

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2017-2018

Influence du déroulement pathologique de l'accouchement sur
l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum

Présenté et soutenu publiquement le 14 mai 2018
par

REBIERE Gaëlle

Directeur : Mme LEBREAUD-PICHON Laurence

Guidant : Mme BARAILLE Agnès



Remerciements

Tout d'abord, à ma directrice de mémoire, **Laurence LEBREAUD-PICHON** d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir apporté son aide tout au long de ce travail.

A **Agnès BARAILLE**, pour ses conseils avisés, sa rigueur permanente et son très grand professionnalisme.

A **Valérie BLAIZE-GAGNERAUD**, de nous avoir transmis son savoir avec passion pendant deux années d'école.

A **Mr DALMAY** pour sa disponibilité et sa gentillesse.

A **mes parents** et mon **frère**, je vous remercie de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

A **mes camarades de promotion** et plus particulièrement à **Mélanie** et **Solène** pour ces merveilleuses années passées ensemble !

Enfin, à toutes les personnes intervenues lors des cours ou des stages, de nous avoir fait partager leur savoir et leur amour du métier.



Glossaire

APD : Anesthésie péridurale

AVB : Accouchement voie basse

CMU : Couverture maladie universelle

ENA : Echelle numéraire analogique

HDD : Hémorragie de la délivrance

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LA : Liquide amniotique

OR : Odd ratio

RCF : Rythme cardiaque fœtal

UI : Unité internationale



Table des matières

Introduction	6
Partie 1	7
1. Les troubles anxio-dépressifs.....	7
1.1. La dépression du post-partum	7
1.1.1 Définition et épidémiologie	7
1.1.2 Clinique.....	7
1.2. Les troubles anxieux.....	7
1.2.1 Définition et épidémiologie	7
1.2.2 Clinique.....	7
1.3. Dépistage des troubles anxio-dépressifs	8
2. Facteurs influençant les troubles anxio-dépressifs du post-partum	8
2.1. Facteurs de risque généraux	8
2.2. Facteurs de risque liés à l'accouchement	9
2.3. Facteurs de risque liés au post-partum immédiat	9
2.4. Facteurs de risque liés aux suites de naissance immédiates.....	10
Partie 2 : Matériel et Méthode	11
1. Type d'étude	11
2. Variables utilisées	11
3. Population.....	11
4. Nombre de sujet inclus	12
5. Méthodes de collecte des données.....	12
6. Plan d'analyse (stratégie d'exploitation des données).....	12
Partie 3 : Résultats	13
1. Description sociodémographique de la population	13
1.1. Age.....	13
1.2. Niveau d'études.....	13
1.3. Catégorie professionnelle	14
1.4. Couverture sociale	14
1.5. Mode de vie.....	15
2. Les antécédents gynéco-obstétricaux.....	15
2.1. Gestité.....	15
2.2. Antécédents de fausses couches	16
2.3. Antécédents d'IVG	16
3. Le déroulement du travail.....	16
3.1. Parité.....	16
3.2. Terme.....	17
3.3. Mode de mise en travail	17
3.4. Durée du travail	18
3.5. Présence de pathologie(s) maternelle(s)	18
3.6. Présence de pathologie(s) fœtale(s).....	19

3.7. Administration d'Oxytocine	19
3.8. Appel d'un médecin	20
4. Influence de la douleur.....	20
4.1. Type d'analgésie	20
4.2. Evaluation de la douleur	21
4.3. Comportement.....	22
5. Le déroulement de l'accouchement	24
5.1. Voie d'accouchement	24
5.2. Dystocies.....	24
5.3. Lésions périnéales	25
5.4. Professionnel ayant réalisé l'accouchement	25
6. Le déroulement du post-partum immédiat.....	26
6.1. Mode de délivrance	26
6.2. Pathologie(s) du post-partum immédiat	27
7. Influence du déroulement des suites de naissances	27
7.1. Score d'Apgar.....	27
7.2. Poids de naissance	28
7.3. Réalisation d'un « peau à peau »	29
7.4. Mode d'allaitement	29
7.5. Pathologie(s) du nouveau-né.....	30
7.6. Manœuvre de réanimation.....	30
Partie 4 : Analyse et discussion	31
1. Limites et points forts de l'étude.....	31
1.1. Les limites	31
1.2. Les points forts	31
2. Influence du mode de vie	32
3. Influence des antécédents gynéco-obstétricaux.....	32
4. Influence du déroulement du travail	32
5. Influence de la douleur.....	35
6. Influence du mode d'accouchement.....	37
7. Influence du déroulement du post-partum immédiat.....	38
8. Influence du déroulement des suites de naissances	39
Propositions d'actions.....	41
Conclusion.....	42
Références bibliographiques	43



Introduction

Le post-partum est une période de haute vulnérabilité psychique pour la mère qui doit s'adapter à son nouveau rôle. De nombreux déséquilibres psychologiques en découlent, ce qui peut altérer sa santé mentale entraînant des troubles psychiques plus ou moins importants.

Les pathologies psychiques sont les plus fréquentes dans le post-partum (1). Pendant cette période, la prévalence de la dépression du post-partum varie de 7,2 à 18% selon les études (2), celle des troubles anxieux varie de 10 à 16% (3). Ces troubles psychiques sont donc bien plus fréquents qu'une des principales pathologies : l'hémorragie de la délivrance qui ne concerne que 5 à 10% des accouchements. (4)

Plusieurs troubles psychiques peuvent apparaître chez la mère :

- Le **post-partum blues**, aussi appelé baby blues, est un état dysphorique transitoire bénin (5). Il apparaît chez la femme entre le troisième et le dixième jour du post-partum. Sa prévalence est de 50 à 80 % des naissances (6) ce qui en fait plus une « variation de la normale » qu'une véritable pathologie (7).
- La **dépression du post-partum**
- Les **troubles anxieux**
- Il existe d'autres pathologies plus rares mais plus graves tels que **l'état de stress post-traumatique du post-partum** ou la **psychose puerpérale** qui constituent des urgences psychiatriques.

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer des facteurs de risque de ces pathologies dans le post-partum chez des femmes indemnes auparavant. Mais peu ont étudié un lien éventuel entre le déroulement de l'accouchement et l'apparition de tels troubles.



Partie 1

1. Les troubles anxio-dépressifs

1.1. La dépression du post-partum

1.1.1 Définition et épidémiologie

La dépression du post-partum est le trouble psychique le plus fréquent après un accouchement (8) : sa prévalence moyenne est de 12,8% (2). Le risque de développer une dépression est multiplié par 3 pendant cette période(8).

Elle est définie par un épisode dépressif majeur qui apparaît dans les 4 (9) ou 6 semaines (10) suivant l'accouchement. Cependant, selon de nombreuses recommandations, notamment celles de la société Marcé, et dans le but d'un meilleur dépistage, la dépression du post-partum est définie comme « tout trouble dépressif sans caractéristiques psychotiques survenant dans l'année suivant la naissance »(8).

1.1.2 Clinique

Il s'agit d'une dépression d'intensité modérée, associant humeur labile, anxiété, irritabilité, sentiment d'incapacité et d'inquiétudes centrées sur le nourrisson (11).

Le cortège classique de la dépression est souvent masqué par les plaintes somatiques, la fatigue permanente, l'irritabilité, mais surtout par les sentiments d'incapacité maternelle par rapport au nouveau-né (12). Cette dépression dure plus longtemps que les autres avec un risque de récurrence multiplié par 2 comparé à une dépression à un autre moment de sa vie(8).

1.2. Les troubles anxieux

1.2.1 Définition et épidémiologie

La prévalence des troubles anxieux et phobiques varie entre 10 et 16% dans le post-partum. 4 à 6 % d'entre eux sont associés à des troubles dépressifs. Une symptomatologie anxieuse incomplète est présente chez 20% des femmes après leur accouchement. (13)

1.2.2 Clinique

La clinique de ces troubles anxieux est très riche. Les troubles rencontrés peuvent être (14) :

- Des troubles anxieux généralisés, des flash-backs, une sidération psychique, une angoisse diffuse.
- Des troubles obsessionnels compulsifs : ils sont caractérisés par des obsessions, des ébauches de rituels, des ruminations mentales voire des obsessions impulsives chez

la mère. Les phobies d'impulsion sont très caractéristiques dans le post-partum, associant crainte ou peur de tuer compulsivement ou par accident le nouveau-né.

- Des troubles paniques : il s'agit d'attaques de panique plus ou moins intenses. Une attente anxieuse est caractéristiquement associée à une appréhension intense, une terreur des récurrences de ces attaques de panique. Des symptômes somatiques sont aussi présents (palpitations, sueurs, polypnée, ...)

1.3. Dépistage des troubles anxio-dépressifs

Le dépistage des troubles anxio-dépressifs est très complexe. En effet, ces pathologies psychiques restent encore « massivement et curieusement méconnues » (15). Les symptômes somatiques sont superposés avec les manifestations fonctionnelles du post-partum (6) et la symptomatologie est souvent peu spécifique.

Ainsi, ces troubles sont encore souvent non dépistés et ainsi non traités. D'après A.L. Sutter et al. (16), seulement 15% seraient pris en charge. Un dépistage précoce associé à une prise en charge adaptée sont pourtant fondamentaux car ils permettent dans la plupart des cas d'améliorer le pronostic en évitant les complications qui peuvent survenir chez la mère et l'enfant.

Un dépistage efficace implique que les professionnels de santé en connaissent parfaitement la clinique mais également qu'ils soient vigilants par rapport aux facteurs de risque (16).

2. Facteurs influençant les troubles anxio-dépressifs du post-partum

Une meilleure prévention et un meilleur dépistage, sont indissociables de la connaissance des facteurs de risque de ces pathologies.

2.1. Facteurs de risque généraux

- La grossesse aux âges extrêmes de la période fertile (moins de 18 ans ou plus de 40 ans) (17).
- Un statut socio-économique défavorable : l'isolement social et familial, la précarité sociale et économique (17,18).



- Les conditions de la vie de couple : isolement des mères (mères célibataires, divorcées, séparées), relation avec le partenaire insatisfaisante, violences conjugales **(3,17,19)**.
- Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux **(18)**.
- Les facteurs liés au stress et abus : les antécédents d'abus physiques, sexuels, psychologiques, de carence affective.
- Les facteurs culturels : femmes étrangères, migrantes **(20)**.
- Les facteurs gynécologiques : les antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire ou médicale de grossesse **(20,21)**.

2.2. Facteurs de risque liés à l'accouchement

- La parité : primiparité et grande multiparité **(22)**.
- Les complications obstétricales :

Les accouchements dystociques sont responsables d'une augmentation du risque de pathologies psychiques dans le post-partum (20).

Tous les événements stressants obstétricaux sont des facteurs de risque de troubles anxio-dépressifs : accouchement instrumental, travail long, syndromes hémorragiques sévères, césarienne en urgence (14,23). Ces facteurs de risques sont majorés si la femme a l'impression de perdre le contrôle de la situation ou si le personnel médical a été perçu comme distant (24).

- L'utilisation d'Oxytocine : le taux d'oxytocine administré pendant le travail est corrélé positivement aux symptômes anxio-dépressifs dans le post-partum (25).
- La douleur du travail et de l'accouchement **(23)**.
- Les facteurs émotionnels : peur de l'accouchement **(23)**, l'absence de support émotionnel (futur père par exemple) pendant le travail et l'accouchement **(22)**.

2.3. Facteurs de risque liés au post-partum immédiat

- Les complications du post-partum immédiat et notamment l'hémorragie de la délivrance (25).



2.4. Facteurs de risque liés aux suites de naissance immédiates

- La prématurité, d'autant plus si l'enfant est hospitalisé en service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (5, 20, 25, 26).
- Un score d'Apgar faible.
- Un handicap de l'enfant (6)
- Le décès périnatal (28).

Au regard de la littérature, le déroulement de l'accouchement semblerait jouer un rôle dans l'apparition des troubles anxio-dépressifs du post-partum mais les études réalisées sont peu nombreuses et les résultats ne sont pas toujours significatifs.

Nous nous sommes demandés s'il existait un lien entre le déroulement pathologique de l'accouchement et l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum chez les femmes orientées vers la filière de psychiatrie périnatale ou suivies en consultation à la filière de psychiatrie périnatale du centre hospitalier Esquirol de Limoges.

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence un lien entre le déroulement pathologique de l'accouchement et l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum.

L'intérêt était de permettre une meilleure prévention ainsi qu'un meilleur dépistage de ces troubles en post-partum. Un lien entre le déroulement pathologique de l'accouchement et l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum permettrait en effet une prise en charge précoce à visée préventive. Une vigilance accrue par rapport aux signes avant-coureurs de ces pathologies pourrait permettre un dépistage et une prise en charge plus rapides améliorant ainsi le pronostic.



Partie 2 : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

L'étude réalisée était une étude observationnelle rétrospective monocentrique cas-témoins.

2. Variables utilisées

Les variables utilisées lors de la collecte des données du dossier obstétrical étaient :

- Variables permettant de **décrire la population étudiée** : l'âge, le statut socio-économique, les conditions de la vie de couple, la gestité et la parité.
- Variables permettant de **décrire l'influence des facteurs gynécologiques et obstétricaux** : les antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Variables permettant de **décrire le déroulement de l'accouchement** : conditions générales de l'accouchement, déroulement du travail, douleur, mode d'accouchement, déroulement du post-partum immédiat et des suites de naissances immédiates.

3. Population

Le critère principal de jugement d'apparition des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum était la rencontre de la femme avec une infirmière de psychiatrie périnatale lors de son séjour à la maternité de l'Hôpital-Mère-Enfant de Limoges et/ou son suivi en consultation à la filière de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier Esquirol pour des troubles apparus dans le post-partum. Le délai a été fixé à 6 semaines.

Les cas étaient des femmes ayant présenté des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum sans pathologies psychiques préexistantes connues.

Les critères d'inclusion des cas étaient :

- L'absence de pathologie psychique connue avant le post-partum
- Le déroulement physiologique de la grossesse
- Le diagnostic de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum.
- La rencontre avec une infirmière de psychiatrie périnatale lors du séjour à la maternité et/ou le suivi en consultation à la filière de psychiatrie périnatale.



Les témoins étaient des femmes ayant accouché et qui n'avaient pas présenté de troubles psychiques dans les 6 semaines qui suivent leur accouchement. Les témoins étaient représentatifs de la population d'où sont issus les cas.

Les critères de sélection des témoins étaient :

- L'accouchement à l'HME de Limoges
- Le déroulement physiologique de la grossesse
- L'absence de pathologie psychique connue avant le post-partum
- L'absence de développement de pathologies psychiques dans le post-partum (période allant du post-partum immédiat à 6 semaines).

L'**appariement d'un cas avec deux témoins** a été réalisé selon les critères d'appariement suivants : l'**âge** de la femme à 2 ans près, sa **parité** et ses conditions socio-économiques (niveau d'études, catégorie socio-professionnelle, couverture sociale). Ces critères sont connus comme pouvant influencer l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum (17–19).

4. Nombre de sujet inclus

L'étude a été réalisée avec 48 cas et 96 témoins, soit une population de 144 patientes.

5. Méthodes de collecte des données

Les données nécessaires à l'étude ont été collectées dans le dossier obstétrical de chaque femme (dossier FileMaker®). Les données nécessaires à l'étude ont été colligées grâce au logiciel Excel®.

6. Plan d'analyse (stratégie d'exploitation des données)

Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel StatView® selon les mesures suivantes :

- Pour les variables qualitatives : réalisation de pourcentages et test de Khi2
- Pour les variables quantitatives : réalisation de moyennes et test de Student
- La mesure de l'association entre la pathologie et le/les facteurs d'exposition a été réalisée grâce à l'Odds Ratio avec un calcul de l'intervalle de confiance à 95%.

Les données ont été analysées avec un risque α de 5% et p inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif.



Partie 3 : Résultats

L'étude a porté sur **48 cas** (patientes présentant des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum) et **96 témoins** (patientes n'ayant pas présenté de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum).

Parmi les cas :

- 5 ont rencontré l'infirmière de liaison en psychiatrie périnatale lors de leur séjour en maternité,
- 31 ont été suivies par un psychiatre dans le post-partum,
- 8 par un psychiatre et un psychologue,
- 41 ont été suivies par un psychologue.

1. Description sociodémographique de la population

1.1. Age

La moyenne d'âge des patientes était de 31,0 ans

1.2. Niveau d'études

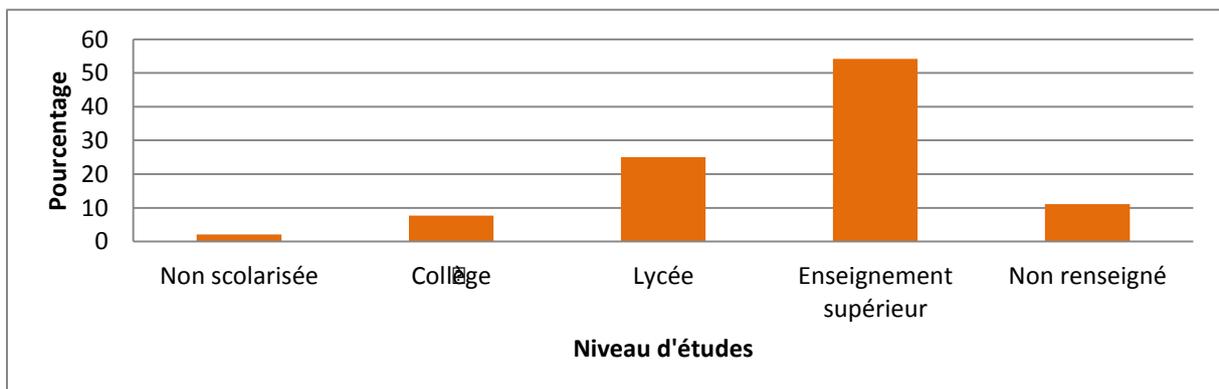


Figure 1 : Répartition du niveau d'étude des sujets

54,17% des patientes avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat. 25% avaient un niveau équivalent au baccalauréat. 7,64% avaient un niveau d'études correspondant au collège. 2,08% étaient non scolarisées. Pour 11,11%, le critère n'était pas renseigné.



1.3. Catégorie professionnelle

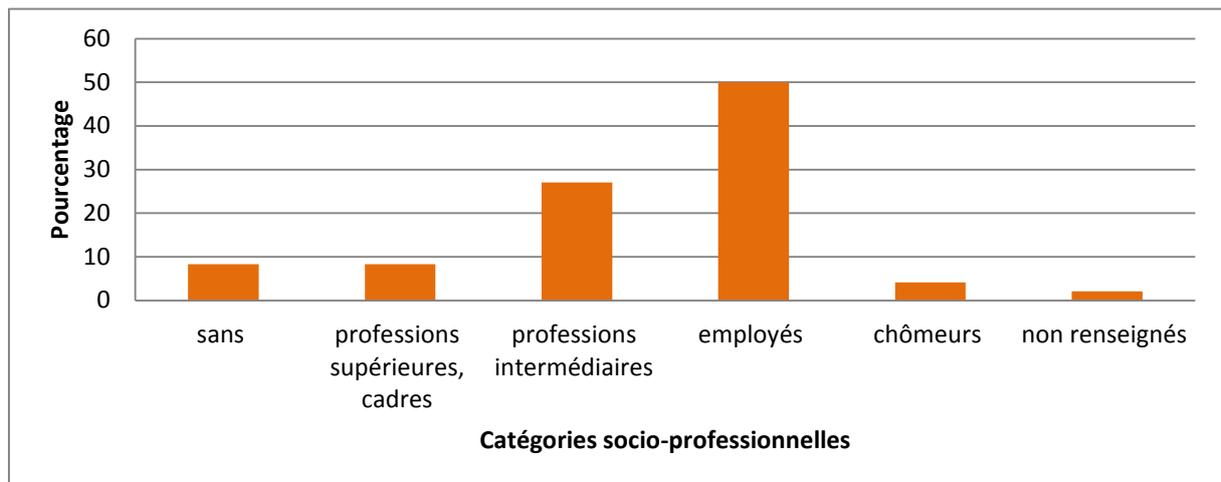


Figure 2 : Répartition de la catégorie professionnelle des sujets

50% étaient employées. 27,07% appartenait à la catégorie des professions intermédiaires. 8,33% des patientes étaient sans profession. 8,33% appartenait à la catégorie des cadres ou professions intellectuelles supérieures. 4,17% étaient au chômage. Pour 2,08% des patientes, le critère n'était pas renseigné.

1.4. Couverture sociale

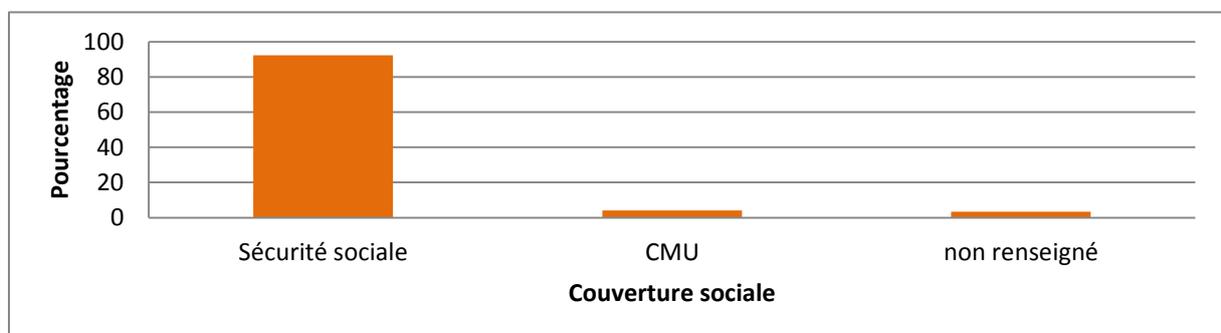


Figure 3 : Répartition de la couverture sociale des sujets

92,36% des patientes avaient pour couverture sociale la Sécurité Sociale, 4,17% la CMU. Pour 3,47 % des patientes, le critère n'était pas renseigné.



1.5. Mode de vie

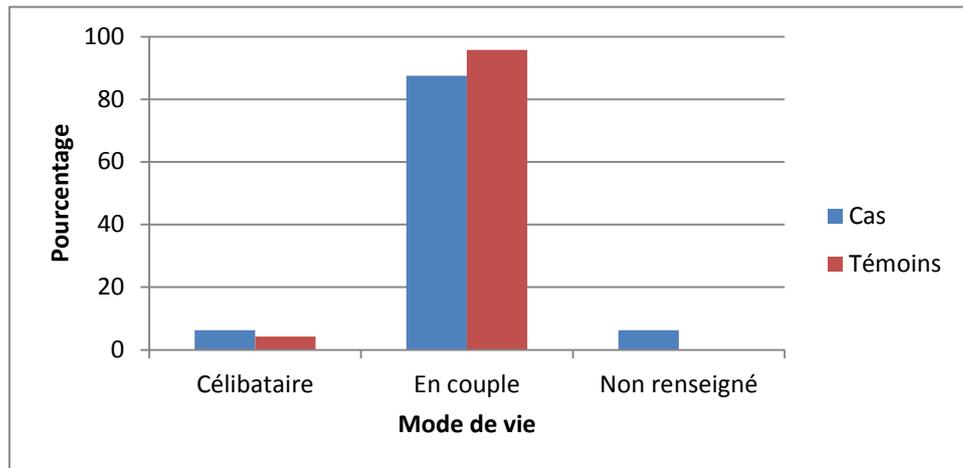


Figure 4 : Répartition du mode de vie selon les patientes Cas et Témoins

6,25% des cas étaient célibataires contre 4,21% des témoins. 87,50 % des cas vivaient en couple contre 95,79% des témoins. Le critère n'était pas renseigné chez 6,25% des cas.

La différence entre les cas et les témoins est **significative** ($p=0,0399$).

2. Les antécédents gynéco-obstétricaux

2.1. Gestité

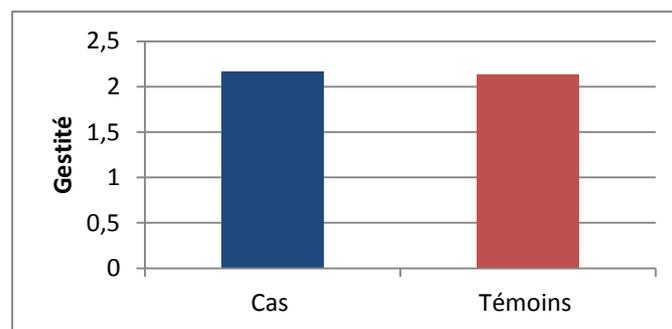


Figure 5 : Répartition de la gestité chez les Cas et les Témoins

La gestité moyenne chez les cas était de 2,17 et de 2,14 pour les témoins.

Il n'existe pas de différence significative ($p=0,8962$).



2.2. Antécédents de fausses couches

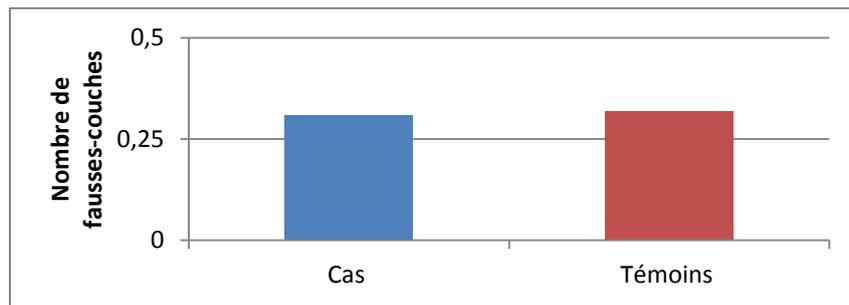


Figure 6 : Répartition des antécédents de fausses couches chez les Cas et les Témoins

On retrouvait chez les cas une moyenne de 0,31 fausse couche contre 0,32 chez les témoins, sans différence significative ($p=0,9329$).

2.3. Antécédents d'IVG

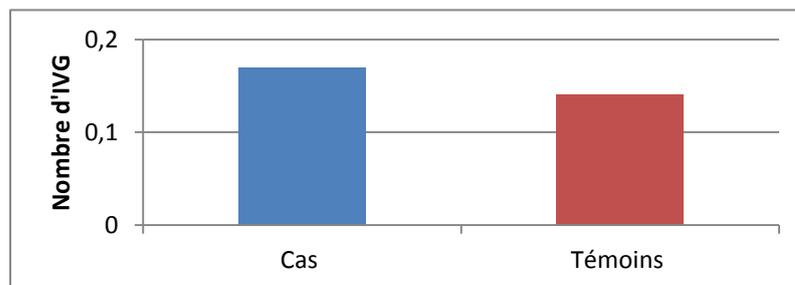


Figure 7 : Répartition des antécédents d'IVG chez les Cas et les Témoins

Les cas présentaient une moyenne de 0,17 IVG contre 0,14 chez les témoins, sans différence significative ($p=0,6796$).

3. Le déroulement du travail

3.1. Parité

La parité moyenne des patientes était de 1,66. Les cas et les témoins étaient appariés selon ce critère.



3.2. Terme

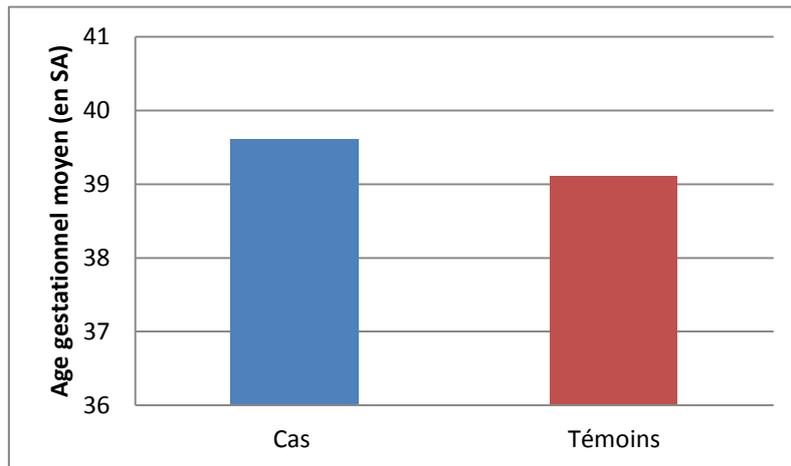


Figure 8 : Répartition du terme moyen à l'accouchement (en SA) en fonction des cas et des témoins

Les cas avaient accouché en moyenne à 39,6 SA, les témoins à 39,1 SA.

La différence est **significative (p=0,0202)**.

3.3. Mode de mise en travail

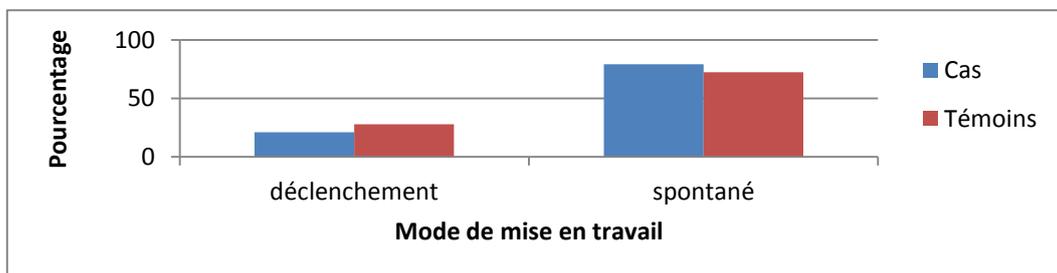


Figure 9 : Répartition du mode de mise en travail chez les cas et les témoins

Le travail avait été spontané chez 79,07% des cas contre 72,22% des témoins, et déclenché chez 20,93% des cas versus 27,78% des témoins.

Il n'existe pas de différence significative (p=0,3971).



3.4. Durée du travail

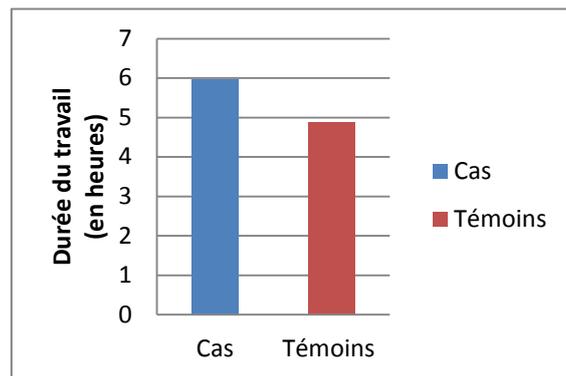


Figure 10 : Répartition de la durée du travail chez les cas et les témoins (en heures)

La durée moyenne du travail chez les cas était de 5,98h et de 4,87h chez les témoins.

La différence est **significative** ($p=0,0109$).

3.5. Présence de pathologie(s) maternelle(s)

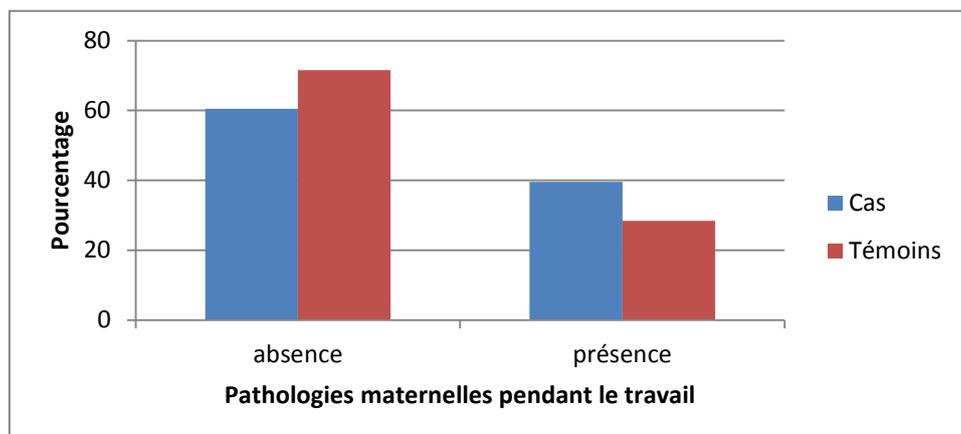


Figure 11 : Répartitions des pathologies maternelles au cours du travail chez les cas et les témoins

39,53% des cas avaient présenté des pathologies pendant le travail contre 28,41% des témoins. 60,47% des cas n'avaient pas présenté de pathologie pendant le travail contre 71,59% des témoins.

Aucune différence significative n'a été retrouvée ($p=0,2001$).



3.6. Présence de pathologie(s) fœtale(s)

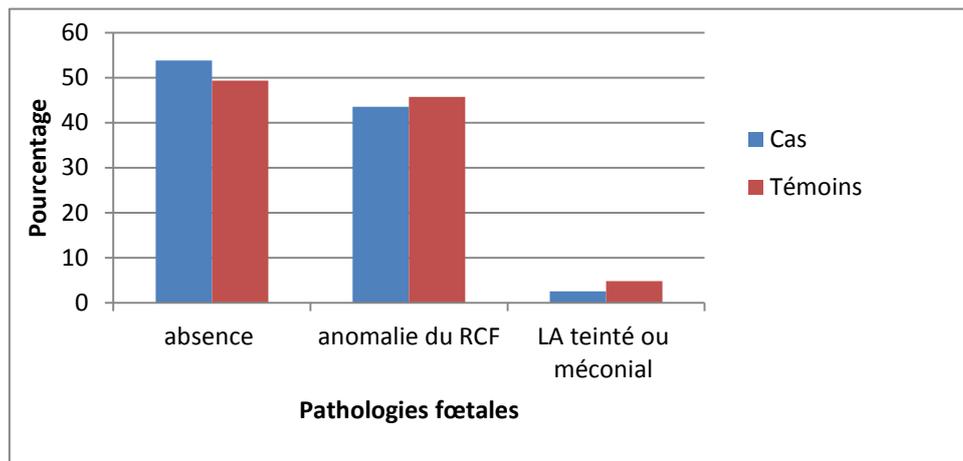


Figure 12 : Répartitions des pathologies fœtales au cours du travail chez les cas et les témoins

53,85 % des cas ne présentaient pas de pathologies fœtales pendant le travail contre 49,4 % des témoins. Des altérations du rythme cardiaque fœtal ont été retrouvées chez 43,59% des cas et 45,78 % des témoins. La présence d'un liquide teinté ou méconial a été retrouvée chez 2,56% des cas et 4,82% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,7942$).

3.7. Administration d'Oxycytocine

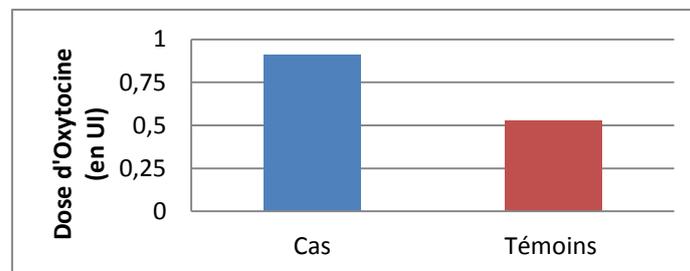


Figure 13 : Répartition de la dose d'Oxycytocine (en UI) reçue pendant le travail chez les cas et les témoins

Les cas avaient reçu une dose moyenne de 0,91 UI d'Oxycytocine pendant le travail. Les témoins avaient reçu une dose moyenne de 0,53 UI.

La différence est **significative** ($p=0,0321$).



3.8. Appel d'un médecin

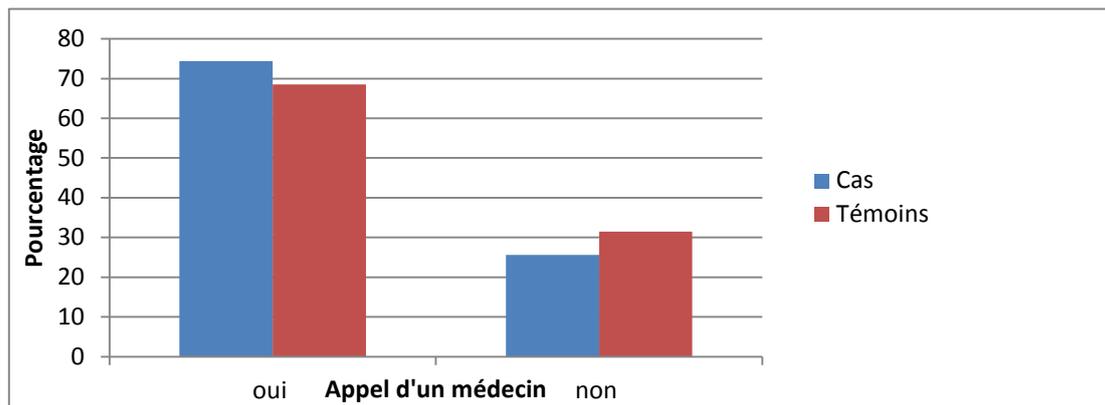


Figure 14 : Répartition de l'appel d'un médecin chez les cas et les témoins

L'appel d'un médecin pendant le travail ou l'accouchement avait été nécessaire chez 74,42% des cas et 68,54% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,4878$).

4. Influence de la douleur

4.1. Type d'analgésie

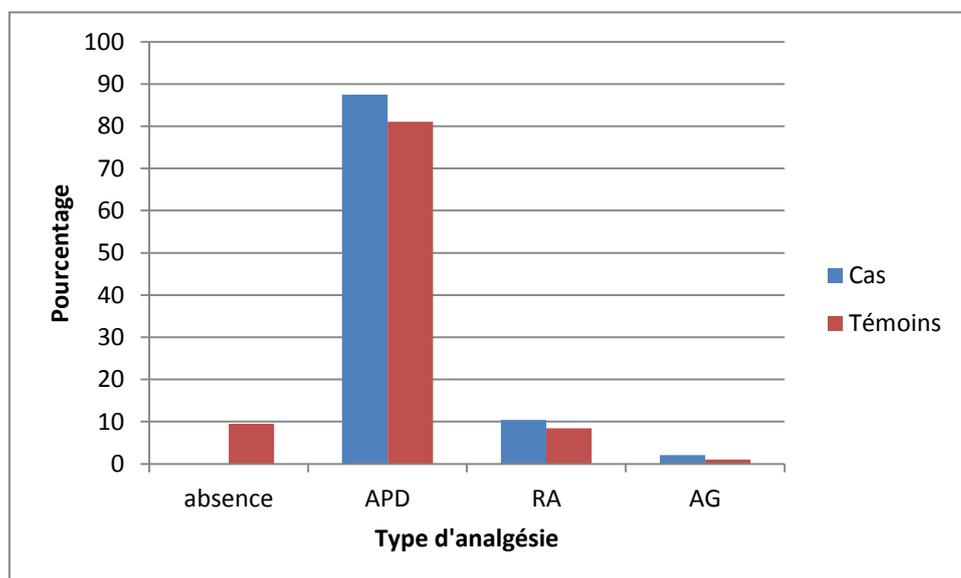


Figure 15 : Répartition du type d'analgésie selon les cas et les témoins

87,50% des cas avaient eu une APD contre 81,05% des témoins. 10,42% des cas avaient eu une RA contre 8,42% des témoins. 2,08% des cas avaient eu une AG contre 1,05% des témoins. 9,47% des témoins n'avaient eu aucune analgésie.

La différence n'est pas significative ($p=0,1654$).



4.2. Evaluation de la douleur

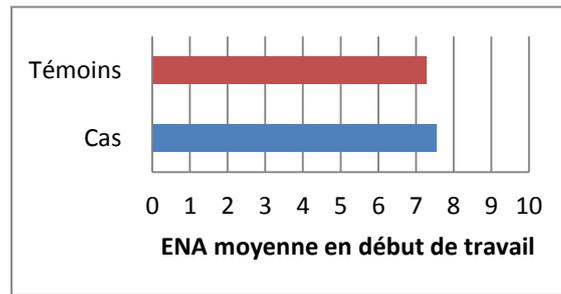


Figure 16 : Répartition de la cotation de la douleur (ENA) chez les cas et les témoins en début de travail

Les cas avaient coté en moyenne une douleur à 7,54 sur l'échelle numérique analogique (ENA) en début de travail. Les témoins avaient coté en moyenne une douleur à 7,27.

La différence n'est pas significative ($p=0,6322$).

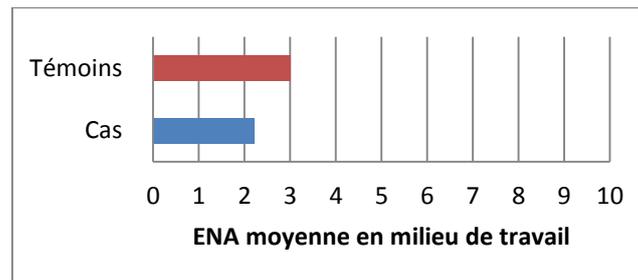


Figure 17 : Répartition de la cotation de la douleur (ENA) chez les cas et les témoins en cours de travail

Les cas avaient coté en moyenne une douleur à 2,73 sur l'ENA en cours de travail. Les témoins avaient coté en moyenne une douleur à 2,21.

La différence n'est pas significative ($p=0,2450$).



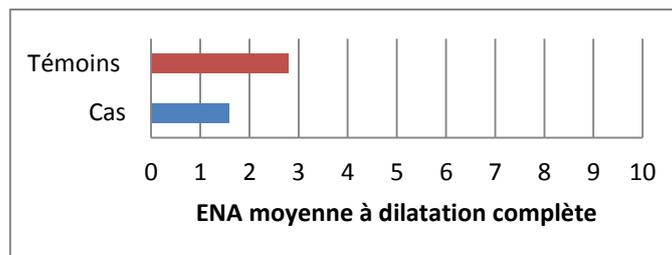


Figure 18 : Répartition de la cotation de la douleur (ENA) chez les cas et les témoins à dilatation complète

Les cas avaient coté en moyenne une douleur à 1,59 sur l'ENA à dilatation complète. Les témoins avaient coté en moyenne une douleur à 2,79.

La différence n'est pas significative ($p=0,0678$) mais une tendance est retrouvée.

4.3. Comportement

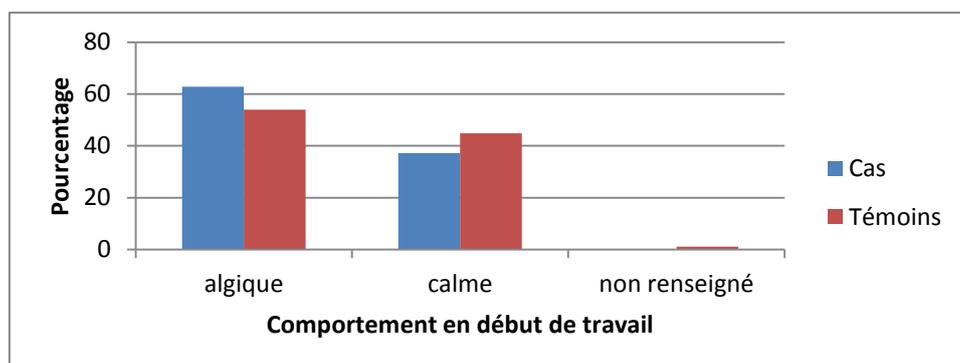


Figure 19 : Répartition du comportement des patientes en début de travail selon les cas et les témoins

En début de travail, 62,79% des cas étaient algiques et 37,21 étaient calmes. Concernant les témoins, 54,02% étaient algiques et 44,83% étaient calmes. Le critère n'était pas renseigné chez 1,15% des témoins.

Il n'existe pas de différence significative ($p=0,5279$).



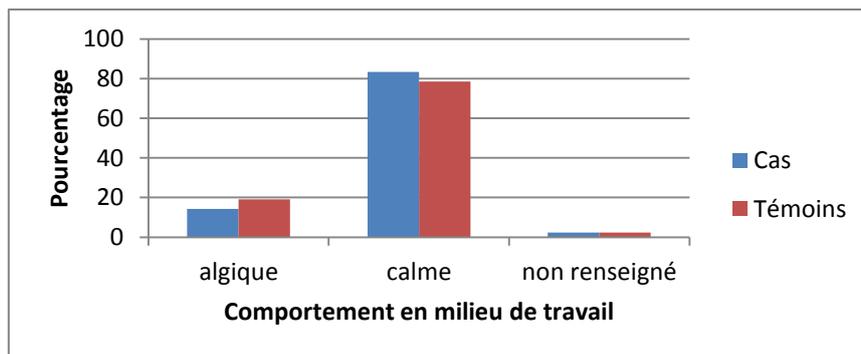


Figure 20 : Répartition du comportement des patientes en milieu de travail selon les cas et les témoins

En milieu de travail, 14,29% des cas étaient algiques, 83,33% étaient calmes. Concernant les témoins, 19,05% étaient algiques, 78,57% étaient calmes. Le critère n'était pas renseigné chez 2,38% des cas et des témoins.

Il n'existe pas de différence significative ($p=0,8014$).

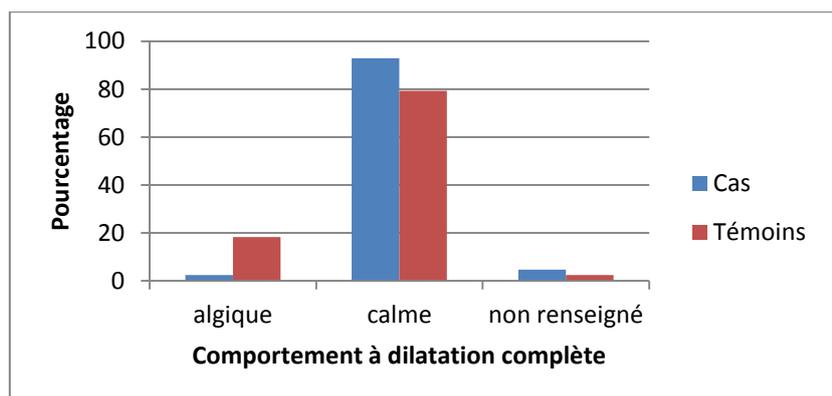


Figure 21 : Répartition du comportement des patientes à dilatation complète selon les cas et les témoins

A dilatation complète, 2,38% des cas étaient algiques et 92,86% étaient calmes. Concernant les témoins, 18,29% étaient algiques et 79,27% étaient calmes. Le critère n'était pas renseigné chez 4,76% des cas et 2,44% des témoins.

La différence est **significative** ($p=0,0383$).

5. Le déroulement de l'accouchement

5.1. Voie d'accouchement

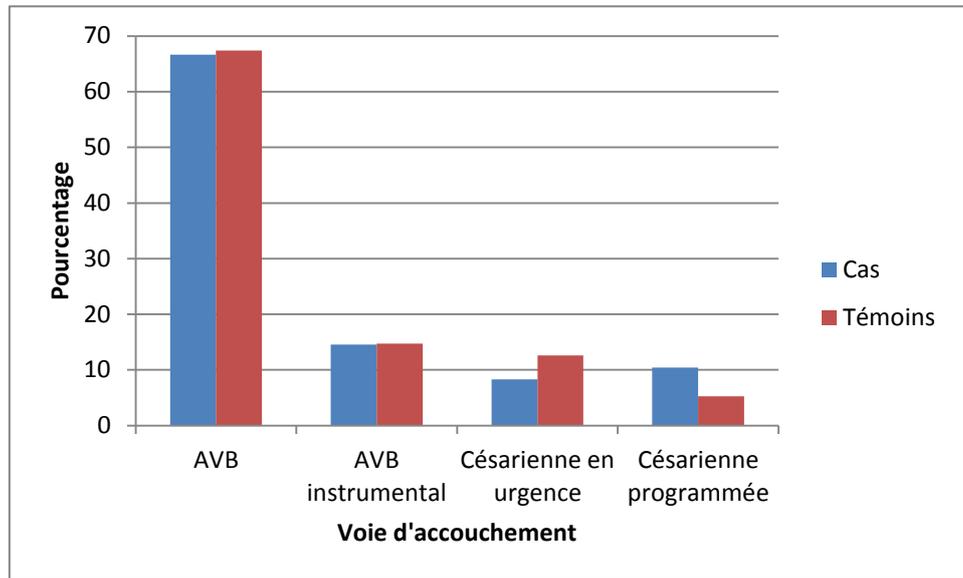


Figure 22 : Répartition de la voie d'accouchement selon les cas et les témoins

66,67% des cas avaient accouché par voie basse contre 67,37% des témoins. 14,58% des cas avaient accouché par voie basse instrumentale contre 14,74% des témoins. 8,33% des cas avaient eu une césarienne en urgence contre 12,63% des témoins. 10,42% des cas avaient eu une césarienne programmée contre 5,26% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,6280$).

5.2. Dystocies

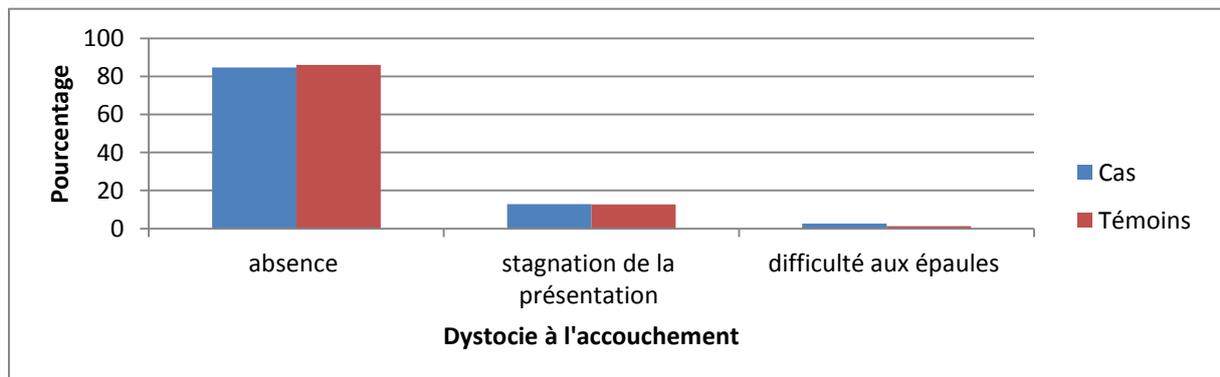


Figure 23 : Répartition des dystocies selon les cas et les témoins

84,62% des cas ne présentaient pas de dystocies pendant l'accouchement contre 86,08% des témoins. 12,82% des cas présentaient une stagnation de la présentation à



dilatation complète contre 12,66% des témoins. 2,56% des cas présentaient une difficulté aux épaules contre 1,27% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,8752$).

5.3. Lésions périnéales

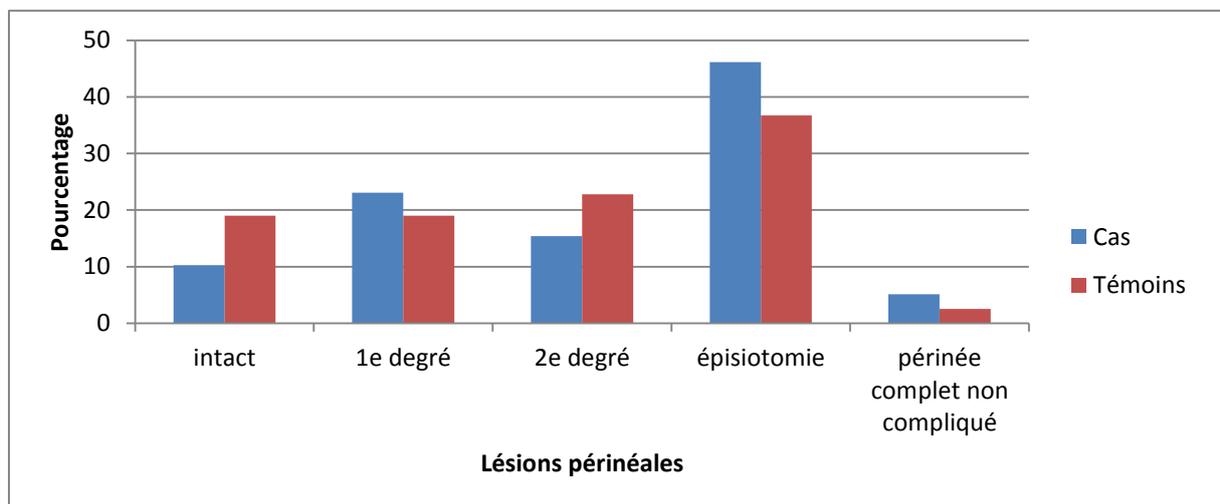


Figure 24 : Répartition des lésions périnéales selon les cas et les témoins

10,26 % des cas ne présentaient pas de lésion périnéale contre 18,99% des témoins. 23,08% des cas présentaient une lésion périnéale du 1^{er} degré contre 18,99% des témoins. 15,38% des cas présentaient une lésion périnéale du 2^e degré contre 22,78% des témoins. 46,15% des cas avaient eu une épisiotomie contre 36,71% des témoins. 5,13% des cas avaient eu un périnée complet non compliqué contre 2,53% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,5156$).

5.4. Professionnel ayant réalisé l'accouchement

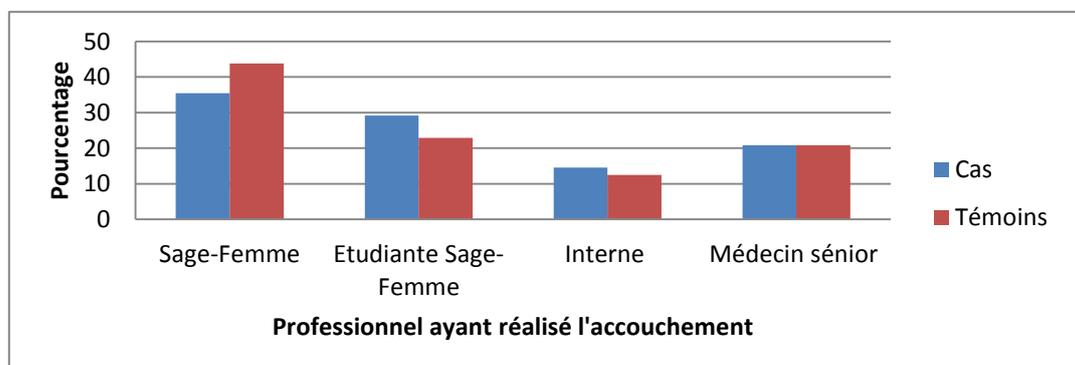


Figure 25 : Personne ayant réalisé l'accouchement selon les cas et les témoins

L'accouchement avait été réalisé :

- par une sage-femme pour 35,42% des cas contre 43,75% des témoins,
- par un étudiante sage-femme pour 29,17% des cas contre 22,92% des témoins,
- par un interne de gynécologie-obstétrique pour 14,58% des cas contre 12,5% des témoins,
- par un médecin gynécologue-obstétricien pour 20,83% des cas et des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,7656$).

6. Le déroulement du post-partum immédiat

6.1. Mode de délivrance

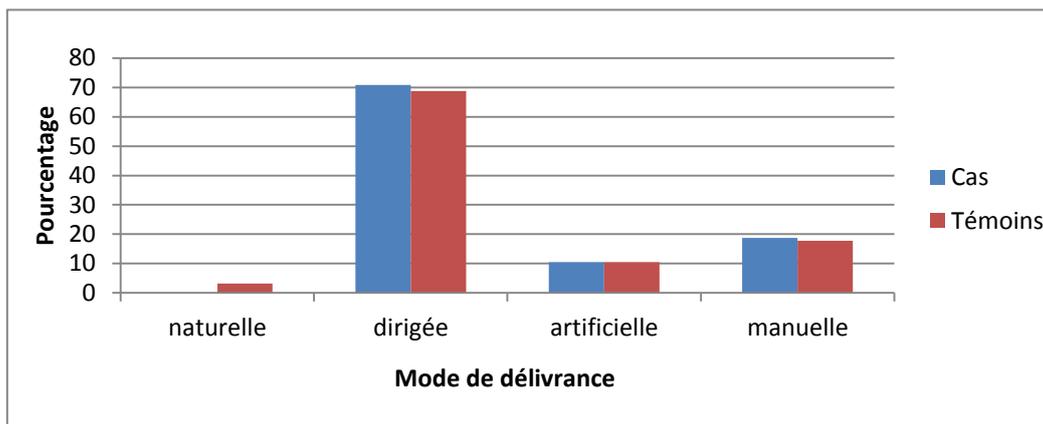


Figure 26 : Répartition du mode de délivrance selon les cas et les témoins

La délivrance avait été naturelle pour 3,13% des témoins et aucun des cas, dirigée pour 70,83% des cas et 68,75% des témoins et artificielle pour 10,42% des cas et des témoins. Elle avait été manuelle, c'est-à-dire réalisée au décours d'une césarienne, pour 18,75% des cas et 17,71 de témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,6732$).



6.2. Pathologie(s) du post-partum immédiat

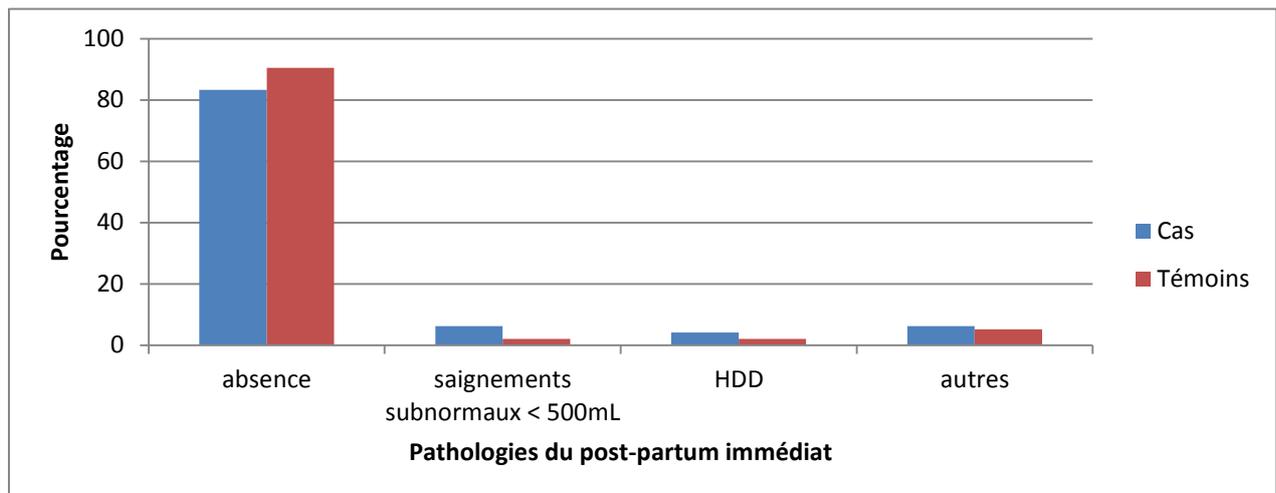


Figure 27 : Répartition des pathologies du post-partum immédiat selon les cas et les témoins

83,33 % des cas n'avaient pas présenté de pathologies dans le post-partum immédiat contre 90,53% des témoins. 6,25% des cas avaient présenté des saignements subnormaux (>350mL) mais restant inférieurs au seuil de l'hémorragie de la délivrance (HDD) contre 2,11% des témoins. 4,17% des cas avaient présenté une HDD contre 2,11% des témoins. 6,25% des cas avaient présenté une autre pathologie dans le post-partum immédiat contre 5,26% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,5137$).

7. Influence du déroulement des suites de naissances

7.1. Score d'Apgar

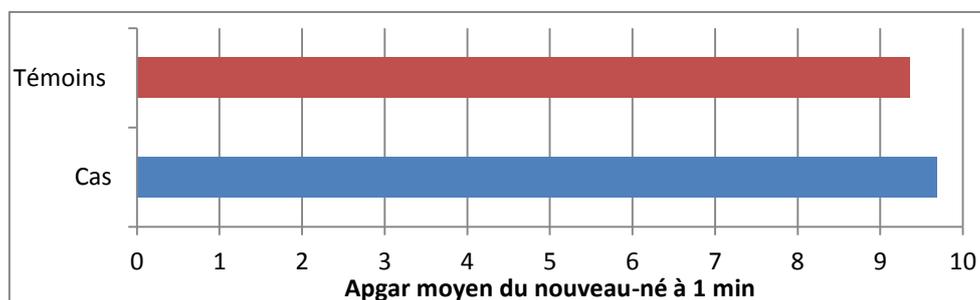


Figure 28 : Score d'Apgar à 1 minute chez les cas et les témoins

Le score d'Apgar du nouveau-né était de 9,69 pour les cas et 9,36 pour les témoins à 1 minute de vie.

La différence n'est pas significative ($p=0,1644$).

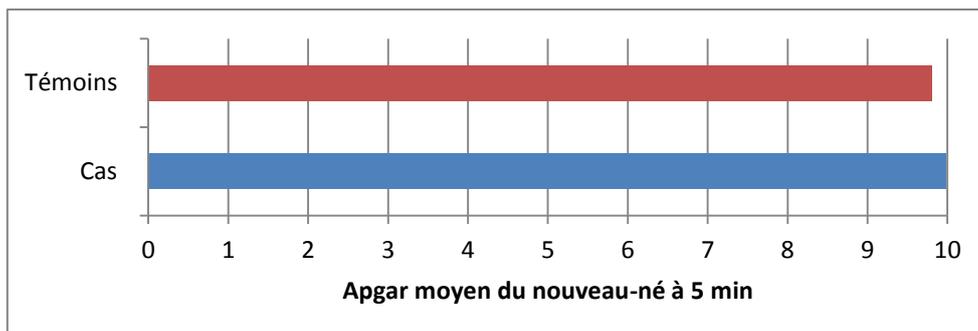


Figure 29 : Score d'Apgar à 5 minutes chez les cas et les témoins

Le score d'Apgar du nouveau-né était de 9,98 pour les cas et 9,80 pour les témoins à 5 minutes de vie.

La différence n'est pas significative mais une tendance est retrouvée ($p=0,0813$).

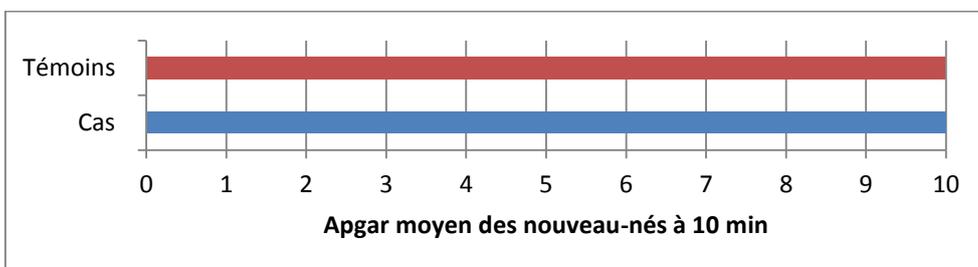


Figure 30 : Score d'Apgar à 10 minutes chez les cas et les témoins

Le score d'Apgar du nouveau-né était de 10 pour les cas et 9,99 pour les témoins à 1 minute de vie.

La différence n'est pas significative ($p=0,4814$).

7.2. Poids de naissance

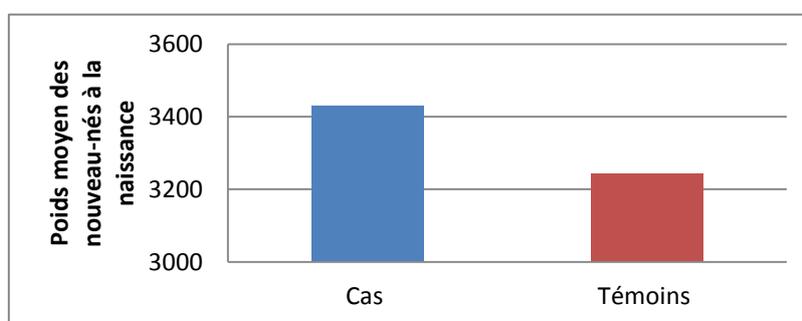


Figure 31 : Poids de naissance des nouveau-nés des cas et les témoins

Le poids de naissance était de 3430,65g pour les nouveau-nés des cas et 3241,53g pour les témoins.

La différence est **significative** ($p=0,0197$).

7.3. Réalisation d'un « peau à peau »

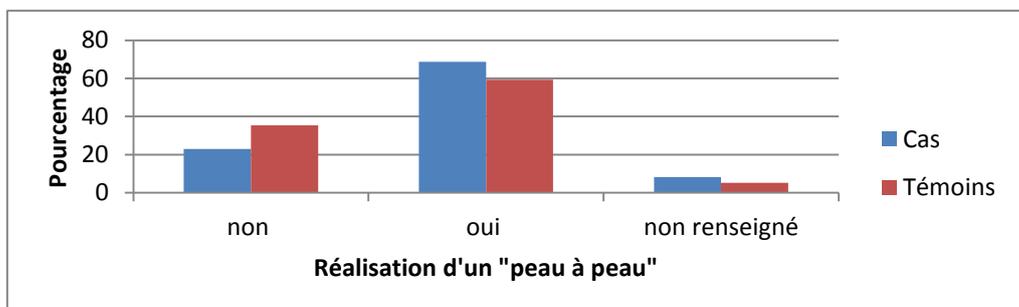


Figure 32 : Réalisation d'un "peau à peau" chez les cas et les témoins

Un « peau à peau » avait été réalisé pour 68,75% des cas et 59,38% des témoins. Il n'avait pas été réalisé pour 22,92% des cas et 35,42% des témoins. Le critère n'était pas renseigné chez 8,33% des cas et 5,21% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,2794$).

7.4. Mode d'allaitement

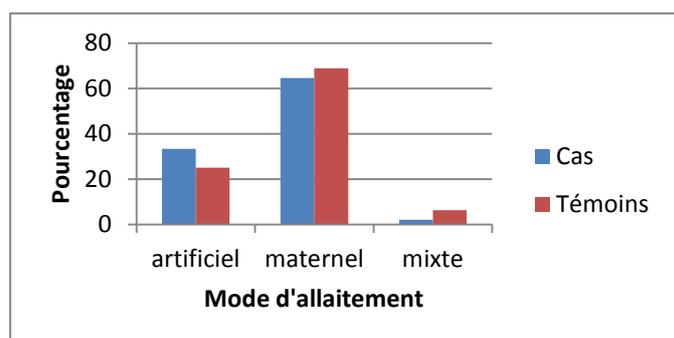


Figure 33 : Répartition du mode d'allaitement chez les cas et les témoins

Un allaitement artificiel était pratiqué par 33,33% des cas et 25% des témoins. L'allaitement maternel a été choisi par 64,58% des cas et 68,75% des témoins. Un allaitement mixte était réalisé par 2,08% des cas et 6,25% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,3632$).



7.5. Pathologie(s) du nouveau-né

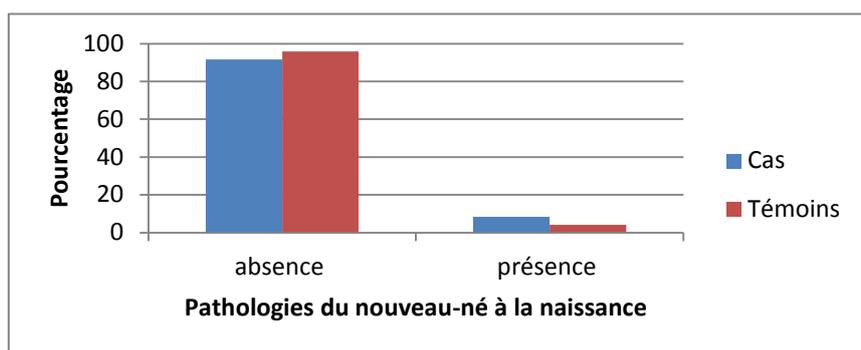


Figure 34 : Présence d'une pathologie du nouveau-né à la naissance chez les cas et les témoins

Une pathologie du nouveau-né à la naissance était retrouvée chez 8,33% des cas et 4,17% des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,3035$).

7.6. Manœuvre de réanimation

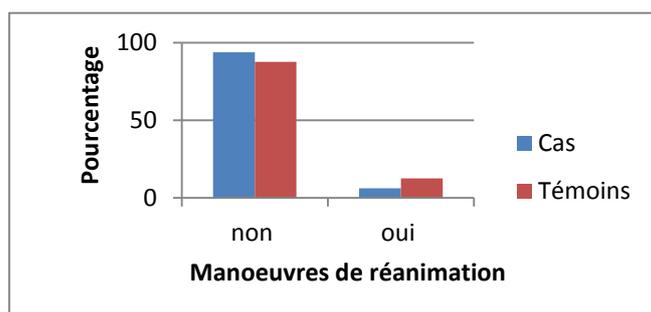


Figure 35 : Nécessité de manœuvre de réanimation selon les cas et les témoins

Des manœuvres de réanimation en salle de naissance avaient été nécessaires chez 6,25% des nouveau-nés des cas et 12,5% des nouveau-nés des témoins.

La différence n'est pas significative ($p=0,2471$).



Partie 4 : Analyse et discussion

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Les limites

Une des principales faiblesses de notre étude est son manque de puissance qui nous empêche de conclure sur certains critères. En effet, même s'il s'agit d'une étude exhaustive sur 5 ans, le nombre de cas pouvant être intégrés à l'étude restait faible.

Elle est plus à considérer comme une pré-étude. Il semblerait intéressant de la poursuivre à l'échelle nationale pour inclure plus de cas et avoir ainsi une meilleure puissance permettant d'affirmer ou d'infirmer certains critères pour lesquels une tendance statistique est retrouvée ici.

De plus, notre recherche, basée sur une étude de dossiers, ne prend pas en compte le vécu subjectif de l'accouchement par la femme. Cette notion paraît néanmoins importante à considérer dans l'étude des troubles psychiques. Il pourrait donc être intéressant de compléter cette recherche par des entretiens menés auprès des femmes afin d'apprécier ce facteur.

L'exclusion des patientes ayant eu une grossesse pathologique nous a permis de ne pas biaiser nos résultats. En effet, le déroulement de la grossesse peut avoir une influence sur l'apparition de troubles dans le post-partum, et ce d'autant plus qu'il a été pathologique. Cependant, le fait que toutes les patientes aient accouché à terme ne nous a pas permis d'évaluer totalement certains critères comme l'influence du terme de l'accouchement, des détresses fœtales ou néonatales sur l'apparition de troubles chez les mères.

Nous pouvons noter un biais d'information concernant certains critères qui n'étaient pas renseignés systématiquement dans le dossier File-Maker, notamment concernant les conditions socio-économiques et la douleur de la patiente au cours du travail. Cependant, les principales variables purement obstétricales nous concernant étaient parfaitement exploitables.

1.2. Les points forts

Un des points forts de notre étude est qu'elle prend en compte des patientes sans antécédent connu de troubles psychiques. Ces patientes qui ont pourtant un risque de présenter des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum sont néanmoins pas ou mal



dépistées contrairement aux femmes présentant des antécédents psychiques. Notre étude pourrait être une base en vue d'améliorer la prévention.

En outre, peu de travaux ont été retrouvés sur ce sujet et notamment sur l'influence de l'accouchement lui-même, ce qui rend notre recherche intéressante.

2. Influence du mode de vie

L'isolement social et familial est un facteur de risque de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum (3,17,19). Un travail de Montmasson et al. (29) réalisée en 2012 mettait en évidence que l'isolement familial, et notamment les femmes célibataires, multipliait par 6,6 le risque de troubles anxieux et dépressifs dans le post-partum (OR = 6,6 ; $p < 0,02$). Nos résultats sont en cohérence avec cette donnée puisque les cas étaient significativement plus nombreux à être célibataires (6,25% des cas versus 4,21% des témoins ; $p=0,0399$). Toutefois, le risque retrouvé dans notre travail était moins élevé que dans les travaux de Montmasson puisqu'il était estimé à 2,32.

3. Influence des antécédents gynéco-obstétricaux

Certains auteurs comme A.L Sutter-Dallay (11,17) présentaient les **antécédents gynécologiques** comme à risque de troubles anxio-dépressifs. Il semble en outre légitime de penser que le contexte d'une IVG ou le vécu d'une ou plusieurs fausses couches peut susciter de l'anxiété pendant la grossesse qui aurait comme corollaire des troubles anxio-dépressifs. Cependant, notre étude ne montre pas de différence significative entre les cas et les témoins concernant la gestité, les antécédents d'IVG et de fausses couches. Les taux étaient quasiment identiques dans chaque population.

4. Influence du déroulement du travail

Le **terme de mise en travail** des cas était significativement supérieur à celui des témoins ($p=0,0202$). On retrouvait un terme moyen de 39,6 SA chez les cas contre 39,1 SA chez les témoins. Ces termes sont cependant très proches et la différence difficilement interprétable. Il semblerait néanmoins que plus la grossesse évolue plus les femmes sont à risque de développer ces troubles : l'Odds ratio est de 2,22 après 39SA. Ce résultat est en désaccord avec certaines études qui retrouvaient plutôt la prématurité comme facteur de risque (16,17,30,31). Cette différence de résultat peut s'expliquer par un de nos critères de sélection des patientes qui excluait celles dont le déroulement de la grossesse était

pathologique. Toutes les patientes sélectionnées ici avaient par conséquent accouché à terme et le lien entre troubles anxio-dépressifs et accouchement prématuré n'a pas été étudié.

Il semblerait que la prématurité ou à l'inverse un terme avancé soient des facteurs de risque de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum. Mener une grossesse jusqu'au terme de 41 SA voire en post-terme augmente les troubles du sommeil ainsi que le malaise physique et la gêne corporelle propres au troisième trimestre de la grossesse. Cette fatigue physique, mais aussi psychique, induite par la grossesse peut être une cause en elle-même de fragilité psychique dans le post-partum. Ainsi, nous pouvons expliquer que les troubles anxio-dépressifs soient plus fréquents avec l'augmentation du terme d'accouchement. A l'inverse, un accouchement prématuré met en jeu d'autres mécanismes psychiques chez la mère, notamment une blessure narcissique et une grande culpabilité de ne pas avoir été capable de mener la grossesse à terme, de protéger cet enfant jusqu'à la fin de son développement. La séparation, précoce et fréquemment prolongée, de la mère et de son enfant est souvent responsable de troubles de l'attachement. Ces facteurs peuvent expliquer que le terme de l'accouchement peut être à risque de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum.

Nous pouvons néanmoins nous demander si à l'inverse le terme d'accouchement ne serait pas une conséquence de fragilité psychique maternelle antérieure qui décompenserait dans le post-partum. L'accouchement prématuré peut être vu comme la traduction sur le plan corporel d'une difficulté à vivre pleinement la grossesse. Cette difficulté maternelle pourrait se traduire aussi par des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum. De même, un accouchement à terme voire post-terme peut être le signe d'une peur importante de l'accouchement ou de la séparation, elle aussi responsable de troubles psychiques dans le post-partum.

Concernant le **mode de mise en travail**, il n'a pas été retrouvé de différence entre les cas et les témoins ($p=0,3971$).

La **durée du travail** est significativement plus élevée chez les cas que chez les témoins ($p=0,0109$). Un travail long apparaît donc comme un facteur de risque de troubles anxio-dépressifs. Ce facteur avait déjà été décrit (32,33) sans pour autant être expliqué. Montmasson et al. (29) avaient étudié ce facteur non pas en termes de temps de travail réel mais en termes de durée de travail subjectif observée par les femmes. Ils en avaient conclu que plus la femme estimait un temps de travail long plus elle était susceptible de développer



des troubles anxieux dans le post-partum (OR = 3,5 ; $p < 0,03$). Plusieurs facteurs entreraient donc en compte dans l'apparition de troubles anxieux et dépressifs : d'une part le temps réel de travail comme nous avons pu le démontrer dans notre recherche et d'autre part, le ressenti de la patiente concernant cette durée qui peut paraître plus ou moins importante selon les femmes. Le vécu semble donc ici aussi important que la durée en elle-même.

La présence de **pathologies chez la mère ou le fœtus** pendant le travail ne semble pas être en lien avec l'apparition de troubles anxio-dépressifs puisqu' aucune différence significative n'a été retrouvée entre les cas et les témoins. Une étude de cohorte de Blom et al. (34) avait démontré que la suspicion de détresse fœtale pendant le travail majorait le risque de troubles anxio-dépressifs par la suite (OR=1,56). Ce facteur n'a pas été retrouvé dans notre étude, probablement par manque de puissance et du fait que toutes nos patientes avaient accouché à terme, ce facteur diminuant le risque de détresse fœtale pendant le travail.

La **dose d'Oxytocine** reçue pendant le travail apparaît dans notre étude comme un facteur de risque significatif ($p=0,0321$). Une dose d'Oxytocine supérieure à 1,43 UI multiplierait par 3 le risque de développer un trouble anxio-dépressif (OR=3,33). Ce résultat est à corrélérer avec la durée du travail des cas qui est, de même, significativement plus longue ($p=0,0109$). Or, plus le travail est long et plus la dose d'Oxytocine reçue est importante, notamment dans le traitement des dystocies dynamiques. Une régression a été réalisée où nous avons retrouvé une corrélation significative entre durée du travail et dose d'Oxytocine reçue ($p < 0,0001$). Dans notre travail, il semble difficile de retenir la dose d'Oxytocine comme facteur de risque à elle seule de trouble anxio-dépressifs, mais plutôt l'augmentation de la durée du travail qui justifie la prescription d'Oxytocine.

Cependant cette association entre Oxytocine et troubles anxio-dépressifs est aussi retrouvée dans une étude réalisée par Gu et al. (35). Le taux d'Oxytocine administré pendant le travail était corrélé positivement aux symptômes dépressifs à deux mois du post-partum. Ce résultat peut apparaître comme paradoxal puisque la molécule d'Oxytocine est depuis peu utilisée en psychiatrie pour traiter certains troubles de l'humeur et à l'essai dans le traitement des dépressions sévères (36) On pourrait donc s'attendre à un effet positif de l'hormone de synthèse dans la prévention des troubles anxieux et dépressifs du post-partum. Pourtant, il semblerait que l'administration d'Oxytocine exogène pendant le travail entraîne plutôt une aggravation de l'état thymique des mères (37). Une méta-analyse du Docteur Mah

B. retrouvait un taux d'Ocytocine endogène plus faible chez les mères déprimées en post-partum, et l'administration d'Oxytocine exogène ne faisait qu'augmenter les troubles (38). Les dernières recommandations publiées concernant l'utilisation de l'Oxytocine rappellent que ce n'est pas une molécule anodine et qu'elle doit être utilisée avec parcimonie et en aucun cas de manière systématique, hormis dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance (39).

Ainsi, la molécule d'Oxytocine administrée pendant le travail semble être un facteur de risque de dépression et de troubles anxieux dans le post-partum. Cependant, la physiopathologie reste encore à préciser. De plus, nous pouvons nous demander, au vu de nos résultats si un terrain préexistant favorable à des troubles psychiques futurs n'induirait pas un plus grand recours à l'Oxytocine en raison d'un travail plus long.

L'appel d'un médecin pendant le travail ou l'accouchement ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum. Nous avons pu noter une différence entre les cas et les témoins. En effet, l'aide d'un médecin a été nécessaire pour 74,42% des cas contre seulement 68,54% des témoins. Cependant cette différence n'est pas significative ($p=0,4878$). Nous aurions pu nous attendre à ce que ce facteur soit à risque de troubles anxio-dépressifs car il peut générer une angoisse supplémentaire chez la parturiente. La venue d'un médecin est souvent décrite comme stressante par les femmes et notamment si les raisons de sa venue leur ont pas été correctement expliquées. Comme nous avons pu le décrire précédemment, tous les événements où la femme peut avoir l'impression de perdre le contrôle peuvent être à risque psychique dans le post-partum.

5. Influence de la douleur

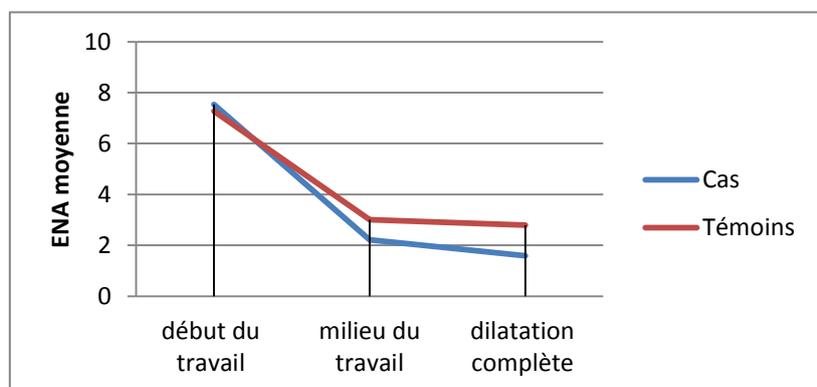


Figure 36 : Evolution de l'ENA chez les cas et les témoins lors de différentes phases du travail



L'évolution de la **douleur** chez les cas et les témoins était identique au cours du travail. Nous pouvons noter une diminution conséquente de celle-ci en première partie du travail, pouvant être attribuée au recours important des patientes à l'APD (87,50% des cas et 81,05% des témoins).

Nous constatons cependant un recours moins important des témoins à l'APD (9,47% des témoins n'avaient pas eu recours à l'APD contre 0% des cas), ce qui explique en partie la différence significative retrouvée concernant la douleur à dilatation complète supérieure chez les témoins. De plus, cette différence peut aussi s'expliquer par la durée du travail des témoins qui était significativement moins importante. Une régression a été réalisée afin de croiser la durée de travail et le recours à l'anesthésie dans notre population. Nous avons ainsi pu confirmer qu'il y avait bien une relation entre une faible durée de travail et une absence de recours à l'APD ($p < 0,0001$). Un travail rapide peut rendre impossible le recours à l'APD et être, par conséquent, vécu comme plus douloureux.

Toutefois, la douleur associée au travail rapide et à l'absence de recours à l'APD ne semblent pas être des facteurs de risque de troubles anxio-dépressifs dans notre étude.

D'autres travaux ne sont pas unanimes concernant le rôle de la douleur du travail dans la genèse de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum :

- La recherche de Gosselin et al. mettait en évidence un lien entre la douleur pendant l'accouchement et la dépression du post-partum chez les nullipares. De plus, les femmes ayant eu recours à l'APD avaient un niveau de douleur moins important que celles sans analgésie. Or, il n'existait pas de différence quant à leurs symptômes anxieux ou dépressifs dans le post-partum. Le recours à l'anesthésie ne semblait donc pas protecteur. (33)
- Une étude de Lim et al. parvenait, à l'inverse, à mettre en évidence un rôle protecteur de l'APD dans l'apparition de troubles anxio-dépressifs. En effet, les patientes ayant bénéficié d'une APD avaient un score plus faible à l'échelle de dépression du post-partum (EPDS) ($p=0,002$). (40)
- Enfin, une étude de Boudou et al. représentait la douleur non pas comme un facteur de risque de troubles anxio-dépressifs mais comme un facteur prédictif. En effet, le vécu de la douleur par la femme, et en particulier si elle décrit une douleur intense résistante à l'anesthésie, serait prédictif de troubles psychiques à venir. (41)

Le lien entre douleur et apparition de troubles anxio-dépressifs reste encore difficile à affirmer avec certitude. Il existe très probablement une influence de la douleur pendant le travail sur le développement des troubles en post-partum. Cependant nous pouvons nous

demander si cette douleur agit en tant que cause ou conséquence de prédisposition psychique de troubles anxieux ou dépressifs. Il faudrait non pas prendre la douleur en elle-même comme facteur de risque mais plutôt la réaction émotionnelle suscitée par celle-ci chez la femme comme facteur prédictif. En effet, la sévérité de la douleur est très subjective pour chaque femme en travail et peut constituer un réel facteur de détresse émotionnelle au cours du travail mais surtout dans le post-partum. Cette détresse est composée d'émotions négatives telles que la honte, la culpabilité, la colère, l'impuissance mais aussi un sentiment de perte de contrôle de son corps et même de menace vitale. Une réaction émotionnelle intense liée à la douleur chez la parturiente peut être observée.

6. Influence du mode d'accouchement

La **voie d'accouchement** n'est pas significativement différente ($p=0,6280$) entre les cas et les témoins dans notre étude. Cependant on peut remarquer un nombre d'accouchements par voie basse moins important dans la population des cas contrairement à celle des témoins, avec un nombre de césariennes programmées plus important chez les cas. Ces résultats ne sont pas significatifs probablement par manque de puissance de l'étude.

L'accouchement par voie basse instrumentale ou la césarienne en urgence n'apparaissent pas ici comme des facteurs de risque contrairement à certaines études où ces pratiques particulièrement angoissantes pour la patiente augmentaient le risque de troubles psychiques ultérieurs. Une étude cas-témoins de Blom et al. réalisée en 2010, présentait la césarienne en urgence et l'extraction instrumentale comme particulièrement à risque de dépression du post-partum (OR respectivement de 1,56 et 2,43) (34). Une étude plus ancienne de Boyce et al., réalisée en 1992 présentait déjà la césarienne en urgence comme multipliant le risque de troubles anxio-dépressifs par 6 (42).

La perte de maîtrise de son corps et/ou de son accouchement, induit par la césarienne ou l'extraction instrumentale peut être très traumatique pour la femme. Ce facteur est d'autant plus à risque de troubles psychiques ultérieurs si des explications ne sont pas données à la femme, si le personnel médical est distant ou s'il ne lui permet pas de s'exprimer *a posteriori* sur les modalités de l'accouchement et d'exposer les questions qui sont les siennes (43). Par ailleurs, la césarienne amoindrit la disponibilité de la mère à interagir avec son enfant que ce soit dans le post-partum immédiat ou dans les jours suivants où la douleur peut réduire ses capacités physiques. L'établissement des premiers

liens mère-enfant peut ainsi être fragilisé, expliquant ainsi la prévalence augmentée de troubles anxio-dépressifs après une césarienne.

Concernant les **lésions périnéales** à la suite de l'accouchement par voie basse, nous pouvons remarquer une différence entre les cas et les témoins sans que celle-ci ne soit significative ($p=0,5156$). Seulement 10,26% des cas avaient un périnée intact, contre 18,99% des témoins. Nous pouvons remarquer un pourcentage nettement plus élevé d'épisiotomie (46,15% versus 36,71%) et de périnées complets non compliqués (5,13% versus 2,53%) chez les cas. Les atteintes importantes du périnée telles que l'épisiotomie ou les déchirures complètes semblent donc être plus importantes chez les cas sans que nous ne puissions mettre en avant de différence significative.

Les lésions du périnée induites par l'accouchement pourraient donc être un facteur de risque de troubles anxieux et dépressifs dans le post-partum à confirmer. Ces atteintes des voies génitales de la femme peuvent être vécues comme un réel traumatisme pour elles. Une étude réalisée aux Etats Unis et publiée dans l'*International Journal of Women's Health* (44) rapporte que les femmes sont plus susceptibles de développer une mauvaise image de leur corps et une vie sexuelle moins satisfaisante après une épisiotomie comparativement à celles ayant eu une déchirure simple ou un périnée intact. En effet, ces atteintes intimes peuvent être sources de véritables traumatismes pour les mères et ainsi augmenter l'état de fragilité physiologique du post-partum.

7. Influence du déroulement du post-partum immédiat

Le **mode de délivrance** n'apparaît pas dans notre étude comme significativement différente entre les cas et les témoins. Le pourcentage de délivrances artificielles était identique chez les cas et les témoins. Nous pouvons seulement noter comme différence un pourcentage de délivrances naturelles plus important chez les témoins (3,13% contre 0% chez les cas). Cette différence peut s'expliquer par la durée du travail des témoins souvent beaucoup plus rapide, entraînant ainsi un manque de temps pour préparer l'injection préventive d'Oxytocine lors du dégagement des épaules.

Concernant les **pathologies du post-partum immédiat**, nous pouvons remarquer un pourcentage plus important d'HDD, de saignements subnormaux et d'autres pathologies chez les cas contrairement aux témoins. Cependant cette différence n'est pas significative

certainement par manque de puissance de l'étude. Un travail mené au CHU de Brest entre 2008 et 2015 met en évidence que 19% des patientes présentaient des troubles anxieux dans le post-partum à la suite d'hémorragie sévère (45). Cette complication du post-partum immédiat est l'une des plus anxiogènes pour la femme. Elle est vécue comme une menace pour l'intégrité physique, à laquelle s'ajoute une peur intense, une sensation de mort. Ces sentiments forts sont la cause de troubles cependant plus proches d'un état de stress post-traumatique que des troubles anxio-dépressifs tels que nous les avons décrits précédemment. Nous ne pouvons cependant pas exclure le fait que les hémorragies, importantes ou non, aient un rôle dans l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum, d'autant plus qu'elles causent souvent un état de fatigue intense chez la jeune mère, pouvant augmenter le risque de troubles psychiques.

8. Influence du déroulement des suites de naissances

L'état du nouveau-né à la naissance a été évalué grâce au score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie mais aussi par la réalisation ou non de manœuvres de réanimation et la présence ou non de pathologie néonatale.

Tableau 1 : Score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie des nouveau-nés des cas et des témoins

Score d'Apgar	Cas	Témoins	p
A 1 minute	9,69	9,36	0,1644
A 5 minutes	9,98	9,80	0,0813 (*)
A 10 minutes	10	9,99	0,4814

(*) Tendence statistique

Notre recherche ne permet pas de prouver une influence de ce score sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs. En effet, ces scores sont très proches et aucune différence significative n'est retrouvée. Nous pouvons néanmoins noter une tendance statistique concernant le score d'Apgar à 5 minutes où il semblerait que les cas aient eu un score légèrement supérieur que les témoins. Ils sont toutefois supérieurs à 9 dans les deux groupes, cette association semble donc difficilement interprétable. Nos résultats sont concordants avec l'étude de Blom et al. qui ne retrouvait pas d'association entre le score d'Apgar et les troubles anxio-dépressifs du post-partum (34).

8,33% des nouveau-nés des cas avaient une pathologie découverte à la naissance contre seulement 4,17% pour les nouveaux-nés des témoins. Cette différence n'est

cependant pas significative ($p=0,3035$) probablement par manque de puissance. La découverte de pathologie chez le nouveau-né est un évènement particulièrement anxiogène pour la mère et pouvant entraîner du stress, une grande culpabilité et une altération de l'image du bébé parfait et idéalisé construite tout au long de la grossesse. L'établissement de la relation mère/bébé est alors perturbé et la fragilité psychique de la mère en post-partum peut également être augmenté ou favoriser l'apparition de troubles anxio-dépressifs.

Enfin, nous n'avons pas retrouvé de différence significative ($p=0,2471$) en termes de réalisation de manœuvres de réanimation chez les nouveaux-nés des cas et des témoins.

Ainsi, aucun lien significatif n'a pu être mis en évidence entre l'état de l'enfant à la naissance et l'apparition de troubles anxio-dépressifs maternels. Notre méthode de sélection des patientes est probablement en cause car nous avons exclu les patientes avec un déroulement pathologique de la grossesse. Par conséquent, il semble logique que les nouveaux-nés de notre population aient une bonne adaptation à la vie extra-utérine, étant tous nés à terme.

Une différence statistique était retrouvée entre le **poids des nouveaux nés** des cas (3430,65g) et celui des nouveaux nés des témoins (3241,53g) ($p=0,0197$). Le poids supérieur des nouveaux-nés des cas peut être en partie expliquée par le terme de mise en travail supérieur aux témoins.

La **réalisation du peau à peau** est un acte favorisant les premiers échanges entre la mère et son enfant. Nous aurions pu nous attendre à ce que sa réalisation soit un facteur protecteur de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum. Notre étude ne permet pas de le prouver ($p=0,2794$), car aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les cas et les témoins.

Concernant le **mode d'allaitement**, les patientes ayant présenté des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum sont plus nombreuses à avoir choisi un allaitement artificiel que les témoins. Ces résultats ne sont cependant pas significatifs ($p=0,3632$). Cette différence est difficile à interpréter. En effet, il semble complexe de savoir si c'est le mode d'allaitement qui influence l'apparition de trouble anxio-dépressifs ou si ce sont les prédispositions psychiques qui influencent le choix de la mère.



Propositions d'actions

A terme, l'intérêt principal de notre étude serait de permettre une meilleure prévention de l'apparition de ces troubles anxieux et dépressifs mais aussi un meilleur dépistage des patientes à risque.

Des actions de prévention en amont semblent importantes. Les femmes devraient être systématiquement informées de l'existence de cette pathologie notamment lors de l'entretien prénatal précoce (EPP) mais aussi lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Cette information a pour but de leur expliquer les fragilités psychiques liées à la grossesse et à l'accouchement qui peuvent être exacerbées dans les suites de couches. Il est donc primordial qu'elles sachent qu'elles peuvent s'expliquer sans censure ni jugement de valeur.

La prévention et le dépistage des troubles anxio-dépressifs du post-partum doit s'adresser à toutes les femmes et non seulement à celles ayant des antécédents de troubles psychiques. Aussi il est primordial, en suites de couches, pendant le séjour à la maternité mais également à domicile, de favoriser et susciter l'expression du ressenti des patientes tant sur le vécu de la grossesse que de l'accouchement et de ses suites. La présence de certains facteurs de risque mis en avant (un travail long, la présence de pathologie hémorragique dans le post-partum, ...) doit inciter à une vigilance particulière. Toutefois leur absence ne doit pas amener à minimiser les risques d'apparition de troubles anxio-dépressifs.



Conclusion

Les troubles anxio-dépressifs du post-partum sont la pathologie la plus fréquente de cette période et souvent la plus difficile à dépister.

Notre recherche a permis de mettre en évidence une influence de certains critères du déroulement de l'accouchement sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum. Un lien statistique significatif a pu être mis en avant notamment concernant le terme de mise en travail, la durée du travail, la dose d'Oxytocine reçue par la patiente.

Le manque de puissance ne nous a pas permis en revanche d'établir l'influence d'autres évènements pathologiques du déroulement du travail comme le mode d'accouchement, la présence de pathologies hémorragiques dans le post-partum immédiat ou de détresses néonatales.

Ces résultats ne nous permettent pas de valider avec une significativité statistique notre hypothèse. Cependant, il semblerait que certains évènements du déroulement du travail soit plus à risque de troubles anxio-dépressifs. L'accumulation des risques pourrait augmenter significativement le risque de troubles, d'après le travail de Blom et al. ($p < 0,001$).

Une étude plus puissante à l'échelle nationale permettrait d'affirmer ou d'infirmer certains de nos résultats. Il pourrait de plus, être intéressant d'associer à cette recherche un versant sur le vécu des patientes afin d'évaluer s'il s'agit de la pathologie obstétricale en elle-même qui est un facteur de risque ou si c'est la réaction émotionnelle qui prime sur l'apparition et l'intensité des troubles anxio-dépressifs dans le post-partum.

A terme, l'intérêt principal serait de permettre une meilleure prévention de l'apparition de ces troubles anxieux et dépressifs mais aussi un meilleur dépistage des patientes à risque. Revenir avec elles sur le déroulement de leur travail et de leur accouchement mais aussi sur leur vécu de cet évènement majeur dans leur vie permettrait probablement de réduire le risque d'apparition de troubles anxio-dépressifs ainsi que leur intensité dans le post-partum.



Références bibliographiques

1. Elisabeth Glatny-Dallay et al. Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale. *J Psychol.* oct 2008;(261):26 à 28.
2. Jacques Dayan. Dépression du post-partum - Epidémiologie générale. In: *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité.* Elsevier Masson. 2014. p. 154-6. (Les âges de la vie).
3. Rich-Edwards J. et al. Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *Int J Epidemiol.* 2011;(40):375-84.
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum. 2014.
5. Jacques Dayan. Post-Partum Blues. In: *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité.* Elsevier Masson. 2014. p. 253-7. (Les âges de la vie).
6. S. Bydlowski. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 31 oct 2015;(44):1152-6.
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010.
8. A.-L. Sutter-Dallay. Dépression postnatale. In: *Traité d'obstétrique.* Elsevier Masson. 2010. p. 502-8.
9. Société américaine de psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies.
11. A.-L. Sutter-Dallay, I. Lacaze et al. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Ann Méd-Psychol.* 2005;(163):524-8.
12. Dr Luis Alvarez, Dr Véronique Cayol. La psychopathologie du post-partum. In: *Psychologie et psychiatrie de la grossesse.* Odile Jacob. 2015. p. 220-9.
13. Jacques Dayan. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* oct 2007;549-61.
14. Jacques Dayan. Anxiété et stress - Troubles anxieux caractérisés. In: *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité.* Elsevier Masson. 2014. p. 187-93. (Les âges de la vie).
15. Monique Bydlowski. Les dépressions maternelles en questions. *Carnet Psy.* 2008;(129):38-44.
16. S. Bydlowski. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 31 oct 2015;(44):1152-6.



17. K. Faure, M. Legras et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Rev Prat. sept 2008;58.
18. Robertson E. et al. Antenatal risk factors for post-partum depression : a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004;(26):289-95.
19. Dépression du post-partum - Vulnérabilité et facteurs de risque. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 161-70.
20. K. Faure, M. Legras et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Rev Prat. sept 2008;58.
21. A.-L. Sutter-Dallay, I. Lacaze et al. Troubles psychiatriques et période périnatale. Ann Méd-Psychol. 2005;(163):524-8.
22. Jacques Dayan. Dépression du post-partum - Vulnérabilité et facteurs de risque. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 161-70. (Les âges de la vie).
23. P. Gosselin, K. Chabot et al. La peur de l'accouchement chez les nullipares. L'Encéphale. 2016;(42):191-6.
24. Jacques Dayan. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In: Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010. p. 343-50.
25. Jacques Dayan. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2017;
26. Nager A. et al. Neighborhood socioeconomic environment and risk of post-partum psychosis. Arch Womens Ment Health. 2006;(9):81-6.
27. Blackmore E et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. J Psychiatry. 2006;(188):32-6.
28. Jacques Dayan. Psychoses puerpérales - Facteurs de risque. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 219-20. (Les âges de la vie).
29. Montmasson H. et al. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2012;41(6):553-60.
30. Nager A. et al. Neighborhood socioeconomic environment and risk of post-partum psychosis. Arch Womens Ment Health. 2006;(9):81-6.
31. Blackmore E et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. J Psychiatry. 2006;(188):32-6.
32. Anxiété et stress - Troubles anxieux caractérisés. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 187-93.
33. P. Gosselin, K. Chabot et al. La peur de l'accouchement chez les nullipares. L'Encéphale. 2016;(42):191-6.



34. Blom E.A. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. BJOG. 2010;1390-8.
35. Gu et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. Birth. mars 2016;28-35.
36. Scantamburlo G. et al. Plasma Oxytocin Levels and Anxiety in Patients with Major Depression. Psychoneuroendocrinology. 4(32):407-10.
37. Cardaillac C. et al. L'ocytocine et la dépression du post-partum. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;(45):786-95.
38. Mah B. et al. Oxytocin, Postnatal Depression, and Parenting : A Systematic Review. Harv Rev Psychiatry. 2016;(24):1-13.
39. CNSF. Oxytocine, recommandations pour la pratique clinique. [en ligne]. janv 2017;
40. Lim et al. Labor Analgesia as a Predictor for Reduced Postpartum Depression Scores : A Retrospective Observational Study. Anesth Analg. déc 2017;
41. Boudou et al. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2007;35(11):1136-42.
42. Boyce P.M et al. Parents, partners or personality ? Risk factors for post-natal depression. J Affect Disord. 2001;4(21):245-55.
43. Jacques Dayan. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In: Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010. p. 343-50.
44. Zielinski R. et al. Body after baby: a pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. Int J Womens Health. 2017;9:189-98.
45. P.E. Bouet. État de stress post-traumatique et hémorragie du post-partum. Lett Gynécologue. (378-379):27-30.



REBIERE Gaëlle

Influence du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum, étude cas-témoin.

Mémoire de fin d'études, Ecole de sages-femmes de LIMOGES, année universitaire 2017-2018.

Résumé

A travers une étude cas-témoins réalisée auprès de patientes de l'HME de Limoges, nous voulions étudier l'influence du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le post-partum.

Notre objectif était de démontrer un lien statistique entre le déroulement pathologique de l'accouchement et l'apparition de troubles anxieux et dépressifs dans le post-partum.

Notre recherche a été réalisée avec 48 cas, patientes ayant présenté de tels troubles en post-partum et 96 témoins.

Un lien statistique a été prouvé concernant certaines variables obstétricales comme le terme de mise en travail, la durée de celui-ci, la dose d'Oxytocine administrée pendant le travail, le poids du nouveau-né à la naissance.

Cependant, le manque de puissance de notre étude ne nous a pas permis de conclure concernant d'autres variables comme la douleur pendant le travail, la voie d'accouchement ou encore la présence d'hémorragie de la délivrance ou de pathologies chez le nouveau-né à la naissance.

Une étude incluant plus de patientes permettrait de poursuivre cette recherche à plus grande échelle.

Mots clés : déroulement du travail, déroulement de l'accouchement, troubles anxio-dépressifs, post-partum,

