



**HAL**  
open science

# État de stress post traumatique dans postpartum : revue systématique de littérature sur les facteurs prédictifs durant le travail et l'accouchement

Victoria Le Roux

## ► To cite this version:

Victoria Le Roux. État de stress post traumatique dans postpartum : revue systématique de littérature sur les facteurs prédictifs durant le travail et l'accouchement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03448601

**HAL Id: dumas-03448601**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03448601>**

Submitted on 25 Nov 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2021

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE DANS  
LE POST PARTUM :  
REVUE SYSTEMATIQUE DE LITTERATURE SUR  
LES FACTEURS PREDICTIFS DURANT LE  
TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Présenté et soutenu par

Victoria Le Roux

Née le 28 août 1997

Mémoire sous la direction de :  
Anne Gabriel, sage-femme enseignante

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier Anne Gabriel, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire, qui m'a si bien accompagnée dans l'élaboration de cet écrit. Merci Anne pour votre bienveillance.

Un grand merci à mes parents de m'avoir permis de faire ces études avec tout ce que cela impliquait, et d'avoir été présents et à l'écoute.

Merci à mon Pierre d'avoir toujours cru en moi et pour son soutien sans faille au quotidien.

Et enfin je remercie toutes les filles de ma promotion sans exception, pour tous ces bons moments. Nous n'aurions pas pu trouver meilleure équipe que la notre.

## **TABLE DES MATIERES**

I – INTRODUCTION.....	1
II – METHODOLOGIE.....	3
A. Objectifs.....	3
B. Méthode de recherche.....	4
C. Outils de recherche.....	4
D. Critères d'éligibilité.....	6
E. Méthodes de sélection et d'analyse des articles.....	6
III – RESULTATS.....	7
A. Sélection des études.....	7
B. Présentation de la littérature.....	8
C. Etude de la littérature.....	9
1. Facteurs maternels.....	9
a. Caractéristiques sociodémographiques.....	9
b. Caractéristiques psychologiques.....	9
c. Antécédents obstétricaux et gynécologiques.....	10
d. Primiparité.....	10
e. Douleur.....	10
f. Niveau de soutien social.....	11
g. Vécu subjectif de l'accouchement.....	11
h. Réactions dissociatives.....	11
2. Facteurs fœtaux.....	12
a. Prématurité.....	12
b. Nombre de jours d'hospitalisation.....	12
c. Complications néonatales.....	12
3. Facteurs obstétricaux.....	12
a. Complications obstétricales.....	12
b. Durée du travail.....	13
c. Interventions obstétricales.....	13
d. Anesthésie.....	13
IV – DISCUSSION.....	14
A. Analyse des résultats.....	14
B. Choix du sujet.....	15
C. Forces et limites de l'étude.....	16
V – CONCLUSION.....	17
VI – BIBLIOGRAPHIE.....	18
VII – ANNEXES.....	22

# I - INTRODUCTION

Aujourd'hui en France, le décès par suicide est devenu la première cause de mortalité maternelle périnatale. C'est ce qu'ont présenté l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et Santé Publique France dans les résultats du 6<sup>ème</sup> rapport d'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles. En effet entre 2013 et 2015, ont été dénombrés pas moins de trente-cinq suicides chez des femmes au cours de leur grossesse ou dans l'année suivant leur accouchement, ce qui représente environ 13 % des morts maternelles (1). Ces données nous poussent à nous interroger sur l'impact psychologique de la grossesse sur ces femmes. En effet il a été montré que la grossesse, l'accouchement, et la période post natale sont des moments de vie étant plus à risque pour l'apparition de troubles psychiques (2). Un traumatisme en lien avec la grossesse pourrait donc être un possible point de départ pour l'apparition de ces troubles.

D'après Santé Publique France, un traumatisme psychique est la « blessure » du psychisme causée par certains évènements. Ces évènements donnent à la personne concernée une impression de menace pour sa vie ou celle d'une autre personne (3). Pour la majorité des individus, ce sentiment s'estompe dans le mois suivant l'évènement et ceux-ci pourront reprendre une vie normale sans séquelles psychologiques. Mais pour une partie d'entre eux, ce sentiment ne disparaîtra pas complètement, il perdurera même pendant plusieurs mois, voire des années. Ce phénomène psychique souvent méconnu est appelé Etat de stress post traumatique (ESPT). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), un ouvrage américain de référence largement utilisé en psychiatrie, nous indique que l'ESPT fait partie des : « troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress » (4).

Afin de comprendre la suite, il est important d'expliquer comment se traduit cliniquement l'ESPT chez un patient. Le DSM-5 a établi des critères de l'état de stress post traumatique afin de le diagnostiquer plus facilement (4). Ces critères sont consultables en annexe (Annexe I).

Après lecture de la définition de l'ESPT et de ces critères diagnostics, nous comprenons pourquoi il est si important de le dépister. Et pourtant les données sur la prévalence de cette pathologie dans la population ne sont pas nombreuses. En France métropolitaine en 2003, on l'estimait à 0,7 % (5). Mais qu'en est-il si on la met en lien avec l'accouchement ? Le fait de donner la vie peut-il être traumatisant ?

En effet, il peut paraître étonnant qu'un accouchement puisse être traumatique au même titre que d'autres événements de vie considérés objectivement plus violents dans l'imaginaire collectif. Les nouvelles mères ne semblent, à premier abord, pas concernées par le phénomène d'ESPT. Et pourtant, on observe une prévalence de ce trouble plus élevée dans le post-partum que dans la population générale. En effet en France, on estime qu'elle est de 1,3 à 6 % après l'accouchement d'après la littérature (6). De plus, 24 à 33 % des accouchées, si elles ne souffrent pas d'ESPT, présentent néanmoins certains symptômes isolés de la pathologie (5).

Dans ce cas, il convient d'expliquer pourquoi l'accouchement est un possible point de départ pour ce trouble. Tout d'abord, la femme enceinte est exposée à de nombreux remaniements psychiques durant la grossesse, phénomène que Monique Bydlowski a appelé « transparence psychique » et qui se caractérise par une émergence de fragments psychiques de l'inconscient vers le conscient (7). Au moment du travail et de l'accouchement, les femmes sont donc plus fragiles psychologiquement du fait de cet état naturel particulier dû à la grossesse.

De plus, il existe lors du travail et de l'accouchement un risque non négligeable de complications maternelles, obstétricales et/ou fœtales. Si le risque de décès est faible -en France en 2012, on dénombrait environ 10 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (8)- il n'empêche pas la survenue d'autres complications. Pour exemple, en France environ 20% des femmes enceintes subiront une césarienne dont la moitié se fera en urgence (9). Concernant l'hémorragie du post partum immédiat (HPP), 5% des patientes sont concernées (10).

En reprenant la définition de l'ESPT, l'accouchement peut donc tout à fait correspondre à un évènement traumatisant psychiquement, et explique par ailleurs les taux retrouvés précédemment sur l'incidence des troubles psychiques dans le post partum (2). En effet d'après une étude réalisée par Creedy et al. sur les nouvelles accouchées, 33% d'entre elles ont décrit leur accouchement comme ayant été traumatisant (11). D'autres études ont montré que certains états de la femme et/ou certains évènements durant le travail et l'accouchement avaient un impact significatif sur la survenue d'un ESPT dans le post partum et pouvaient être prédictifs de cet état (11) (12) (13).

Nous savons maintenant qu'il est primordial de repérer les nouvelles mères concernées par l'ESPT, et ce dès le séjour en maternité, car cet état psychologique aura des conséquences sur la relation mère enfant, et donc sur l'enfant lui-même. L'intérêt est d'autant plus important pour les sages-femmes qui sont en première ligne auprès des patientes au sein du bloc obstétrical puis durant le séjour en maternité. Il s'agit donc de repérer ces facteurs favorisant, de les classer et de s'en servir afin de prendre en charge de façon plus spécifique les patientes concernées.

## **II – METHODOLOGIE**

### **A. Objectifs**

Le principal objectif de ce mémoire est de répertorier les facteurs prédictifs de l'ESPT rentrant en jeu lors du travail et de l'accouchement dans la littérature et d'exposer les circonstances menant certaines femmes vers un ESPT. Le second objectif, quant à lui, est de permettre le repérage de ces patientes en maternité pour leur proposer un suivi plus spécifique.

## **B. Méthode de recherche**

Afin d'atteindre ces objectifs, une revue systématique de la littérature francophone et anglophone a été entreprise. D'après la Cochrane Library, une revue de la littérature peut se définir comme étant : « une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature médicale consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné et de limiter l'introduction d'erreurs aléatoires et systématiques ou de biais » (14). Autrement dit, ce travail permet de récolter les contenus scientifiques traitant du sujet qui nous intéresse, et de sélectionner ceux étant les plus appropriés et avec le meilleur niveau de preuve scientifique possible. La Haute Autorité de Santé (HAS) a classé les types d'étude selon leur niveau de preuve scientifique (Annexe II). Elle précise aussi que cette classification des différents types d'études scientifiques ne fixe pas de façon absolue leur niveau de preuve, et que certaines études avec un niveau de preuve plus faible peuvent être tout aussi pertinentes que celles étant mieux classées (15).

## **C. Outils de recherche**

Afin de formuler correctement notre question de recherche, la méthode PICO a été employée :

- **Participants** : femmes ayant accouché dans l'année en structure hospitalière
- **Interventions** : facteurs de risque maternels, obstétricaux et fœtaux d'ESPT
- **Comparaisons** : *(ici pas de groupe témoin)*
- **Résultats (Outcomes)** : état de stress post traumatique dans le post partum



Les bases de données bibliographiques en ligne ont été l'outil central de cette recherche. Afin de mieux maîtriser l'utilisation de ces bases de données, un rendez-vous a été pris avec un documentaliste de la bibliothèque universitaire de l'Unité de Formation et de Recherche de médecine et des Sciences de la santé de Brest. Celui-ci a pu apporter son aide pour la maîtrise de la recherche avancée via ces plateformes et de ses subtilités.

Les bases de données Pubmed, Lissa et Scopus ont été utilisées. Afin de trouver les articles les plus pertinents pour cette recherche, il a fallu définir en amont les mots clés à utiliser, qui sont en français : « état de stress post traumatique, facteurs prédictifs, facteurs favorisants, accouchement, post partum, dépression du post partum » et en anglais « post traumatic stress disorder, delivery, post partum, predictive factors »

Sur Pubmed, le vocabulaire MeSH (Medical Subject Headings) a été utilisé, car il permet d'établir une équation de recherche qui englobe tous les synonymes associés au(x) mot-clé(s) défini(s). Ici, il a été choisi d'utiliser les mots-clés MeSH « post traumatic stress disorder » et « delivery » avec l'opérateur booléen « AND » pour que nous puissions trouver des articles contenant les deux termes et pas seulement l'un ou l'autre. Nous avons aussi filtré notre recherche afin que ces mots-clés apparaissent dans le titre, le résumé ou la liste des mots-clés de l'article.

```
("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) AND "Delivery, Obstetric"[Mesh])
```

Toujours sur Pubmed, une recherche sans l'outil MeSH a aussi été entreprise, afin d'avoir accès à des articles récents n'étant pas encore disponible via le MeSH database.

```
(post traumatic stress disorder) AND (delivery, obstetric)
```

Sur Scopus et Lissa, une recherche à partir des mots clés définis ci-dessus et des opérateurs booléens a été investie.

## **D. Critères d'éligibilité**

Pour être éligibles, ces articles devaient traiter au moins en partie, à la fois de l'ESPT et du post partum. Ils pouvaient être des revues de littérature ou des études de cohorte, descriptives ou comparatives. Ces études devaient provenir de pays développés, dont le système de santé est semblable au système Français. Il n'a pas été établi de niveau de preuve minimum à avoir pour la sélection de ces études. Les articles sélectionnés sont francophones ou anglophones. La plupart des études sélectionnées se veulent les plus récentes possibles, la date limite de publication a été fixée à 2005. Pour une question d'accessibilité, seuls les articles étant consultables intégralement et gratuitement en ligne ont été retenus.

## **E. Méthode de sélection et d'analyse des articles**

Un diagramme de flux selon la méthode PRISMA a été utilisé pour illustrer la façon dont les articles ont été sélectionnés (Annexe III).

Grâce à l'utilisation de la grille de niveau de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS), la détermination du niveau de preuve des différents articles a été possible.

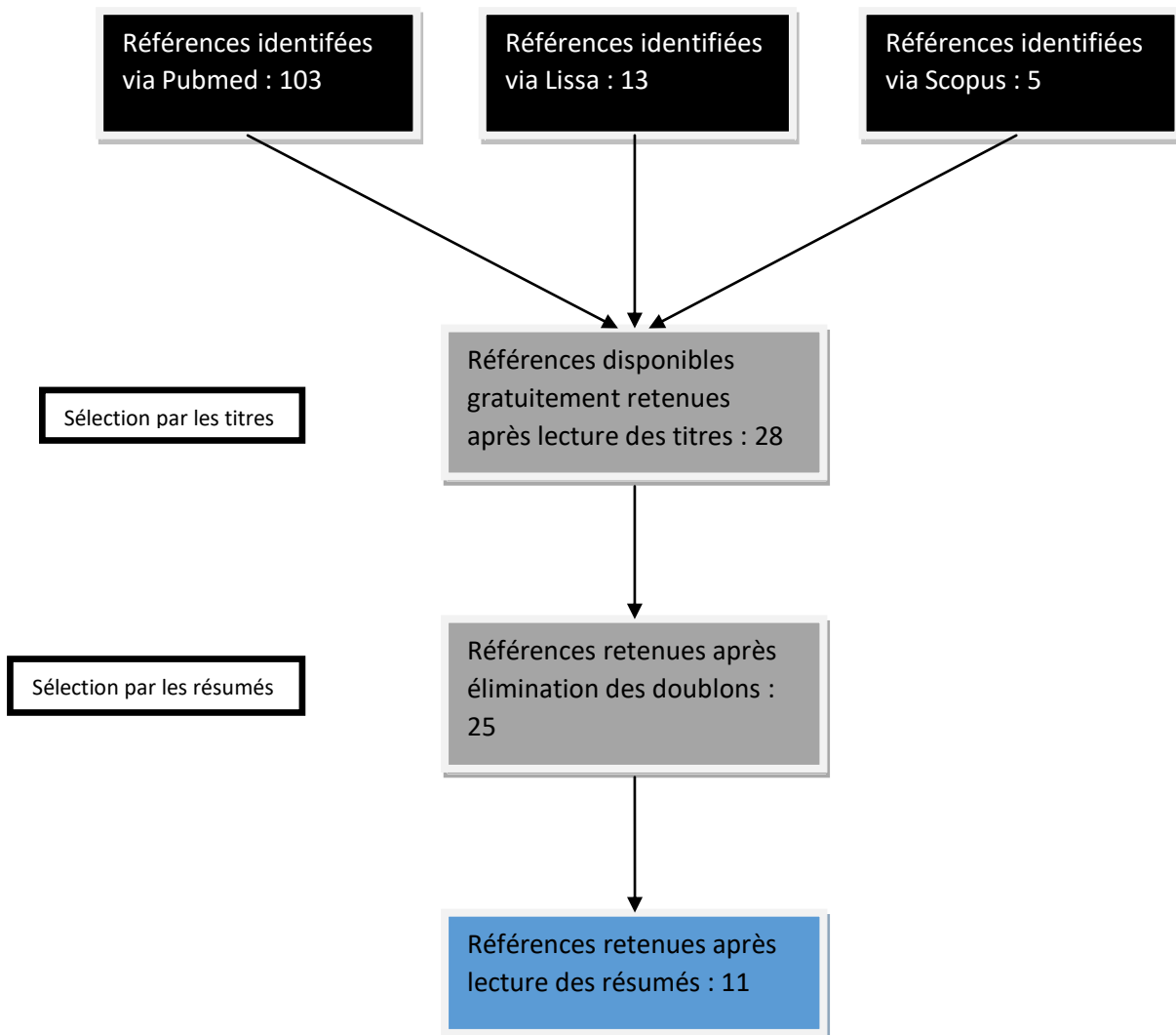
Une grille de lecture a été utilisée pour analyser les différents articles :

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion

# III – RESULTATS

## A. Sélection des études

Les recherches à partir des différentes bases de données ont permis d'identifier 103 articles sur Pubmed, 13 sur Lissa et 5 sur Scopus. Après lecture des résumés, éliminations des doublons et des articles payants, 11 études ont finalement été retenues : 3 revues de littérature et 8 études de cohorte.



## **B. Présentation de la littérature**

Etude n°1 : *Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques.* Séjourné N, De la Hammaide M, Moncassin A, O'Reilly A, Chabrol H (16).

Etude n°2 : *État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature.* Denis A, Callahan S (11).

Etude n°3 : *L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress post traumatique et variables associées.* Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H (17).

Etude n°4 : *Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare.* Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W (18).

Etude n°5 : *Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum.* Boudou M, Séjourné N, Chabrol H (19).

Etude n°6 : *Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study.* Lopez U, Meyer M, Loures V, Iselin-Chaves I, Epiney M, Kern C, Haller G (20).

Etude n°7 : *Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review.* Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS (21).

Etude n°8 : *Posttraumatic stress disorder after vaginal delivery at primiparous women.* Milosavljevic M, Lecic Tosevski D, Soldatovic I, Vukovic O, Miljevic C, Peljto A, Kostic M, Olff M (22).

Etude n°9 : *Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period*. Rowlands IJ, Redshaw M (23).

Etude n°10 : *Pharmacologic labour analgesia and its relationship to postpartum psychiatric disorders : a scoping review*. Munro A, MacCormick H, Sabharwal A, George RB (24).

Etude n°11 : *The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks post partum : a prospective cohorte study in one English maternity unit*. M. Furuta, J. Sandall, D. Cooper, D. Bick (25).

## **C. Etude de la littérature**

Ces onze études ont donc été consultées et analysées à l'aide des tableaux d'extraction de données (Annexe IV) afin d'en ressortir les éléments pouvant prédire la survenue d'ESPT après l'accouchement. Pour une question de clarté, il a été choisi de classer les résultats obtenus selon trois catégories : facteurs de risque maternels, fœtaux et obstétricaux.

### **1. Facteurs maternels**

#### a. Caractéristiques socio-démographiques

Parmi nos 11 études, une seule a présenté une association entre l'ethnie et la survenue d'ESPT. En effet U. Lopez et al. ont retrouvé un nombre proportionnellement plus important d'ESPT chez les femmes non européennes dans une maternité en Suisse (20).

#### b. Caractéristiques psychologiques

Une vulnérabilité psychologique antérieure à la grossesse peut être un point de départ pour la survenue d'ESPT, comme le montrent certains articles, notamment les femmes ayant eu un suivi psychiatrique avant leur grossesse (11) (20) (21).

### c. Antécédents obstétricaux et gynécologiques

Il a été montré que certains traumatismes antérieurs tels qu'une précédente fausse couche, mort périnatale ou agression sexuelle sont d'éventuels facteurs de risque pour le développement d'ESPT (11) (20) (21). Les antécédents d'IVG ou d'infertilité, d'après une étude, semblent également fortement liés à la survenue de la pathologie (18).

### d. Primiparité

Un écrit de Séjournée et al. a retrouvé un taux d'ESPT à six semaines post partum plus important chez les femmes primipares par rapport aux multipares (16). Une autre étude a montré que la primiparité était un prédicteur de dissociation périnatale (26), et donc un possible point de départ d'ESPT (19). De plus, un autre de ces articles dont l'échantillon était constitué de primipares uniquement, a présenté dans ses résultats un taux d'ESPT de 13,6%, ce qui est supérieur aux précédentes études sur le sujet (18).

### e. Douleur

La relation entre la douleur durant le travail et l'accouchement, et la survenue d'ESPT a été largement étudiée dans la littérature. Une de nos études de cohorte a en effet montré une corrélation entre la douleur de l'accouchement et les symptômes de stress post traumatique constatés par questionnaires (16). Denis et al. ont retrouvé dans leur revue de littérature des résultats allant également dans ce sens (11). Munro et al., également dans une revue de littérature, ont répertorié des méta-analyses trouvant un lien entre intensité de la douleur et ESPT (24).

Mais la douleur reste subjective, et la dimension affective de cette douleur par les patientes semblerait jouer un rôle important dans la survenue d'ESPT. En effet Boudou et al. ayant utilisé l'échelle de douleur de St Antoine (QDSA) dans leur questionnaire en post partum, ont retrouvé uniquement la dimension affective de la douleur comme étant significative, et non l'intensité (19).

f. Niveau de soutien social

Nombreuses sont nos études sélectionnées mettant en lien ESPT et solitude durant le travail et l'accouchement. Le manque de soutien social, en particulier l'absence de conjoint semble augmenter le risque d'ESPT dans le post partum (11) (18) (20) (21) (22).

Le manque de soutien par l'équipe médical aurait également un impact négatif sur la perception de la femme sur son propre accouchement. Ceci augmenterait le risque de survenue de la pathologie par la suite (11) (21).

g. Vécu subjectif de l'accouchement

Concernant le vécu subjectif de l'accouchement, certains éléments peuvent favoriser la survenue de la pathologie, notamment la perception de complications pour soi durant l'accouchement (18), mais aussi le sentiment de contrôle par la patiente lors de l'expérience vécue. En effet deux études ont montré qu'un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle pouvait être un élément prédictif (11) (18), tandis qu'une autre a montré qu'un sentiment de contrôle plus élevé réduisait l'incidence des symptômes de stress post traumatique (25). Et enfin la détresse émotionnelle ressentie par les patientes est également, d'après certains écrits, un facteur aggravant majeur (18) (19) (21).

h. Réactions dissociatives

Les réactions de dissociation sont une perte de contact avec la réalité pour supporter l'évènement traumatique (26). Lorsqu'elles surviennent pendant l'accouchement, elles peuvent prédire un futur ESPT d'après certaines études. C'est ce qu'ont démontré Lopez et al. en interrogeant les patientes ayant accouché par césarienne grâce à un score de dissociation périnatale (PDEQ), ils ont ainsi mis en avant une forte corrélation entre le fait d'avoir eu des symptômes dissociatifs durant l'accouchement et la survenue d'un ESPT par la suite (20). Une autre de nos études ayant utilisé le même score a retrouvé des résultats significatifs également (18). Mais celle de Boudou et al., quant à elle, n'a pas permis de classer les réactions dissociatives comme variables prédictives (19).

## **2. Facteurs foetaux**

### **a. Prématurité**

Un de nos articles présentant l'impact de l'accouchement prématuré sur les symptômes de stress post traumatique, déclare qu'environ 30% des femmes participant à l'étude ont présenté des symptômes de SPT dans le mois suivant l'accouchement, et que la prévalence semblerait liée à l'intensité de la prématurité (17). D'autres données sur ce sujet dans la littérature vont également dans ce sens (21).

### **b. Nombre de jours d'hospitalisation du nouveau-né**

Le score d'ESPT chez les mères était fortement associé au nombre de jours d'hospitalisation des nouveau-nés, dans notre étude de Montmasson et al. sur l'accouchement des femmes primipares (18).

### **c. Complications néonatales**

On retrouve dans la littérature de nombreuses études ayant démontré que la survenue de complications néonatales à l'accouchement pouvait entraîner un risque accru d'ESPT pour la mère, notamment un faible poids de naissance du nouveau-né, une asphyxie périnatale et la nécessité d'une prise en charge pédiatrique à la naissance avec une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (21). Mais il est à noter qu'une de nos études n'a pas retrouvé, contrairement aux autres, de lien entre complications néonatales et ESPT (20).

## **3. Facteurs obstétricaux**

### **a. Complications obstétricales**

Il existe un vaste panel de complications obstétricales probables lors du travail et de l'accouchement, en particulier concernant le mode d'accouchement. La césarienne en urgence a été retrouvée comme un facteur de risque majeur pour près de la moitié de nos études sélectionnées (11) (20) (21) (22) (25). Un seul de nos articles n'a pas classé ce mode d'accouchement comme pouvant prédire un ESPT (18).



L'accouchement par extraction instrumentale semble également être un facteur favorisant (11) (20) (21) (22). Une étude anglaise de Rowlands et al. a même retrouvé un taux de symptômes de stress post traumatique à un mois du post partum plus élevé chez les femmes ayant accouché par forceps ou ventouses que celles ayant donné naissance par césarienne (23).

D'autres complications semblent également être des facteurs prédictifs, notamment la pré-éclampsie (11) (20) (21). Les symptômes de stress post traumatique sont aussi augmentés dans le cadre d'une morbidité maternelle sévère pendant l'accouchement, d'après un de nos articles (25).

#### b. Durée du travail

Chez certaines femmes, le fait d'avoir estimé leur durée de travail comme ayant été importante semble augmenter l'incidence d'ESPT (11) (18).

#### c. Interventions obstétricales

Un lien a été établi entre les interventions obstétricales vécues par les parturientes et la survenue de symptômes de la pathologie (11) (22). En effet pour exemple, Boudou et al. ont retrouvé un nombre significatif de patientes atteinte de dissociation périnatale dans un contexte de déclenchement du travail (19).

#### d. Anesthésie

L'anesthésie pourrait être un facteur prédictif d'ESPT, notamment les complications liées à l'anesthésie d'après un de nos articles, et le fait que la patiente demande une sédation supplémentaire durant sa césarienne (20). Par contre, le type d'anesthésie n'a pas été retrouvé comme étant un facteur prédisposant, ni le fait d'avoir été pris en charge par un futur anesthésiste en formation ou d'avoir reçu une information jugée insuffisante sur la prise en charge anesthésique (20).

## **IV - DISCUSSION**

### **A. Analyse des résultats**

Nos études sélectionnées retrouvent dans l'ensemble, sauf exception, des résultats assez similaires. Elles nous indiquent que certains éléments d'informations personnelles étant recueillis lors de la grossesse peuvent être déterminants le jour de l'accouchement, et ont un éventuel rôle à jouer quant à la survenue d'un ESPT chez une patiente dans le post partum. Il semble donc important de réaliser une anamnèse consciencieuse au début de grossesse, notamment sur les antécédents psychologiques mais aussi gynécologiques et obstétricaux.

Concernant le déroulé du travail et de l'accouchement, la douleur ayant été retrouvée comme facteur favorisant majeur, il convient d'être d'autant plus vigilant en maternité chez les femmes ayant accouché sans péridurale ou pour lesquelles la péridurale n'a pas été efficace.

Ces études nous ont montré que le vécu subjectif de l'accouchement comptait énormément dans la survenue d'ESPT. Il paraît donc essentiel de dialoguer davantage sur ce sujet avec les patientes à la suite de leur accouchement pour déceler une éventuelle importante détresse ressentie pendant le travail ou même des réactions de dissociation pendant l'accouchement. Celles-ci étant un facteur prédictif majeur, il serait intéressant de former les professionnels à repérer les signes de réaction dissociative durant le suivi post natal.

Dans la plupart de ces articles, le parallèle était fait entre dépression post natale (DPN) et état de stress post traumatique. Certaines études ont retrouvé une comorbidité entre les deux pathologies (16) (18). Une d'entre elles suggère même que la présence de symptômes de stress post traumatique après l'accouchement augmente le risque de développer une DPN par la suite (19).

Un stress aigu en maternité pourrait prédire d'un futur ESPT chronique (18). Certains symptômes de stress post traumatique observés en maternité ne sont donc pas à négliger car ces symptômes pourraient potentiellement se chroniciser.

Dans tous ces articles, la prévalence d'ESPT a pu être minimisée, et certains le soulignent, car l'un des symptômes d'ESPT est l'évitement (annexe I). Et ces études se basant principalement sur des questionnaires, il existe un risque important de non participation à l'étude ou de pertues de vue durant l'étude (19) (21).

Nous constatons de plus que ces éléments et évènements prédictifs sont pour la plupart difficilement évitables, et donc qu'il est peu aisé d'anticiper la prise en charge de ces femmes avant l'accouchement. Cette prise en charge doit être organisée juste après, dès le séjour en maternité.

## **B. Choix du sujet**

L'impact psychologique que peut avoir l'accouchement chez certaines femmes à été longtemps minimisé, voire ignoré. La dépression post natale (DPN), est aujourd'hui largement reconnue et fait l'objet de nombreux enseignements durant les études de sage-femme (27). L'état de stress post traumatique, quant à lui, est simplement évoqué. Il est pourtant tout aussi important et ses conséquences seront au moins similaires à la DPN.

Ce travail avait donc pour objectif de sensibiliser les professionnels à propos de cette pathologie psychiatrique, et leur permettre d'adapter leur prise en charge en fonction des facteurs de risques identifiés chez leurs patientes. L'ESPT pouvant être diagnostiqué un mois après l'accouchement (4), la visite post natale est donc une consultation essentielle pour permettre le diagnostic de la pathologie (28). Les patientes à risque devraient, à cette occasion, faire l'objet d'une vigilance accrue de la part des professionnels de santé.

### **C. Forces et limites de l'étude**

Cette revue de littérature avait pour but de permettre à tout lecteur de s'approprier la bibliographie de l'étude librement et facilement, et de pouvoir consulter gratuitement toutes les sources citées. Mais ce choix de sélection des articles a créé un biais de publication, car certaines études potentiellement intéressantes mais non accessibles gratuitement ont été écartées, éliminant de ce fait certains facteurs de risque non présents dans nos articles sélectionnés. La liste des facteurs prédictifs que nous avons retrouvés n'est donc certainement pas exhaustive.

De plus, ces études sont pour la plupart de faible niveau de preuve scientifique, observationnelles avec de petites cohortes, ce qui réduit l'impact scientifique de cet écrit. Et ces études de cohorte basent leur méthodologie sur des échelles de mesure de symptômes du stress post traumatique, mais ces échelles ne sont pas toutes des outils diagnostics officiels.

Les bases de données en ligne consultées ont été limitées à trois, limitant par conséquent l'étendue de la recherche. De plus, se pourrait que la liste de synonymes sélectionnés pour la recherche ne soit pas exhaustive non plus.

Néanmoins cette revue permet à tout professionnel de s'en approprier pour renforcer ses connaissances et permettre une meilleure prise en charge psychologique des nouvelles accouchées.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude en établissant un questionnaire personnalisé pour les patientes présentant ces facteurs de risque en maternité.

## **V – CONCLUSION**

Ce travail a confirmé le fait, par tous ces articles étudiés, que l'accouchement augmente véritablement le risque de développer un ESPT dans la période post natale. Il a également permis l'identification de nombreux facteurs de risque d'ESPT après l'accouchement dans la littérature. Nos études sont, pour la plupart, en accord concernant ces facteurs favorisants, même si la prévalence de la pathologie varie d'une étude à l'autre. Des questionnaires avec échelles de mesure d'ESPT permettent d'identifier les patientes les plus à risque et présentant des symptômes de stress post traumatique après leur accouchement.

Une formation des professionnels sur cette pathologie, ainsi que sur ses risques et ses facteurs de risque permettrait de diagnostiquer un plus grand nombre de ces patientes et de leur venir en aide plus rapidement.

De plus, il semble essentiel de renforcer la surveillance de ces femmes après leur sortie de maternité, en particulier celles étant les plus à risque de développer ces troubles. La HAS recommande de réaliser un entretien post natal précoce (EPNP) environ deux semaines après l'accouchement, qui est un temps d'échange pour permettre aux femmes de parler de leur vécu par rapport à leur accouchement, et de pouvoir exprimer leurs difficultés et leurs doutes (28). Cette consultation, encore peu connue des professionnels et des patientes, permettrait de repérer certaines fragilités chez ces nouvelles mères. Le travail en réseau de périnatalité entre les différents professionnels est essentiel pour pouvoir orienter ces patientes et leur offrir la meilleure prise en charge possible. C'est tout le travail de la HAS, pour qui les troubles psychiques périnataux sont un véritable enjeu de santé publique (2).

Ce mémoire pourrait être poursuivi et approfondi par l'établissement d'un questionnaire se basant sur des échelles de mesures validées scientifiquement, et qui permettrait d'étudier la prévalence d'ESPT chez les femmes ayant accouché dans les différentes maternités du Finistère, ainsi que les facteurs de risques retrouvés chez ces patientes.

## VI – BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles [Internet]. Janvier 2021. [cité mars 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
2. Haute Autorité de Santé. Repérage, diagnostic, et prise en charge des troubles psychiques périnataux [Internet]. Novembre 2020. [cité mars 2021]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinataux-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinataux-note-de-cadrage)
3. Santé Publique France. Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un évènement traumatique ? [Internet]. Mars 2020 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats#block-224852>
4. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition (DSM-5) Washington, American Psychiatric Association. 2013.
5. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 1 déc 2008;34(6):577-583.
6. Vial F, Guerci P, Dewandre PY, Benhamou D. Syndrome de stress post-traumatique et césarienne. *Douleur Analgésie*. 1 juin 2016;29(2):84-87.
7. Bydlowski Monique. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses Universitaires de France. 2008.
8. Deneux-Tharoux C, Saucedo M. Inserm U1153, équipe EPOPé. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France [Internet]. 2012 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1196240/epidemiologie-de-la-mortalite-maternelle-en-france>

9. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
10. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosse S. Journal de Gynecologie Obstétricale et Biologie de la Reproduction. Hémorragies du post-partum. 2004 ; Volume 33, supplément au n° 8.
11. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. J Thérapie Comport Cogn. 1 déc 2009;19(4):116-9.
12. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence of contributing factors. Birth 2000;27:104—11
13. Sentilhes L, Maillard F, Brun S, Madar H, Merlot B, Goffinet F, et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. Sci Rep. 18 août 2017;7(1):8724
14. Cochrane France. Glossaire, une revue systématique [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://france.cochrane.org/lexique>
15. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. 2013 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur : [https://www.hassante.fr/jcms/c\\_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonnepratique-etat-des-lieux](https://www.hassante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonnepratique-etat-des-lieux)
16. Séjourné N, De la Hammaide M, Moncassin A, O'Reilly A, Chabrol H. Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 sept 2018;46(9):658-663.
17. Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2014;42(11):749-754.

18. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2012;41(6):553-560.
19. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en postpartum. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 nov 2007;35(11):1136-1142.
20. Lopez U, Meyer M, Loures V, Iselin-Chaves I, Epiney M, Kern C, et al. Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia : a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2 juin 2017;15(1):118.
21. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth : a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(11):1261-1272.
22. Milosavljevic M, Lecic Tosevski D, Soldatovic I, Vukovic O, Miljevic C, Peljto A, et al. Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Sci Rep*. 8 juin 2016;6(1):27554.
23. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 nov 2012;12(1):138.
24. Munro A, MacCormick H, Sabharwal A, George RB. Pharmacologic labour analgesia and its relationship to postpartum psychiatric disorders : a scoping review. *Can J Anesth Can Anesth*. 1 mai 2020;67(5):588-604.
25. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum : a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 avr 2014;14:133.
26. David Spiegel, MD, Stanford University School of Medicine. Le manuel MSD [Internet]. Mars 2019 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-dissociatifs/revue-générale-des-troubles-dissociatifs?query=dissociation>



27. Hôpitaux universitaires de Genève. Qu'est ce qu'une dépression périnatale ? [Internet]. Juin 2020 [cité 16 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.hug.ch/depression-perinatale/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>

28. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique, Sortie de maternité après l'accouchement [Internet]. Mars 2014 [cité 16 fév 2021]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes)

## VII – ANNEXES

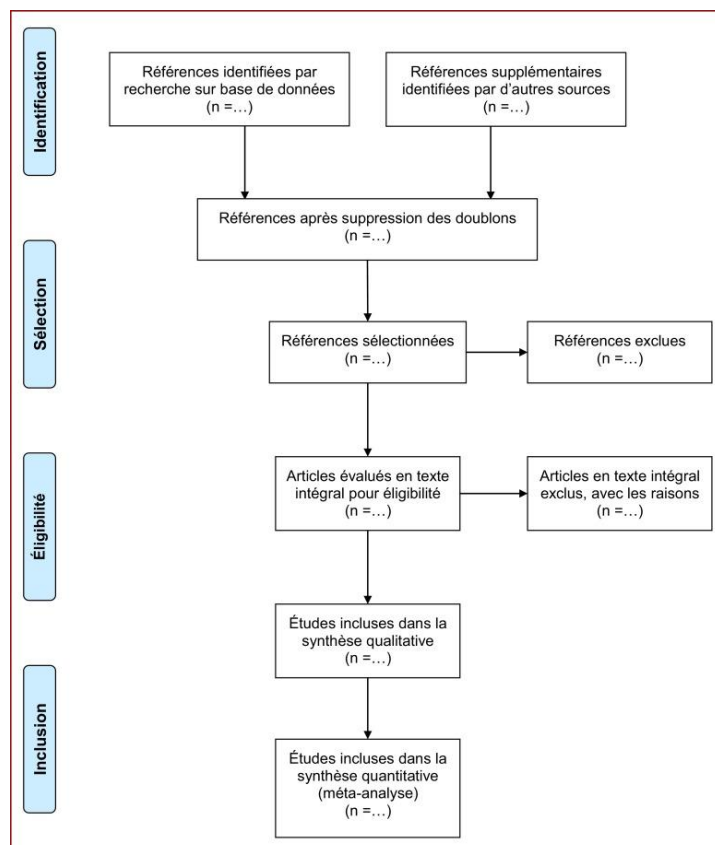
### Annexe I : Fiche récapitulative des critères diagnostiques du DSM-V pour le trouble de stress post traumatique

<b>Critère A</b>	<p>Avoir été confronté à un danger de mort pour soi-même ou autrui, à une blessure grave ou à des violences sexuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En étant directement exposé à l'évènement traumatisant</li> <li>- En étant témoin direct</li> <li>- En apprenant que l'évènement est arrivé à une (des) personne(s) proche(s)</li> <li>- En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails concernant un évènement traumatisant</li> </ul>
<b>Critère B</b>	<p>Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion apparus après que l'évènement traumatisant se soit produit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants</li> <li>- Rêves récurrents de l'évènement provoquant un sentiment de détresse</li> <li>- Réactions dissociatives (flashbacks) au cours desquelles la personne se retrouve comme replongée au cœur de l'action de l'évènement</li> <li>- Sentiment de détresse psychique lors d'exposition à des situations/choses rappelant l'évènement</li> <li>- Réactions physiologiques lors d'exposition à des situations/choses rappelant l'évènement</li> </ul>
<b>Critère C</b>	<p>Evitement des stimuli associés à l'évènement traumatisant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'évènement</li> <li>- Evitement des rappels externes (lieux, personnes, activités) qui ramènent à l'esprit des souvenirs et sentiments pénibles de l'évènement</li> </ul>
<b>Critère D</b>	<p>Altération de la cognition et de l'humeur depuis l'évènement traumatisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité à se souvenirs d'éléments importants de l'évènement</li> <li>- Croyances négatives et exagérées à propos de soi-même, des autres, du monde</li> <li>- Idées déformées persistantes poussant la personne à se blâmer ou à blâmer quelqu'un d'autre pour ce qu'il s'est passé</li> <li>- Etat émotionnel négatif persistant</li> <li>- Réduction de l'intérêt pour des activités importantes</li> <li>- Sentiment de détachement ou d'être étranger par rapport aux autres</li> <li>- Incapacité à ressentir des émotions positives</li> </ul>
<b>Critère E</b>	<p>Grandes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité depuis l'évènement traumatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilité et accès de colère</li> <li>- Comportement irréfléchi ou autodestructeur</li> <li>- Hypervigilance</li> <li>- Réactions de sursaut exagérées</li> <li>- Troubles de la concentration</li> <li>- Troubles du sommeil</li> </ul>
<b>Critère F</b>	La perturbation (critères précédents) dure plus d'un mois
<b>Critère G</b>	La perturbation entraîne des difficultés dans les relations sociales, professionnelles, ou toute autre dimension importante du fonctionnement
<b>Critère H</b>	La perturbation n'est pas attribuable aux effets d'une substance toxique ou à toute autre affection

## Annexe II : Grille de niveau de preuve de l'HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

## Annexe III : Diagramme de flux (PRISMA)



## Annexe IV : Tableaux d'extraction des données

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°1 :</u></p> <p><i>Etude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques</i></p> <p>2015</p> <p>N. Séjourné*, M. De la Hammaide, A. Moncassin, A. O'Reilly, H. Chabrol</p>	<p>Explorer le lien entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, la symptomatologie dépressive et le stress post traumatique en post-partum.</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Population : 146 femmes ayant accouché par voie basse, entre 37 et 41 SA, âge entre 18 et 41 ans 2 maternités de type II</p> <p><u>Outils de mesure : différents questionnaires :</u></p> <p>- <b>Douleur durant l'accouchement (QDSA) :</b> 58 adjectifs répartis en 16 catégories, avec dimensions sensorielles et affectives (note de 0 à 4) Les dimensions sensorielles et affectives possèdent respectivement 9 et 7 catégories, soit un score max de 36 et 28, et au total un score entre 0 et 64.</p> <p>- <b>Douleur du post partum (EVA) :</b> de 1 à 10 pour chaque zone ciblée (utérus, seins...)</p> <p>- <b>Dramatisation de la douleur (PCS) :</b> 13 items présentant des pensées liées à la douleur, avec fréquence notée de 0 à 4. Si score &gt; 30 : dramatisation avérée</p> <p>- <b>Satisfaction de l'accouchement (CEQ) :</b> 3 échelles de 0 à 100 puis 19 items avec notation de 0 à 4. Si score élevé : satisfaction élevée.</p> <p>- <b>Réaction de détresse émotionnelle (IDP) :</b> 13 items cotés de 0 à 4. Si score élevé : détresse importante.</p> <p>- <b>Symptomatologie dépressive (EPDS) :</b> 10 items, score de 0 à 30. Si score &gt; 12 : DPP</p> <p>- <b>Symptômes de stress post traumatique (IES-R) :</b> 22 items avec 3 dimensions de l'ESPT, échelle en 5 points, score total entre 0 et 88. Si score &gt; 36 : ESPT</p> <p>Les questionnaires d'évaluation QDSA, EVA, EPDS ont été délivrés en maternité (entre 2 et 4 jours PP) puis à 6 semaines PP, PCS, CEQ, IDP l'ont été seulement en maternité, et IES-R seulement à 6 semaines.</p>	<p><u>De façon descriptive :</u></p> <p>- Stress post traumatique : 2,75% à 6 semaines PP</p> <p>- Seule différence entre primipares et multipares : résultats plus élevés pour les symptomatologies dépressives et traumatiques chez les primipares.</p> <p>- Pas de différence entre primipare et multipare concernant la douleur de l'accouchement</p> <p><u>Corrélations :</u></p> <p>Lien entre les symptômes dépressifs et l'état de stress post traumatique</p>	<p>Petite cohorte.</p> <p>Seulement sur 2 maternités de niveau II</p> <p>L'utilisation ou non de l'anesthésie péridurale n'a pas été prise en compte dans les résultats. Idem pour l'utilisation ou non de paracétamol dans le post-partum.</p> <p>Concernant le questionnaire de dramatisation de la douleur : complété après l'accouchement et non avant</p>	<p>Peu de pertes de vue entre temps 1 et temps 2 : 27/136</p> <p>Questionnaires qui se basent sur des échelles numériques, psychologiques, de satisfaction approuvés scientifiquement</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Rôle de la douleur de l'accouchement dans la survenue de symptômes de stress post traumatique, mais seulement partiellement : pas de lien net établi avec la douleur de l'accouchement.</p> <p>Les femmes primipares d'avantage sujettes aux symptômes de stress post traumatique.</p> <p>Détresse péri-traumatique : pas un prédicteur significatif d'ESPT.</p> <p>Ici, pas d'évaluation de la prise en charge des femmes et de la satisfaction du suivi du post partum.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°2 :</u></p> <p><i>Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature</i></p> <p>2009</p> <p>Anne Denis*, Stacey Callahan</p>	<p>Présenter une synthèse des principales études épidémiologiques sur l'ESPT après un accouchement classique.</p>	<p><b>Revue de littérature</b></p> <p>Bases de données : Medline et PsycINFO</p> <p>Mots clés utilisés seuls ou en association : childbirth, post traumatic stress disorder, traumatic birth, birth experience</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : études traitant l'ESPT en lien avec l'accouchement classique, d'un enfant vivant et sans pathologie.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : études traitant l'ESPT en lien avec un enfant prématuré, une mortalité néonatale ou périnatale, une fausse couche</p>	<p><b>36 articles retenus</b></p> <p><i>(Il a été choisi de ne présenter que les résultats entrant dans le thème)</i></p> <p><u>Facteurs de risque retrouvés : 3 thèmes généraux :</u></p> <p>- <b>Perception de l'expérience vécue</b> (douleur, contrôle, soutien social)</p> <p>- <b>Caractéristiques psychologiques de l'accouchée</b> (ATCD de fausse couche, de mort périnatale, d'agression sexuelle, de soins psy)</p> <p>- <b>Niveau de médicalisation pendant l'accouchement</b> (césarienne en urgence, extraction instrumentale, travail long)</p>		<p>Niveau de preuve élevé</p> <p>Nombre important d'articles étudiés</p>	<p>Grade A Niveau 1</p>	<p>Aucun traitement pour l'ESPT post natal. Des travaux devraient être investis à ce sujet.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°3 :</u></p> <p><i>L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress post traumatique et variables associées</i></p> <p>2012</p> <p>N. Goutaudier*, N. Séjourné, E. Bui, N. Cazenave, H. Chabrol</p>	<p>Relever la prévalence de femmes qui développent un ESPT suite à un accouchement prématuré</p> <p>Dégager les variables associées à l'ESPT</p>	<p><b>Etude prospective transversale</b></p> <p>Population : 110 femmes majeures et françaises ayant accouché avant 37 SA, dans les 4 semaines suivant leur retour à la maison avec leur enfant. Période allant de novembre 2011 à septembre 2012.</p> <p><u>Questionnaire sur internet regroupant différents sous-questionnaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anamnèse</b> (données psychologiques, sociologiques, obstétricales, satisfaction grossesse et accouchement).</li> <li>- <b>Symptômes de stress post traumatique (IES-R) :</b> 22 items avec 3 dimensions de l'ESPT, échelle de 0 à 4 points, score maximum de 88. Si score &gt; 35 : ESPT</li> <li>- <b>Symptomatologie dépressive (EPDS) :</b> 10 items côtés de 0 à 3, score maximum de 30. Si score &gt; 12 : DPP</li> <li>- <b>Qualité de la relation conjugale (DAS-16) :</b> 16 items côtés de 0 à 5 Si score élevé : relation de qualité</li> <li>- <b>Soutien social par le conjoint (MSPSS) :</b> 12 items côtés de 1 à 7, score entre 12 et 84.</li> </ul> <p><u>Analyses statistiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrélations de Pearson pour mesurer les liens entre les scores à l'IES-R et les scores d'autoévaluation</li> <li>- Analyse de régression multiple pour dégager les facteurs prédictifs des SSPT. (seuil de significativité fixé à 0,05)</li> </ul>	<p><i>(Il a été choisi de ne présenter que les résultats entrant dans le thème)</i></p> <p>30% des femmes présentent un potentiel ESPT après un accouchement avant terme d'après l'IES-R</p> <p>Les symptômes de stress post traumatique sont plus importants chez les femmes ayant accouché par césarienne (<math>p &lt; 0,05</math>)</p>	<p>Petite cohorte</p> <p>Diagnostic d'ESPT seulement par auto-questionnaires (est-ce assez fiable ?)</p> <p>Pas de précisions demandées sur le type de traumatisme éventuel dans le questionnaire anamnestique, et limité aux 24 derniers mois</p> <p>Impact du format en ligne du questionnaire sur le taux important d'ESPT ?</p>	<p>Résultats dans l'ensemble semblables à d'autres études menées auparavant</p> <p>Suivi psychologique à la suite de l'étude pour les femmes qui le souhaitaient</p>	<p>Grade B Niveau 2</p>	<p>Pas de relation retrouvée entre qualité de la relation conjugale et la survenue d'ESPT. Idem concernant la qualité du soutien social par le conjoint : peut être que les femmes recherchent le soutien d'une autre personne (équipe médicale, famille...).</p> <p>Il pourrait être intéressant de voir l'impact d'un ATCD d'abus sexuel sur le vécu de l'accouchement.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°4 :</u></p> <p><i>Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique chez la primipare</i></p> <p>2020</p> <p>H. Montmasson*, P. Bertrand, F. Perrotin, Wissam El-Hage</p>	<p>Déterminer les facteurs prédictifs éventuels de l'ESPT chez la primipare, en prenant en compte dimensions obstétricales mais aussi psychiatriques.</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Population : 314 femmes primipares majeures ayant accouché d'enfants vivants, en maternité de niveau III, sur une période de 4 mois.</p> <p>Critère d'exclusion : non maîtrise de la langue française, et/ou difficultés intellectuelles rendant le consentement impossible à obtenir.</p> <p><u>Auto-questionnaires pendant le séjour à la maternité puis entre 3 et 6 mois post-partum :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les événements de vie stressants (EVS) :</b> Evaluation à l'aide d'une liste exhaustive extraite d'un entretien pour évaluer la sévérité de l'ESPT.</li> <li>- <b>Vécu subjectif de l'accouchement :</b> Description du déroulement de l'accouchement et de la perception par la femme des complications</li> <li>- <b>Personnalité de la patiente (QPT) :</b> Pour diagnostiquer d'éventuels troubles de la personnalité. 197 items regroupés en 6 rubriques</li> <li>- <b>Symptomatologie dépressive (EPDS) :</b> 10 items, chacun côté de 0 à 3. Si score &gt; 11,5 : DPP</li> <li>- <b>Anxiété trait-état (STAI) :</b> Pour évaluer indépendamment l'anxiété actuelle et l'anxiété de base. Items côtés de 0 à 4. Si score &gt; 40 : haut niveau d'anxiété</li> <li>- <b>Symptômes dissociatifs pendant l'accouchement (PDEQ) :</b> 10 items côtés selon l'intensité Si score &gt; 24 : haut niveau de dissociation périnatale</li> <li>- <b>Symptômes d'ESPT (PPQ) :</b> 14 items Si score &gt; 6 : ESPT</li> </ul> <p><u>Analyses statistiques :</u></p> <p>A l'aide du logiciel SPSS Analyses univariées puis régression binaire pour trouver une association significative entre les facteurs</p>	<p><i>(Il a été choisi de ne présenter que les résultats entrant dans le thème)</i></p> <p><b>ESPT stable dans le temps :</b> 12,7% à la maternité (stress aigu) et 13,6% à distance de l'accouchement.</p> <p><u>Association significative entre ESPT et :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de jours d'hospitalisation du nouveau-né</li> <li>- score de dissociation pendant l'accouchement</li> <li>- temps de travail estimé très long</li> <li>- perception de complications pour soi pendant l'accouchement</li> <li>- solitude (célibat ou divorce)</li> <li>- ATCD d'IVG</li> <li>- infertilité</li> </ul> <p>La césarienne (en urgence ou programmée) n'est pas un facteur favorisant l'ESPT dans cette étude.</p>	<p>Beaucoup de pertues de vue entre la première période de l'étude et la seconde (102/314)</p> <p>Parmi les pertues de vue : femmes plus jeunes, avec tendance à la consommation de cannabis, à la symptomatologie dépressive et à la personnalité borderline</p>	<p>Cohorte modérément importante</p> <p>Etude n'incluant que des primipares, donc évite à l'étude un biais (car il a déjà été prouvé que primiparité et multiparité n'apportent pas le même risque d'ESPT)</p> <p>Comparaison des résultats avec d'autres études</p> <p>Volonté de prise en compte simultanée des éléments obstétricaux et psychologiques pouvant influencer la survenue d'ESPT</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Prévalence d'ESPT plus élevée que dans d'autres études, certainement car constituée uniquement de primipares (facteur favorisant).</p> <p>Importance significative du vécu subjectif de l'accouchement sur la survenue d'un éventuel ESPT.</p> <p>L'observation d'un stress aigu en maternité pourrait a priori être prédictive d'un futur ESPT chronique.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°5 :</u></p> <p><i>Douleur de l'accouchement, dissociation et détresses périnatales comme variables prédictives de stress post-traumatique en post-partum</i></p> <p>2007</p> <p>M. Boudou, N. Séjourné*, H. Chabrol</p>	<p>Explorer la contribution de la douleur de l'accouchement, de la détresse émotionnelle et des réactions dissociatives dans la survenue de symptômes de stress post traumatique</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Population : 117 femmes majeures, francophones, ayant accouché à terme, par voie basse dans les 24h, d'un enfant vivant en bonne santé</p> <p>Critères d'exclusion : femmes mineures, ayant accouché avant 37 SA, par césarienne, dont l'enfant a été hospitalisé en néonatalogie, et/ou ayant eu un suivant psychiatrique dans les 12 derniers mois.</p> <p><u>Questionnaires remplis dans les 24h post-partum :</u></p> <p>- <b>Douleur durant l'accouchement (QDSA) :</b> 58 adjectifs répartis en 16 catégories, avec dimensions sensorielles et affectives (note de 0 à 4)</p> <p>Les dimensions sensorielles et affectives possédant respectivement 9 et 7 catégories, soit un score max de 36 et 28, et au total score entre 0 et 64.</p> <p>- <b>Réaction de détresse émotionnelle (IDP) :</b> 13 items cotés de 0 à 4. Si score élevé : détresse importante.</p> <p>- <b>Symptômes dissociatifs pendant l'accouchement (PDEQ) :</b> 10 items cotés selon l'intensité Si score &gt; 24 : haut niveau de dissociation périnatale</p> <p><u>Questionnaires remplis à 6 semaines post-partum :</u></p> <p><b>Symptômes de stress post traumatique (IES-R) :</b> 22 items avec 3 dimensions de l'ESPT, échelle de 0 à 4 points, score maximum de 88. Si score &gt; 36 : ESPT</p> <p>- <b>Symptomatologie dépressive (EPDS) :</b> 10 items cotés de 0 à 3, score maximum de 30. Si score &gt; 11 : DPP</p> <p><u>Analyses statistiques :</u></p> <p>Avec le logiciel Statistica, des corrélations non paramétriques, comparaisons de groupe, et régressions multiples ont été effectuées</p>	<p><i>(Présentation uniquement des résultats concernant les facteurs prédictifs de l'ESPT)</i></p> <p>Taux de réponse : 79%</p> <p>Symptômes de SPT corrélés à la dimension affective de la douleur</p> <p>Primiparité, déclenchement : prédicteurs significatifs de dissociation périnatale</p> <p>ESPT probable : 1%</p> <p>Détresse émotionnelle : bon prédicteur de symptômes de stress post traumatique.</p>	<p>L'étude souligne que le symptôme d'évitement de l'ESPT a pu jouer un rôle chez certaines patientes n'ayant pas rempli le questionnaire à 6 semaines, et donc faire baisser le taux d'ESPT retrouvé à l'issue de l'étude.</p>	<p>Etude limitée aux situations physiologiques, permettant de repérer des variables prédictives moins évidentes</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Détresse périnatale : pas lié à l'intensité de la douleur mais plutôt aux réactions émotionnelles provoquées par la douleur.</p>



Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°6 :</u></p> <p><i>Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia : a prospective cohort study</i></p> <p>2017</p> <p>U. Lopez*, M. Meyer, V. Loures, I. Iselin-Chaves, M. Epiney, C. Kern and G. Haller</p>	<p>Déterminer le rôle des facteurs liés à l'anesthésie dans la survenue d'ESPT total ou partiel.</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Population : 280 femmes ayant accouché par césarienne dans une maternité de Genève (Suisse) de 2008 à 2011. Concerne les patientes césarisées de façon programmée ou en urgence, avec anesthésie générale ou neuroaxiale (rachianesthésie ou péridurale)</p> <p>Critères d'exclusion : barrière linguistique ou cognitive, et patientes ayant accouché le week-end.</p> <p><u>Recueil d'informations après l'accouchement :</u> Variables démographiques et facteurs psychosociaux, procédure anesthésique</p> <p><u>Questionnaire dans le post partum immédiat :</u> <b>Symptômes dissociatifs durant l'accouchement (PDEQ) :</b> 10 items cotés selon l'intensité</p> <p><u>A 6 semaines PP :</u> - <b>Questionnaire en ligne avec score de l'ESPT (PCLS) :</b> Si score <math>\geq 44</math> : ESPT - <b>Entretien téléphonique</b> par un psychologue</p> <p>Si diagnostic probable par un des moyens ci-dessus : Nouvel entretien téléphonique par un second psychologue.</p> <p><u>Analyse statistique :</u> Analyse de régression multiple</p>	<p>Taux d'ESPT total : 2,7% Taux d'ESPT partiel : 9,2%</p> <p>Facteurs de risque retrouvés : - Statut non européen - Fragilité psychologique antérieur - Réactions dissociatives importantes durant l'accouchement - Absence de conjoint - <b>Avoir demandé une sédation supplémentaire durant l'intervention</b> - Complications obstétricales - <b>Complications anesthésiques</b></p> <p>Complications néonatales et situations d'urgence n'ont pas été retrouvées comme étant des facteurs de risque. Le taux d'ESPT n'est pas influencé par le type d'anesthésie.</p> <p><b>La prise en charge par un futur anesthésiste en formation ou une insuffisance d'information sur la procédure n'ont pas augmenté le taux d'ESPT</b></p>	<p>Beaucoup de perdues de vue : seulement 60% des patientes incluses sont allées au bout de l'étude. Donc population affaiblie et donc perte de puissance de l'étude</p> <p>Biais du fait des critères d'exclusion</p>	<p>Première étude à montrer que les complications anesthésiques ont un impact sur le risque de survenue d'ESPT.</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Taux d'ESPT retrouvés semblables aux autres études.</p> <p>Il est possible que l'anesthésie joue un grand rôle, du fait qu'elle est tjrs utilisée en cas de césarienne.</p> <p>Parmi les perdues de vue entre le remplissage du questionnaire et l'appel téléphonique : beaucoup de femmes célibataires, ayant un niveau d'éducation inférieur et ayant des antécédents d'IVG et de traumatisme antérieurs.</p> <p>Un des symptômes de l'ESPT est l'évitement, donc le nombre de perdues de vue a peut-être diminué l'incidence réelle d'ESPT.</p> <p>Echantillon trop petit pour mesurer l'évolution des ESPT partiels et complet et les comparer. D'autres études devraient être menées à ce sujet.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°7 :</u></p> <p><i>Risks factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth : a systematic review</i></p> <p>2012</p> <p>Louise B. Andersen, Lisa B. Melvaer, Poul Videbech, Ronald F. Lamont, Jan S. Joergensen</p>	<p>Déterminer les facteurs pouvant causer un trouble de stress post traumatique après l'accouchement</p> <p>Identifier les femmes à risque de développer un ESPT après l'accouchement</p>	<p><b>Revue systématique de la littérature</b></p> <p>Recherche MEDLINE entre 2003 et 2010</p> <p>Sélection des articles par un diagramme de flux (PRISMA)</p> <p>Etablissement de la question de recherche par la méthode <b>PICOS :</b></p> <p><b>Population :</b> femmes donnant naissance à un enfant vivant</p> <p><b>Intervention :</b> facteurs de risques obstétricaux et psychosociaux perçus</p> <p><b>Comparaison :</b> ici pas de groupe témoin</p> <p><b>Résultats (Outcomes) ESPT</b></p> <p>Conception de l'étude (Study design) : études observationnelles</p> <p>Etudes incluses : prospectives, étudiant des femmes avec ou sans facteurs de risques, et déterminer l'impact individuel de ces facteurs de risque dans le développement d'un ESPT</p> <p><b>Mots MeSH :</b></p> <p>(Post traumatic stress disorder) AND (parturition OR obstetric labor complications OR delivery, obstetric OR cesarean section)</p> <p>Recherche libre : (PTSD) AND (birth OR obstetric complications OR cesarean section OR perineal tear)</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publications sur l'ESPT après l'accouchement</li> <li>- Etude réalisée dans un pays avec un système de santé semblable à l'Europe occidentale</li> <li>- Rédaction en anglais</li> <li>- Plus de 25 participants à l'étude</li> </ul> <p>Analyse approfondie des mesures de dépistage utilisées dans les études consultées, et de leur validité scientifique.</p> <p>Système d'évaluation pour classer les études selon leur fiabilité (de A à D)</p>	<p><b>27 études observationnelles et 4 revues de littérature ont été retenues</b></p> <p>Etudes observationnelles divisées en 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celles étudiant l'ESPT dans une population générale de parturientes</li> <li>- Celles se concentrant sur des groupes sélectionnées (étudiant uniquement les femmes ayant accouché par césarienne d'urgence par exemple)</li> </ul> <p><u>FDR les plus importants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Détresse subjective durant le travail</li> <li>- Urgences obstétricales (césarienne en urgence, extraction instrumentale)</li> </ul> <p><u>FDR dits intermédiaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres facteurs obstétricaux (pré-éclampsie)</li> <li>- Complications néonatales (prématurité, hypoxie, faible poids de naissance)</li> <li>- Fragilité mentale durant la grossesse (anxiété, dépression)</li> <li>- Faible niveau de soutien social (de la part du conjoint et/ou de l'équipe médicale)</li> <li>- Traumatisme antérieur (précédent accouchement traumatique ou antécédent d'abus sexuel)</li> </ul> <p><u>Résultats peu significatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée du travail</li> <li>- Niveau psycho-social</li> <li>- Grossesse non planifiée</li> <li>- Primiparité</li> <li>- Episiotomie et déchirure périnéale</li> </ul>	<p>Les résultats retrouvés peu significatifs pour certains critères peuvent résulter d'un biais dans ces études (biais de publication ou de sélection)</p> <p>Inclusion d'études n'étudiant pas uniquement l'ESPT « complet » mais aussi les symptômes ou les formes partielles d'ESPT</p>	<p>Cette étude a utilisé les critères stricts du DSM-IV contrairement à de nombreuses études qui utilisent des grilles de dépistage non standardisées</p> <p>Méthodologie très précise avec établissement d'un score de cotation pour classer les études et les revues selon leur fiabilité scientifique, afin d'avoir des résultats plus fiables.</p> <p>Hierarchisation des facteurs de risque retrouvés, du plus important au moins significatif</p>	<p>Grade A Niveau 1</p>	<p>La détresse subjective retrouvée comme facteur de risque très important, peut être facilement évité par un soutien et une information claire de la part du personnel soignant et/ou du partenaire.</p> <p>Les auteurs de l'étude proposent d'utiliser le tableau de résultat des facteurs de risque pour repérer les femmes à risque et leur offrir un suivi particulier.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°8 :</u></p> <p><i>Post traumatic stress disorder after vaginal delivery at primiparous women</i></p> <p>2016</p> <p>M. Milosavljevic, D. Lecic Tosevski, I. Soldatovic, O. Vukovic, C. Miljevic, A. Peljto, M. Kostic &amp; M. Olff</p>	<p>Déterminer la prévalence de l'ESPT dans le post partum et ses facteurs de risque</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Population : 126 femmes primipares de plus de 18 ans, ayant accouché par voie basse entre 37 et 40 SA.</p> <p>Critères d'exclusion : grossesse obtenue par FIV, poids &lt; 45 kg ou &gt; 100 kg, abus de substances psycho-actives, un antécédent d'ESPT avec traitement, antécédent de maladie psychiatrique, antécédent de traumatisme crânien, syndrome de Cushing, maladie infectieuse en cours ou diabète, prise de médicaments interférant avec l'axe hypothalamo-hypophysaire, violences domestiques susceptibles d'être subies durant l'étude, accouchement par césarienne</p> <p><u>En salle de naissance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil des éléments du dossier (origine sociodémographique, ATCD de problèmes psychologiques, complications ou non de l'accouchement, analgésie péridurale, médicaments administrés, présence du partenaire)</li> <li>- Mesure des constantes cardio-vasculaires (pression artérielle et fréquence cardiaque) dans les 2h post accouchement</li> </ul> <p><u>Durant les 3 mois post accouchement :</u></p> <p>Dépistage d'ESPT mensuel (à domicile ou à l'institut de santé mentale) par entretiens individuels structurés selon l'échelle CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) Expérience traumatique définie par le DSM-IV.</p> <p>Système de cotation mesurant la fréquence et l'intensité des symptômes, établissant un score de gravité</p> <p><u>Analyse statistique :</u></p> <p>Utilisée pour l'analyse des données longitudinales et la comparaison de données.</p> <p>Seuil de significativité établi à 0,05.</p>	<p>ESPT complet : 2,4% à 1 mois post partum ESPT partiel : 11,9% 1 mois post partum, et 1,3% à 3 mois post partum</p> <p>Chez les patientes présentant des symptômes d'ESPT, 92,9% n'en avaient plus après 3 mois.</p> <p>Etre mariée : significatif</p> <p>Interventions obstétricales : seul prédicteur significatif</p> <p>Caractéristiques sociodémographiques et analgésie péridurale : non significatifs</p>	<p>Grand nombre de perdues de vue au cours de l'étude</p> <p>Petite cohorte</p> <p>Dans cette étude, seules 4% des patientes étaient accompagnées de leur partenaire durant l'accouchement : possible biais</p>	<p>Echelle CAPS : référence pour le diagnostic d'ESPT : plus fiable que les échelles d'auto-évaluation</p> <p>Volonté de sélectionner des patientes n'ayant aucun antécédent d'ESPT, pour pouvoir attribuer des symptômes d'ESPT dans le post partum uniquement au travail et à l'accouchement.</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Résultats sur la prévalence d'ESPT conformes aux données déjà existantes.</p> <p>Rétablissement spontanée des patientes présentant un ESPT partiel, certains auteurs rapportent que les symptômes régressent spontanément pour l'ESPT partiel mais pas pour l'ESPT complet.</p> <p>Importance de d'être vigilants sur la santé mentale des femmes ayant eu des complications obstétricales.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°9 :</u></p> <p><i>Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period</i></p> <p>2012</p> <p>I. J Rowlands, M. Redshaw</p>	<p>Mesurer l'impact physique et psychologique des accouchements, tout mode confondu</p> <p>Puis comparer les résultats obtenus entre les différents modes d'accouchement</p>	<p><b>Etude prospective longitudinale</b></p> <p>Utilisation de données collectées dans le cadre du national maternity survey 2010</p> <p>Population : Echantillon aléatoire de 10 000 femmes de plus de 16 ans, ayant accouché dans les 2 semaines, en Angleterre.</p> <p>Questionnaires postés en post partum interrogeant sur la grossesse, l'accouchement, et le post partum.</p> <p>Deux méthodes de réponses proposées : version papier à retourner par la poste ou version en ligne.</p> <p>Rappels personnalisés afin de répondre aux questionnaires à 10 jours, 1 mois puis 3 mois du post partum.</p> <p>Modes de naissance classés en 5 groupes : accouchement voie basse non assisté, accouchement voie basse par ventouses, accouchement voie basse par forceps, césarienne programmée et césarienne en urgence</p> <p>Les femmes ont été interrogées sur une liste de problèmes physiques et psychologiques, et devaient signifier si elles avaient tel symptôme à 10 jours, 1 mois ou 3 mois du post partum</p> <p><u>Analyse statistique :</u> Analyses univariées et multivariées</p>	<p><i>(Il a été choisi de ne présenter que les résultats entrant dans le thème)</i></p> <p>5332 femmes ont répondu à l'enquête</p> <p><u>Proportion selon mode d'accouchement :</u> 61% : AVB normal 6% : ventouses 7% : forceps 12% : césarienne programmée 13% : césarienne en urgence</p> <p><u>Proportion des femmes ayant au moins 1 symptôme d'ESPT selon mode de naissance :</u></p> <p><b>A 1 mois :</b> - AVB : 19% - Ventouses : <b>25%</b> - Forceps : <b>33%</b> - César. en urgence : 23% - César. programmée : 16%</p> <p><b>A 3 mois :</b> - AVB : 13% - Ventouses : 16% - Forceps : <b>21%</b> - César. en urgence : 16% - César. programmée : 12%</p>	<p>Taux de participation de 55%</p> <p>Les femmes n'ayant pas participées étaient plus susceptibles d'être plus jeunes, plus défavorisées socio-économiquement, ce qui a pu biaiser les résultats car ces populations sont plus à risque de fragilité physique et psychologique</p> <p>Questionnaires par auto-évaluation, moins fiable</p>	<p>Grande cohorte</p> <p>Similitude entre les résultats et ceux de précédentes études</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>Par forceps : plus de risques d'ESPT, peut être lié au travail plus long et donc facteur surajouté de survenue d'ESPT.</p> <p>Demande des femmes ayant accouché par forceps de parler de leur accouchement.</p> <p>Il serait important d'accompagner plus précisément les femmes ayant accouché de façon instrumentale.</p> <p>Les problèmes physiques peuvent influencer l'aspect psychologique, ils ne sont donc pas à négliger.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°10 :</u></p> <p><i>Pharmacologic labour analgesia and its relationship to post partum psychiatric disorders : a scoping review</i></p> <p>2019</p> <p>A. Munro, H. MacCormick, A. Sabharwal, R. B George</p>	<p>Etudier la littérature portant sur les troubles psychiatriques du post partum</p> <p>Puis étudier la relation possible de ces troubles avec l'utilisation d'une analgésie pharmacologique durant le travail obstétrical</p>	<p><b>Revue de littérature</b></p> <p>Bases de données : Pubmed, PsycINFO, CINAHL, EMBASE</p> <p>Critères d'inclusion : Articles en anglais ou français, contenant au moins 1 des termes suivant dans le résumé ou le titre : « parturiente, travail, analgésie » et « dépression du post partum, anxiété post partum, symptômes d'ESPT » ou des termes apparentés pour la psychiatrie des troubles du post partum</p> <p>L'analgésie du travail : limitée pour cette recherche à 3 techniques pharmacologiques : analgésie péridurale, protoxyde d'azote et opioïdes parentéraux</p> <p>Travail de sélection des articles selon titres, résumés et pertinence des études. Puis travail d'extraction de données des articles.</p>	<p>17 études incluses après travail de sélection selon la méthode PRISMA</p> <p><i>(Il a été choisi de ne parler que des résultats entrant dans le thème)</i></p> <p>2 groupes principaux retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- études mettant en lien l'analgésie et les troubles psychiatriques du post partum</li> <li>- études mettant en lien la douleur du travail et de l'accouchement et les troubles psychiatriques du post partum</li> </ul> <p><b>Résultats non significatifs concernant le rapport entre analgésie et ESPT</b></p> <p>Des méta-analyses ont trouvé une association entre intensité de douleur et ESPT</p>	<p>Articles étudiés : surtout études observationnelles avec de petites cohortes</p> <p>Une seule étude a étudié la qualité de l'analgésie dans le soulagement de la douleur</p> <p>Les études étudiant l'ESPT ont utilisé différentes échelles de dépistage, ou avec standards seuils non identiques même en utilisant les mêmes échelles</p> <p>Dépistages non faits au même moment</p>	<p>Niveau de preuve élevé</p>	<p>Grade A Niveau 1</p>	<p>Un essai contrôlé randomisé obtiendrait des résultats plus fiables, mais éthiquement c'est peu réalisable.</p> <p>Il serait intéressant de voir s'il existe un lien entre la durée de douleur non soulagée et l'intensité de la douleur perçue.</p> <p>Il serait intéressant de compléter un dépistage positif grâce aux échelles, par un examen clinique approfondi avec un vrai diagnostic.</p>

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif(s)	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
<p><u>Etude n°11 :</u></p> <p><i>The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks post partum : a prospective cohort study in one English maternity unit.</i></p> <p>2014</p> <p>M. Furuta, J. Sandall, D. Cooper, D. Bick</p>	<p>Identifier la prévalence de symptômes de stress post traumatique en post natal et autres variables psychologiques</p> <p>Comparer ces résultats aux taux de morbidité maternelle péri-partum</p> <p>Etudier la relation entre la morbidité maternelle sévère et la survenue de symptômes de stress post traumatique</p>	<p><b>Etude prospective transversale</b></p> <p>Population : 3509 femmes ayant accouché après 24 SA dans l'établissement d'étude ou à domicile mais ayant initialement prévu d'accoucher là-bas</p> <p>Critère de jugement principal : prévalence de l'ESPT</p> <p>Critères d'exclusion : femmes ne parlant pas anglais, de moins de 16 ans, et/ou dont l'accouchement a abouti à une mort fœtale ou néonatale</p> <p><b>Recueil d'informations :</b> Sur les données sociodémographiques caractéristiques des femmes, sur d'éventuels antécédents psychiatriques ou de traumatisme, sur la grossesse, l'accouchement, l'issue maternelle et néonatale etc...</p> <p><u>Questionnaires envoyés à 6-8 semaines du post partum, puis rappel 2 semaines après le premier envoi :</u></p> <p><b>Symptômes de stress post traumatique (IES) :</b> 15 items (7 pour l'intrusion et 8 pour l'évitement) cotés de 0 à 4 selon la fréquence durant la semaine écoulée. Un score ≥ 20 pour chaque item indique une détresse</p> <p><b>Symptomatologie dépressive (EPDS) :</b> Si score &gt; 12 : DPP</p> <p><b>Mesure du contrôle perçu pendant le travail (LAS) :</b> Les scores élevés indiquent un bon contrôle</p> <p><b>Soutien social reçu :</b> Par échelle de soutien social</p> <p>Définition précise de la morbidité dite « sévère » : éclampsie, pré éclampsie sévère, syndrome HELLP, hémorragie sévère, septicémie sévère et rupture utérine et/ou admission en unité de soins intensifs ou en réanimation</p>	<p>1824 questionnaires ont été retournés et éligibles</p> <p><b>Taux de symptômes d'ESPT plus élevé chez les femmes ayant eu une morbidité maternelle sévère</b></p> <p><b>Un sentiment de contrôle plus élevé réduit les symptômes de SPT</b></p> <p>Pas de relation retrouvée entre morbidité grave et dépression du PP</p>	<p>Taux élevé de non réponses (48%)</p> <p>Questionnaires sur le soutien et le contrôle remplis longtemps après la naissance : biais de mémoire ?</p> <p>Informations sur les ATCD de maladies psychiatriques recueillies pour l'étude, mais pas les ATCD d'événements traumatiques, d'abus, ou les types de personnalités</p>	<p>Grande cohorte</p> <p>Définition précise en amont de la morbidité maternelle sévère</p>	<p>Grade C Niveau 4</p>	<p>ESPT peu connu : parfois attribution systématique de « dépression du post partum » qui serait peut-être finalement un ESPT.</p> <p>Toutes les femmes devraient recevoir une information pour reconnaître les signes de l'ESPT, et pouvoir demander de l'aide. Elles devraient aussi pouvoir débriefer plus facilement auprès de professionnels en post natal.</p> <p>Communiquer avec les patientes augmente leur sentiment de contrôle, même en cas de morbidité importante.</p>

## **RESUME**

**Introduction :** La prévalence d'ESPT est augmentée chez les nouvelles accouchées par rapport à la population générale, du fait de leur fragilité psychique et des éventuelles complications dues à l'accouchement. Et il a été prouvé qu'il existe certains facteurs de risque durant le travail et l'accouchement augmentant la prévalence d'ESPT.

**Objectifs :** Déterminer, d'après la littérature, les facteurs prédictifs d'un ESPT survenant après l'accouchement.

**Méthode :** Revue systématique de littérature à partir des bases de données bibliographiques en ligne, incluant des études publiées entre 2005 et 2020.

**Résultats :** 11 articles ont été sélectionnés, montrant une augmentation de la prévalence d'ESPT après l'accouchement. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés, classés selon trois catégories : facteurs maternels, fœtaux et obstétricaux.

**Discussion :** Le vécu subjectif de l'accouchement est l'un des principaux facteurs favorisants retrouvés, aussi important que les complications médicales durant le travail et l'accouchement. De plus il est important de repérer les mères concernées dès le séjour en maternité pour adapter le suivi dans la période post natale et prévenir la chronicisation des symptômes de stress post traumatique. La visite post natale et l'entretien post natal précoce sont donc des consultations essentielles pour permettre le diagnostic de la pathologie.

**Conclusion :** Les troubles psychiques périnataux sont donc un enjeu majeur de santé publique. Une formation spécifique des professionnels à propos de cette pathologie permettrait de diagnostiquer un plus grand nombre de femmes concernées, et de leur offrir une prise en charge optimum.

**Mots-clés :** « état de stress post traumatique », « facteurs prédictifs », « facteurs favorisants », « accouchement », « post partum », « post traumatic stress disorder », « delivery », « predictive factors »

***« Etat de stress post traumatique dans le post partum : revue systématique de littérature sur les facteurs prédictifs durant le travail et l'accouchement »***

**LE ROUX Victoria**

**Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2021**