérais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Ce livret d'information est un travail personnel et a été créé en association avec l'école de sage-femme de Rouen et un psychiatre en périnatalité dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Il n'a aucune valeur de recommandations officielles.

Annexe Vb - Plaquette d'information : mécanisme neuro-anatomique de l'ESPT



Structures cérébrales	Rôle et processus	Dans le cas d'un ESPT
Amygdale	Mémoire émotionnelle Détection de la menace Réponse de peur	Hypermnésie des aspects émotionnels Suractivation en réponse à des stimuli négatifs Reviviscence Hyper-vigilance
Hippocampe	Mémoire épisodique à long terme Contexte spatio-temporel de l'évènement	Fragmentation du souvenir / Déficit mémoire autobiographique Faible représentation contextuelle Hypotrophie de l'hippocampe?
Cortex préfrontal médian & cortex cingulaire antérieur	Régulation émotionnelle et attentionnelle Représentation de soi	Difficulté de contrôle de la réponse émotionnelle Représentation négative de soi

Mécanisme neuro-anatomique de l'état de stress post-traumatique Deux théories :

THEORIE DE LA DOUBLE REPRESENTATION : Encodage excessif d'informations sensorielles et émotionnelles (souvenir accessible de façon involontaire : flashback, cauchemars, comme si la menace était imminente) & encodage insuffisant du contexte spatio-temporel de l'évènement.

THEORIE DE LA REGULATION EMOTIONNELLE : Le stress est un mécanisme adaptatif pour apporter une réponse appropriée en cas de menace. Dans le cas d'un ESPT, il existerait un dysfonctionnement du système de régulation des émotions qui induit une persistance de la réponse de peur après l'évènement traumatique.

Référence : Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénoilé, F., Egler, P., Baleyte, J., Eustache, F. & Guillery-Girard, B. (2013). Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de neuropsychologie*, volume 5,(1), 45-55.

RESUME

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

L'état de stress post-traumatique en périnatalité : état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes

COULIBALY, Mouna

Introduction - La prévalence de l'ESPT en périnatalité est d'environ 3%. Sage-femme, acteur de première ligne joue un rôle de repérage essentiel durant cette période de vulnérabilité psychique.

Matériel & Méthode - Les sages-femmes libérales et hospitalières de Haute-Normandie (Eure et Seine Maritime) ont été interrogées par questionnaire.

Résultats - 154 sages-femmes ont constitué l'échantillon de notre étude. Nous obtenons une note de 2,47/6 : les sages-femmes ont un faible niveau de connaissance. 27% n'ont jamais entendu parler de l'ESPT et de ses spécificités en périnatalité. 25% des sages-femmes ont déjà pris en charge un ESPT et mis en place des mesures particulières. 97% des sages-femmes considèrent avoir une formation insuffisante. 84% des sages-femmes pensent que de nouveaux outils pourraient être mis en place.

Discussion - Deux sages-femmes sur trois ont un faible niveau de connaissance et ne se sentent pas capables de prendre en charge l'ESPT. Elles semblent confondre l'ESPT et le vécu traumatique des événements. Elles sont en demande d'outils et jugent leur formation insuffisante. Il est donc important de renforcer la formation (initiale et continue) et de leur apporter des outils de repérage pertinents (échelles, plaquette, table ronde, cas clinique).

Conclusion - L'ESPT en périnatalité est un sujet encore méconnu des sages-femmes et nécessite de mettre en place des moyens d'action pour son repérage.

Mots-clés - PTSD (Post-traumatic stress disorder), ESPT (état de stress post traumatique), naissance (childbirth), connaissances (knowledge), pratiques (practices), professionnels (professionals), sage-femme (midwife)