

Ecole de Sages-Femmes
Hôpital du Cluzeau
23, avenue Dominique Larrey
87042 LIMOGES CEDEX

FACULTE DE MEDECINE DE LIMOGES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013

<p>CONSEQUENCES DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS SUR LE DEROULEMENT DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT</p>
--

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME

PRESENTE PAR :

Virginie DURAND

Née le 26 décembre 1990 à Limoges (87)

MAITRE DE MEMOIRE :

Christine RAINELLI

Remerciements

Merci à Mme Rainelli, mon maître de mémoire, qui a permis à ce travail de voir le jour. Merci pour tous les conseils précieux que vous m'avez apportés et le temps que vous m'avez accordé.

Merci à Agnès Baraille, pour vos critiques toujours constructives et la rigueur que vous avez su m'inculquer tout au long de ce travail.

Merci à Marie-Laure Villars, pour ta disponibilité, ton aide et ton écoute attentive. Merci de m'avoir fait découvrir un autre versant de la profession de sage-femme.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont distribué mes questionnaires et porté de l'intérêt à mon travail.

Merci aux patientes qui ont accepté de répondre aux questionnaires et grâce à qui cette étude a été possible.

Merci à mes parents, mes frères, ma grand-mère et Didier pour tout ce que vous faites pour moi au quotidien, je vous en suis très reconnaissante !

Merci à Valentin pour ta présence, tes encouragements, merci de me rendre heureuse, tout simplement.

Merci à ma promotion, particulièrement Cécile et Anne-Laure. La vie étudiante n'aurait pas été pareille sans vous, merci pour tous ces bons moments et bonnes soirées !

Merci à Marion et Mathilde, mes meilleures amies, pour votre bonne humeur et votre gentillesse de tous les jours.

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIF

I.I LES TROUBLES DEPRESSIFS.

1.1.1 EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES DEPRESSIFS.

1.1.2 CARACTERISTIQUES DES TROUBLES DEPRESSIFS.

1.1.3 CONSEQUENCES DES TROUBLES DEPRESSIFS.

1.1.4 LES TROUBLES DEPRESSIFS PENDANT LA GROSSESSE.

I.II LES TROUBLES ANXIEUX.

1.2.1 EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX.

1.2.2 DEFINITIONS DES TROUBLES ANXIEUX.

1.2.2.1 Les troubles anxieux généralisés

1.2.2.2 Les attaques paniques

1.2.2.3 Le trouble panique

1.2.2.4 Les pathologies post-traumatiques

1.2.2.5 Les phobies

1.2.2.6 Les troubles obsessionnels compulsifs

1.2.3 LES TROUBLES ANXIEUX PENDANT LA GROSSESSE.

I.III PSYCHOPHYSIOLOGIE PERINATALE.

1.3.1 LE « DEVENIR PARENT » OU PROCESSUS DE PARENTALITE

1.3.2 VECU PSYCHOAFFECTIF DE LA GROSSESSE.

1.3.3 ACCOUCHEMENT ET DYNAMIQUE DE LA NAISSANCE.

I.IV CONSEQUENCES ET RISQUES DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS SUR LA PERIODE PERINATALE

1.4.1 SUR LA GROSSESSE

1.4.2 SUR L'ACCOUCHEMENT

1.4.2.1 Rappels et épidémiologie.

1.4.2.2 Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur l'accouchement.

1.4.3 SUR LE POST-PARTUM

I.V. DEPISTAGE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS PAR LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION CLINIQUE.

1.5.1 L'EDINBURGH POSTNATAL SCALE DEPRESSION (EPDS).

1.5.2 STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI-YB).

I.VI. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS

1.6.1 PHARMACOTHERAPIE

1.6.1.1 Les antidépresseurs

1.6.1.2 Les hypnotiques et les anxiolytiques.

1.6.2 PSYCHOTHERAPIE.

1.6.3 SISMOTHERAPIE

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

II.I CONSTAT, PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESE.

2.1.1 CONSTAT.

2.1.2 PROBLEMATIQUE.

2.1.3 OBJECTIFS.

2.1.3.1 Principal.

2.1.3.2 Secondaires.

2.1.4 HYPOTHESES

2.1.4.1 Principale.

2.1.4.2 Secondaires.

II.II METHODOLOGIE DE L'ETUDE.

2.2.1 CRITERE PRINCIPAL DE JUGEMENT.

2.2.2 INTERET DE L'ETUDE

2.2.3 TYPE D'ETUDE.

2.2.4 LA POPULATION ETUDIEE.

- 2.2.4.1 Population source.
- 2.2.4.2 Critères d'inclusion.
- 2.2.4.3 Critères de non-inclusion.
- 2.2.4.4 Critères d'exclusion.
- 2.2.4.5 Nombre de sujets nécessaires.
- 2.2.4.6 Faisabilité.

2.2.5 CHOIX DES VARIABLES.

- 2.2.5.1 Variable indépendante.
- 2.2.5.2 Variables dépendantes

2.2.6 STRATEGIE D'EXPLOITATION.

- 2.2.6.1 Recueil de données.
- 2.2.6.2 Les échelles.
- 2.2.6.3 Analyse des résultats.
- 2.2.6.4 Personnes ressources

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS

III.I PRESENTATION DE LA POPULATION.

- 3.1.1 ÂGE MATERNEL.
- 3.1.2 PARITE.
- 3.1.4 ORIGINE DE LA POPULATION.
- 3.1.5 STATUT MARITAL.
- 3.1.6 PROFESSION ET SON EXERCICE.
- 3.1.7 DESIR DE LA GROSSESSE.
- 3.1.8 ANTECEDENTS DE TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS.
- 3.1.9 ANTECEDENTS DE CESARIENNE.
- 3.1.10 PHARMACOTHERAPIE EN COURS DE GROSSESSE.
- 3.1.11 REALISATION DE L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP) AU COURS DE LA GROSSESSE.

III.II RESULTATS DES ECHELLES.

3.2.1 EVALUATION DE LA COMPOSANTE DEPRESSIVE PAR L'EPDS.

3.2.2 EVALUATION DE LA COMPOSANTE ANXIEUSE PAR LA STAI.

III.III LE MODE D'ACCOUCHEMENT.

3.3.1 MODE D'ACCOUCHEMENT EXPOSEES / NON-EXPOSEES.

3.3.2 MODE D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.

3.3.3 MODE D'ACCOUCHEMENT DES SUJETS ANXIEUX.

III.IV DUREE DU TRAVAIL.

3.4.1 DUREE DU TRAVAIL EXPOSEES / NON-EXPOSEES.

3.4.2 DUREE DU TRAVAIL (EN MINUTES) EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.

3.4.3 DUREE DU TRAVAIL DES SUJETS ANXIEUX.

III.V. MODE DE MISE EN TRAVAIL.

3.5.1 MODE DE MISE EN TRAVAIL EXPOSEES / NON-EXPOSEES.

3.5.2 MODE DE MISE EN TRAVAIL EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.

3.5.3 MODE DE MISE EN TRAVAIL DES SUJETS ANXIEUX.

QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

IV.I. DESCRIPTION DE LA POPULATION GRACE AUX RESULTATS OBTENUS.

4.1.1 ÂGE MATERNEL ET PARITE.

4.1.2 ORIGINE.

4.1.3 STATUT MARITAL.

4.1.4 PROFESSION ET SON EXERCICE.

4.1.5 ANTECEDENTS DE TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS.

IV.II. RESULTATS OBTENUS AUX ECHELLES.

IV.III. RESULTATS EN FONCTION DES HYPOTHESES.

4.3.1 LE MODE D'ACCOUCHEMENT.

4.3.2 LA DUREE DU TRAVAIL.

4.3.3 LE MODE DE MISE EN TRAVAIL.

IV.IV. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE.

4.4.1 POINTS FAIBLES.

4.4.1.1 Manque de puissance.

4.4.1.2 Biais.

4.4.2 POINTS FORTS.

IV.V. QUE POUVONS-NOUS FAIRE A L'AVENIR ?

4.5.1 L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP).

4.5.2 PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE.

4.5.3 ACCOMPAGNEMENT DE L'ACCOUCHEMENT ET PLACE DE LA SAGE-FEMME.

4.5.4 QUELQUES EXEMPLES.

CONCLUSION

REFERENCES

ANNEXE I : EPDS

ANNEXE II : LA STAY-YB

ANNEXE III : CORRIGE STAI-YB

ANNEXE IV : LETTRE EXPLICATIVE

ANNEXE V : RECUEIL DE DONNEES

Introduction

La grossesse est un événement physiologique de la vie d'une femme, mais c'est aussi un moment de remaniement et de fragilité psychique, qui peut être une véritable épreuve physique et mentale. [1] Il est courant de penser que la grossesse améliore l'état thymique et le bien-être des femmes, mais plusieurs études scientifiques démontrent l'ampleur et la fréquence des troubles psychiques chez la femme enceinte. [2]

Actuellement, les professionnels de santé tendent vers une prise en charge globale de la femme enceinte afin d'améliorer son bien-être physique mais également psychique. En effet, il est bien connu que la période périnatale est propice à l'apparition ou l'aggravation de nombreuses pathologies dépressives et anxieuses, qui sont susceptibles de retentir sur le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant. [3] Les effets de ces pathologies sur le travail et l'accouchement ont été très peu décrits dans la littérature, il nous a donc paru important de les étudier.

Dans un premier temps, nous rappellerons la psychophysiologie périnatale, définirons les troubles anxio-dépressifs, et en étudierons le dépistage, la prise en charge, le traitement ainsi que les conséquences sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ensuite, nous exposerons le protocole de recherche réalisée. Après la présentation des résultats, nous poursuivrons par leur analyse qui sera le support de la discussion.

Première partie : Les troubles anxio-dépressif

I.I Les troubles dépressifs.

1.1.1 Epidémiologie des troubles dépressifs.

La prévalence des épisodes dépressifs est de 12% chez les hommes et de 23,5% chez les femmes.

Le trouble dépressif chronique récurrent est la survenue de plusieurs épisodes dépressifs à des périodes distinctes de la vie. Sa prévalence est de 10,4% chez les femmes et de 3,7% chez les hommes. [4]

La classe d'âge des femmes de 18-30 ans présente une prévalence de 15% pour les épisodes dépressifs récents et de 7,8% pour les épisodes dépressifs récurrents. Cette classe d'âge présente la prévalence la plus élevée des cinq classes d'âge étudiées. [5]

En 2010, en France, l'âge moyen à l'accouchement est de 30 ans. [6]

Les femmes ont donc un risque plus élevé d'être atteintes de troubles dépressifs que les hommes, notamment les femmes entre 18 et 30 ans. La prévalence de ces troubles chez les femmes de 30-40 ans est également supérieure à la moyenne de la population générale. Ces tranches d'âge sont aussi celles de femmes exposées à la grossesse, d'où l'intérêt de cette étude.

1.1.2 Caractéristiques des troubles dépressifs. [7,8]

Le trouble dépressif est décrit par le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) comme un trouble unipolaire. Il appartient à un groupe de diagnostic, les troubles de l'humeur. [7]

Le trouble de l'humeur, dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur, comprend les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Nous éliminerons les troubles bipolaires, autre catégorie diagnostique, qui présentent des symptômes plus complexes. [8]

Afin de comprendre les pathologies décrites, il est nécessaire d'introduire quelques définitions. Un épisode dépressif majeur correspond à une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associées à au moins quatre symptômes de dépression.

Les symptômes de dépression sont les suivants :

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Auto dévalorisation ou sentiment de culpabilité excessifs
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision
- Pensées morbides
- Pensées suicidaires

Il existe trois types de troubles dépressifs :

- Le trouble dépressif majeur, caractérisé par un ou plusieurs épisode(s) dépressif(s) majeur(s)
- Le trouble dysthymique, caractérisé par une humeur dépressive quasi constante pendant au moins 2 ans avec des symptômes dépressifs et n'ayant pas les caractéristiques d'un épisode dépressif majeur.
- Le trouble dépressif non-spécifié qui correspond à des troubles du caractère ne répondant pas aux critères précédents.

1.1.3 Conséquences des troubles dépressifs.

Les personnes atteintes de troubles dépressifs présentent un risque plus élevé de suicide, d'isolement social, de comportement à risque aboutissant à une consommation de toxique, de rupture professionnelle ou affective brutale.

Chez les personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur, le risque de suicide est de 10 à 15 % contre 8 à 10 % chez les patients bipolaires.

Les troubles dépressifs majeurs ont également des conséquences sur la santé physique, en raison d'une mauvaise hygiène de vie, des effets secondaires des traitements et d'une moins bonne prise en charge médicale. [9]

1.1.4 Les troubles dépressifs pendant la grossesse.

La grossesse a tendance à diminuer les pathologies psychiatriques chroniques mais elle ne protège pas du risque de décompensation psychiatrique.

Elle est décrite comme « facteur de risque » des troubles de l'humeur, et l'intensité des épisodes dépressifs est significativement plus élevée pendant la grossesse qu' « hors période » de grossesse. [8]

En ce qui concerne la prévalence des troubles dépressifs pendant la grossesse, on retrouve plusieurs résultats en fonction des études.

Selon le Dr MANZANO, environ une femme enceinte sur cinq serait touchée par un syndrome de dépression prénatale. Le syndrome de dépression prénatale regroupe un ensemble de symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d'une dépression majeure. [2] A.-L. SUTTER et coll. décrivent un syndrome dépressif dans 10% des grossesses. [8] J. DAYAN décrit, dans une population de femmes enceintes, 2 à 6% de dépressions majeures et 5 à 12% de dépressions mineures. [3]

Des troubles du caractère et du comportement alimentaire sont principalement retrouvés au cours du 1^{er} trimestre de grossesse. [1]

I.II Les troubles anxieux.

1.2.1 Epidémiologie des troubles anxieux.

Les mêmes tendances sont retrouvées pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. La prévalence des troubles anxieux est de 17% chez les hommes et de 25% chez les femmes.

La classe d'âge des femmes de 18-30 ans présente une prévalence de 29,9% pour les troubles anxieux, ce chiffre représente la prévalence la plus élevée des cinq classes d'âge étudiées.

La classe d'âge des femmes de 35-40 présente une prévalence de 26,8% pour les troubles anxieux. [5]

L'âge moyen à l'accouchement étant de 30 ans, les troubles anxieux atteignent également de façon plus importante les femmes, et notamment les femmes exposées à la grossesse.

1.2.2 Définitions des troubles anxieux. [7,10]

Un trouble anxieux correspond à un ensemble de manifestations psychologiques et somatiques s'exprimant sous forme de peurs diverses, d'angoisse flottante ou d'anxiété fixée sur certaines situations.

Le DSM-IV décrit six types de troubles anxieux : les troubles anxieux généralisés (TAG), les attaques paniques, le trouble panique, les pathologies post-traumatiques, les phobies et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). [7]

L'anxiété est définie par un sentiment d'insécurité indéfinissable. [11]

1.2.2.1 Les troubles anxieux généralisés

Ils sont caractérisés par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs.

1.2.2.2 Les attaques paniques

Ce sont des périodes bien délimitées et marquées par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur associées à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques, on retrouve les symptômes suivants :

- Sensation de souffle coupé
- Palpitations
- Douleurs ou gênes thoraciques
- Sensations d'étranglement, impression d'étouffement
- Peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi

1.2.2.3 Le trouble panique

Il existe deux types de troubles paniques, caractérisés par la présence ou non d'agoraphobie. Cette dernière se caractérise par une peur inconnue et infondée des lieux publics, des espaces ouverts et de la foule.

1.2.2.4 Les pathologies post-traumatiques

Il en existe deux types :

- L'état de stress aigu, caractérisé par la répétition involontaire et stéréotypée de l'événement traumatique dans son acuité émotionnelle : reviviscence, cauchemars, images récurrentes et pensées obsédantes. Il a lieu dans les suites immédiates d'un traumatisme ayant eu un impact émotionnel majeur.
- L'état de stress post-traumatique correspond à la persistance de l'état de stress aigu au-delà d'un mois, avec un syndrome de répétition (cauchemars la nuit et « flash-back » la journée).

1.2.2.5 Les phobies

Il en existe trois types :

- L'agoraphobie.
- La phobie sociale, caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performances.
- La phobie spécifique, caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutés.

Ces phobies amènent souvent à des conduites d'évitement, de réassurance ou conjuratoire. Les conduites d'évitement consistent à être confronté le moins souvent à l'objet ou la situation phobogène en organisant sa vie en conséquence (modification d'itinéraire, fuite lors de la confrontation...)

Les conduites de réassurance consistent à utiliser la présence d'une personne familière ou d'un objet afin de diminuer l'anxiété et pouvoir affronter la situation phobogène.

Les conduites conjuratoires correspondent à des attitudes de fuite en avant, d'affrontement délibéré du danger redouté, de bravade. [11]

1.2.2.6 Les troubles obsessionnels compulsifs

Ils sont caractérisés par des obsessions, qui entraînent une anxiété ou une souffrance marquée, et/ou des compulsions qui servent à neutraliser l'anxiété.

1.2.3 Les troubles anxieux pendant la grossesse.

Selon MOSES-KOLKO, le trouble anxieux compliquerait 4,7% des grossesses. Il se manifesterait majoritairement au cours du 3^{ème} trimestre. Le premier trimestre serait le siège de manifestations d'angoisse. [1]

Selon J. DAYAN, le niveau d'anxiété chez les femmes enceinte, mesuré par des échelles spécifiques, serait plus élevé autour du 3^{ème} mois de grossesse et présenterait un « pic » avant l'accouchement. [3]

En ce qui concerne l'évolution des troubles anxieux pendant la grossesse, les études divergent : il est possible d'observer des améliorations de ces troubles, mais beaucoup d'états anxieux restent inchangés. [8]

On peut penser qu'à l'anxiété résiduelle de ces patientes peuvent s'ajouter toutes les angoisses physiologiques liées à la grossesse : désarroi devant son corps qui se modifie, peur de la mort pour soi ou son enfant, appréhension de l'accouchement, inquiétudes pour le post-partum.

Après avoir défini les troubles anxio-dépressifs, nous allons décrire la psychophysiologie périnatale.

I.III Psychophysiologie périnatale.

1.3.1 Le « devenir parent » ou processus de parentalité [12]

La parentalité, c'est l'« ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des souvenirs et des comportements se rapportant à l'enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu pendant la grossesse ou déjà né ». (Stoléru et coll, 1985). C'est un processus dynamique qui se réactive au moment où le couple décide d'avoir un enfant. En effet, il se construit au fur et à mesure de la vie, bien avant de devenir parent.

1.3.2 Vécu psychoaffectif de la grossesse.

La grossesse est un moment de remaniement psychique. Elle va mettre en « crise » l'équilibre psychique de la femme, du couple et de la famille. Cette « crise » inévitable est un temps de déséquilibre et de changements, à la recherche d'une résolution.

Elle peut amener un nouvel équilibre constructif, individuel et/ou familial. Elle peut aussi désorganiser, ouvrir des failles et ainsi exposer à des décompensations psychiques. [12]

Plusieurs notions vont se mettre en place pendant la grossesse :

- Préoccupation maternelle primaire : décrite par Winnicott en 1956, c'est un état psychologique d'attention permanente qui permet à la mère d'adapter son comportement à celui de son enfant. Il se développe au cours de la grossesse, atteint son paroxysme au moment de la naissance et s'estompe quand le bébé devient moins dépendant des soins de sa mère.
- Hypersensibilité, attitude de repli, changement des rapports avec l'environnement : elle s'investit pleinement dans son projet de vie.
- Transparence psychique : décrite par Bydolwski, c'est un remaniement qui entraîne des mouvements psychiques régressifs et un assouplissement des mécanismes de défense habituels. Des représentations inconscientes habituellement enfouies vont pouvoir émerger à la conscience et (ré) activer des troubles psychiques.

Ces phénomènes inévitables peuvent venir perturber un équilibre fragile ou peuvent dysfonctionner, et ainsi être à l'origine de troubles psychiques ou de carences dans les futures relations mère-bébé.

Les femmes peuvent avoir différents ressentis pendant la grossesse : satisfaction narcissique, représentations mentales du fœtus vécu comme dangereux, menace des représentations corporelles... Ces états sont déterminés et modifiés par le contexte affectif, social ou médical qui sécurise ou insécurise la mère. [13]

1.3.3 Accouchement et dynamique de la naissance.

L'accouchement est un processus de séparation, où la femme va perdre l'enfant comme part entière d'elle-même. Elle doit se séparer de l'enfant imaginaire, merveilleux, idéalisé, qui pouvait combler toutes les pertes et les désirs.

Tout au long de leur vie, les femmes sont rythmées par des situations de séparation, et la façon dont elles les ont expérimentées va conditionner inconsciemment la façon de vivre leur accouchement. [14]

L'accouchement est un phénomène somatopsychique, la mère doit être entière dans son mouvement de mise au monde. [15]

Ces éléments confirment que la période périnatale est une période fragile, à risque de décompensations pouvant avoir de nombreux impacts, que nous allons étudier.

I.IV Conséquences et risques des troubles anxio-dépressifs sur la période périnatale

Actuellement, les troubles psychiques de la période périnatale font l'objet d'actions de dépistage et de prévention, intégrées dans le suivi de grossesse, dans le but d'éviter les conséquences liées à ces troubles dans les différents moments de la période périnatale.

C'est l'un des principaux objectifs de l'Entretien Périnatal Précoce (EPP), encouragé par le rapport Molénat de 2004, le plan périnatalité 2005-2007 et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'EPP crée un temps de dialogue et d'échanges entre la femme enceinte, son conjoint et un professionnel de santé. Cet entretien a un rôle de dépistage, notamment pour les troubles psychiques et d'orientation en vue d'un suivi spécialisé. [16]

1.4.1 Sur la grossesse [17]

L'institut universitaire en santé mentale du Québec décrit les conséquences que peuvent avoir les troubles anxio-dépressifs sur la grossesse.

Un trouble anxieux pendant la grossesse augmente les risques :

- D'accouchement prématuré
- De nouveau-né de faible poids de naissance
- De problèmes émotionnels et comportementaux chez l'enfant

En ce qui concerne les troubles dépressifs, une dépression non-soignée peut être à l'origine :

- D'interruption dans le suivi médical de la grossesse
- De consommation de toxiques néfastes pour le fœtus (nicotine, alcool, drogues)
- D'accouchement prématuré
- De nouveau-né de faible poids de naissance
- De difficulté d'attachement à l'enfant à venir
- Difficulté à vivre la grossesse

1.4.2 Sur l'accouchement

Afin de mieux comprendre le déroulement de l'accouchement et de définir de façon précise les différentes phases de l'accouchement, nous allons commencer par étudier la dynamique du travail.

1.4.2.1 Rappels et épidémiologie.

1.4.2.1.1 Dynamique de l'accouchement. [18–20]

Le travail correspond à l'ensemble des phénomènes dynamiques et mécaniques conduisant à l'accouchement.

Il est constitué de 3 phases :

- La dilatation du col utérin
- L'expulsion du fœtus
- La délivrance, ou expulsion des annexes fœtales

Alors que les phases d'expulsion et de délivrance sont relativement rapides et limitées dans le temps par des normes, la 1^{ère} phase du travail peut être beaucoup plus longue. Elle est divisée en 3 phases :

- Phase de latence : elle fait suite à l'effacement du col utérin et s'étend jusqu'à 4 centimètres de dilatation cervicale. C'est la phase d'installation et de coordination des contractions utérines.
- Phase active : elle correspond au passage de 4 à 10 centimètres de dilatation cervicale. Elle est composée d'une phase d'accélération et d'une phase de pente maximale.
- Phase de décélération : elle précède l'expulsion fœtale et est inconstante.

Le tableau suivant reproduit les chiffres que Friedman a publié en 1969 et affiné en 1987 en ce qui concerne les durées des différentes phases du travail. [20]

	Primipare	Multipare
Phase de latence	516 minutes (8,6 heures) ± 16,2 minutes	318 minutes (5,3 heures) ± 11,4 minutes
Phase active	294 minutes (4,9 heures) ± 7,8 minutes	132 minutes (2,2 heures) ± 4,2 minutes
Phase de décélération	54 minutes ± 19,8 minutes	13,8 minutes ± 0,6 minutes
Phase d'expulsion	57 minutes ± 2,4 minutes	14,4 minutes ± 0,06 minutes
Durée phase active- expulsion	405 minutes (6,75 heures) ± 30 minutes	160,2 minutes (2,6 heures) ± 5,4 minutes

1.4.2.1.2 Mode d'accouchement

L'expulsion du fœtus peut se faire par :

- La voie basse normale
- La voie basse instrumentale (forceps, spatule ou ventouse)
- Césarienne

La césarienne peut se faire en urgence (avant ou pendant le travail) ou être programmée.

Selon l'enquête périnatale de 2010, 10,1 % des accouchements se font par césarienne en urgence, 10,9 % des accouchements se font par césarienne programmée, 12,1% des accouchements se font par voie basse instrumentale et 66,9 % des accouchements se font par voie basse normale [21]

1.4.2.1.3 Mode de mise en travail

La mise en travail peut être spontanée ou déclenchée. Le déclenchement est indiqué dans le cas d'une pathologie maternelle ou fœtale ou bien dans les cas d'une absence de mise en travail spontanée.

Selon l'enquête périnatale de 2010, 22,7 % des accouchements ont été déclenchés. [21]

Il est cependant difficile de trouver des chiffres concernant les différentes indications possibles du déclenchement.

Les risques du déclenchement artificiel du travail sont les suivants : césarienne, hémorragie de la délivrance, rupture utérine, infection du post-partum. [22]

1.4.2.2 Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur l'accouchement.

Dans la littérature, il y a peu d'études sur les conséquences des troubles anxio-dépressifs sur le déroulement de l'accouchement.

S. MIMOUN et coll ont constaté cliniquement que les femmes ayant réussi à verbaliser leurs peurs pendant la gestation et de ce fait, profiter d'un soutien psychologique particulier pendant la grossesse, ont eu un temps de travail plus court que celles qui n'ont pas pu verbaliser leurs angoisses [14]. Cette étude met en avant le fait que le psychique a une influence sur le déroulement de l'accouchement ; ainsi des troubles psychiatriques peuvent avoir une influence néfaste sur le travail et l'accouchement.

On sait également que l'anxiété et la dépression, quand elles sont combinées à des facteurs médicaux spécifiques, (Indice de Masse Corporelle <19, antécédent d'accouchement prématuré, saignements vaginaux) sont associées à un plus fort taux d'accouchements prématurés. [23]

Une étude, réalisée à Londres et publiée en 1993, s'est intéressée aux effets de l'anxiété et de la dépression durant la grossesse sur cinq complications obstétricales : l'accouchement prématuré, l'absence de travail spontané, l'absence d'accouchement en voie basse spontanée, l'utilisation d'une analgésie plus forte durant le travail et l'utilisation d'une analgésie plus forte durant l'expulsion.

L'existence d'une dépression pendant la grossesse serait sans rapport avec ces complications obstétricales. L'anxiété serait uniquement liée à l'utilisation d'une analgésie plus forte, notamment lors du travail. Pour conclure, l'anxiété et la dépression aurait une faible importance dans les complications obstétricales décrites. [24]

Cette étude ne met pas en évidence de corrélation entre la dépression et l'anxiété d'une part et les complications obstétricales décrites d'autre part. Cependant, cette étude a presque vingt ans. De plus, elle ne s'intéresse pas à la durée du travail. Elle ne fait pas de lien entre les troubles anxio-dépressifs et l'accouchement prématuré, alors que d'autres études récentes (2007), mettent en évidence le rôle de l'anxiété et la dépression dans les accouchements prématurés spontanés. [23,25]

1.4.3 Sur le post-partum

Les troubles de l'humeur anténataux semblent également avoir une influence sur le post-partum : ils exposeraient de manière plus importante à la dépression du post-partum, qui apparaîtrait le plus souvent au décours de la grossesse, a fortiori s'il existe un trouble de l'humeur ancien. [26]

Selon une étude réalisée par J. MANZANO, 31% des femmes chez lesquelles a été dépisté un syndrome de dépression du pré-partum ont développé une dépression du post-partum. [2]

Plusieurs études confirment l'intérêt d'identifier le plus précocement possible une dépression maternelle et la traiter afin d'améliorer la santé mentale de son enfant. [27]

L'investissement prénatal est une dimension importante pour la prise en charge et la qualité de l'interaction avec le bébé après sa naissance. Certaines études démontrent l'effet de l'état psychologique de la mère pendant la grossesse sur son investissement émotionnel du bébé : l'anxiété active les émotions négatives de la mère envers son enfant et l'état dépressif entraîne un attachant au bébé moins riche et des émotions peu claires (à l'échelle qui mesure l'intensité des émotions vis-à-vis du bébé). [28]

La dépression et l'anxiété périnatales peuvent avoir des conséquences à plus long terme sur l'enfant. Si la mère est déprimée et/ou anxieuse pendant sa grossesse, son enfant est plus à risque d'avoir un développement affectif perturbé, des troubles de l'attention, des troubles des conduites avec hyperactivité et un développement cognitif altéré. [29] Les mécanismes de base de ces effets commencent à peine à être compris, mais il semblerait qu'il y ai chez les mères anxieuses et/ou déprimées, un augmentation de la sécrétion de cortisol (hormone du stress), qui serait délétère pour le fœtus. [30]

Il est donc important de dépister les troubles anxio-dépressifs de façon précoce. Nous allons développer les moyens de dépistage de ces troubles utilisables en recherche épidémiologique.

I.V. Dépistage des troubles anxio-dépressifs par les échelles d'auto-évaluation clinique.

Il existe différents moyens de dépister les troubles anxio-dépressifs. Le dépistage peut se faire par des échelles d'évaluation, des échelles d'auto-évaluation ou bien par dépistage clinique. Dans le cadre de ce mémoire, afin de dépister les troubles anxio-dépressifs, nous avons utilisé les échelles d'auto-évaluation clinique, qui se présentent sous forme de questionnaire et sont remplies par le sujet lui-même. [31]

Une échelle d'évaluation est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une (ou plusieurs) caractéristique(s) non mesurable(s) directement, au moyen d'indicateurs ou item(s) mesurables

directement, permettant d'attribuer en fonction de règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée. [32]

1.5.1 L'Edinburgh Postnatal Scale Depression (EPDS).

L'EPDS (ANNEXE I) est un outil psychométrique mondialement reconnu pour le dépistage de la dépression post-natale, mis en place par COX, HOLDEN et SAGOVSKY en 1987. Son acceptabilité par les patientes en fait un outil de choix. [33,34] Elle a été traduite en français et son utilisation en France a été validée par GUEDENEY. [35] L'utilisation de cette échelle pendant la grossesse a été validée par Bergink et coll. Cette étude retient une note seuil supérieure ou égale à 10 pour parler de « dépression ». [36]

Cette échelle est constituée de 10 énoncés. La patiente souligne parmi les quatre réponses possibles celle qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des patientes complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. Les catégories de réponse sont notées de 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les énoncés 1, 2, et 4 sont notés de 0 à 3. Les énoncés 3, 5, 6, 7, 8,9 et 10 sont notés de 3 à 0. Le total est calculé en additionnant les résultats des énoncés, on obtient donc un score compris entre 0 et 30.

Cette échelle nous permettra d'évaluer l'état dépressif du moment. De récentes études ont mis en évidence la composante anxieuse repérée par l'EPDS. [28]

1.5.2 State Trait Anxiety Inventory (STAI-YB).

Développée par Spielberger et ses collaborateurs, l'« inventaire d'anxiété trait-état » (State-Trait Anxiety Inventory ou STAI) représente l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées (ANNEXE II). Son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle, au moment de la passation (l'anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (l'anxiété-trait).

Ici, nous évaluerons seulement l'anxiété-trait (forme YB), car l'anxiété du moment sera en partie évaluée par l'EPDS.

Cet inventaire est destiné à être rempli par le sujet lui-même. Il doit marquer d'une croix la case qui correspond le mieux à la fréquence ressentie, selon 4 degrés.

Chaque item de l'inventaire d'anxiété est évalué de 1 à 4 selon sa fréquence :

- Presque jamais = 1

- Parfois = 2
- Souvent = 3
- Presque toujours = 4

Cependant, les notes des items « moins » (mesurant l'absence d'anxiété) doivent être inversées. Il s'agit des items 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19. La note totale varie donc de 20 à 80. On retient une note seuil de 44, un score supérieur ou égal à cette note relatant une anxiété moyenne. Si le score est supérieur ou égal à 56, il s'agit d'une anxiété marquée. [37]

Afin de faciliter la correction des auto-questionnaires, j'ai réalisé une grille de correction (ANNEXE III).

Après avoir étudié les troubles anxio-dépressifs, leurs conséquences sur la période périnatale et leur dépistage, nous allons nous intéresser à la prise en charge et aux traitements possibles de ces troubles

I.VI. Prise en charge et traitement des troubles anxio-dépressifs

Les traitements les plus souvent utilisés pour les troubles anxio-dépressifs sont les suivants :

- Pharmacothérapie
- Psychothérapie
- Sismothérapie

De nombreuses patientes débutent une grossesse alors qu'elles sont traitées au long cours pour un trouble psychique. Des troubles anxio-dépressifs apparaissant au décours de la grossesse peuvent également nécessiter l'instauration d'un traitement. Une prise en charge non-médicamenteuse est à privilégier, mais l'instauration ou la poursuite d'un traitement médicamenteux peut se justifier. [38] Il faut toujours raisonner en termes de bénéfice-risque maternel et fœtal.

1.6.1 Pharmacothérapie

Les traitements médicamenteux utilisés dans le cadre des troubles anxio-dépressifs répondent à la grande classe des psychotropes, contenant 5 familles médicamenteuses. [39]

Pour les troubles anxio-dépressifs, on utilise principalement 3 types de psychotropes :

- Les antidépresseurs
- Les hypnotiques
- Les anxiolytiques

1.6.1.1 Les antidépresseurs

1.6.1.1.1 Généralités.

Les antidépresseurs permettent de soulager et de faire disparaître les symptômes de la dépression. Ils diminuent également l'intensité des troubles anxieux associés à la dépression.

En 1^{ère} intention, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont souvent utilisés car ils sont efficace et de prescription simple.

Parmi les ISRS, on peut citer le Prozac®, le Deroxat®, le Zoloft®. [40]

1.6.1.1.2 Antidépresseurs et grossesse.

La plupart des études tendent à dire qu'il n'existe pas, à ce jour, de risque tératogène connu lié à la prise d'antidépresseurs « classiques ». Il est possible de les introduire au cours de la grossesse. Il n'y a aucune indication à interrompre brutalement ces traitements et un arrêt brutal expose au risque de décompensation sévère de l'état dépressif, avec idées suicidaires, voire un passage à l'acte. [38]

Il faut cependant, quand cela est possible, réduire les doses en fin de grossesse. Ces traitements peuvent être à l'origine d'effets indésirables chez le nouveau-né tels que l'hypotonie, trémulations, polypnée, cyanose, difficulté de succion, pleurs constants et parfois convulsions. [41,42]

1.6.1.2 Les hypnotiques et les anxiolytiques.

1.6.1.2.1 Généralités.

Les hypnotiques sont utilisés pour traiter l'insomnie qui est présente dans de nombreux troubles mentaux. Il existe plusieurs catégories d'hypnotiques : les benzodiazépines et apparentés, les phénothiazines sédatives, l'association d'antihistaminique avec des anxiolytiques. [43]

Les anxiolytiques sont des médicaments destinés à combattre les composantes psychiques et somatiques de l'anxiété. Il s'agit principalement de benzodiazépines. Parmi les plus utilisés, on peut citer le Seresta®, le Lexomil® ou encore le Xanax®. [44]

1.6.1.2.2 Anxiolytiques, hypnotiques et grossesse.

Ces molécules, principalement les benzodiazépines, ne présentent pas de risque tératogène. Cependant, en cas de prise chronique et/ou de fortes doses, des effets indésirables peuvent survenir :

- Diminution des mouvements actifs fœtaux
- Aplatissement du tracé du rythme cardiaque fœtal
- Syndrome de sevrage à la naissance

Ces effets peuvent être minimisés par l'utilisation d'une molécule à demi-vie courte et n'ayant pas de métabolite actif. [45]

1.6.2 Psychothérapie. [10,40,46]

Le terme « psychothérapie » désigne une forme de traitement basé sur le dialogue avec le thérapeute. Elle a plusieurs buts :

- Soulager la détresse en exprimant les sentiments et le ressenti
- Changement d'attitude, de comportement et d'habitude qui peuvent être nuisibles
- Favoriser des conduites constructives et adaptées

Il existe différents types de psychothérapie :

- D'inspiration psychanalytique
- Cognitive
- Thérapie cognitive comportementale

Le thérapeute peut être un médecin ou un psychologue. Cette prise en charge non-médicamenteuse est à privilégier pendant la grossesse

1.6.3 Sismothérapie

1.6.3.1 Généralités

La sismothérapie est utilisée pour les dépressions sévères nécessitant un effet thérapeutique rapide ou résistantes aux traitements médicamenteux avec un besoin d'action rapide. [38]

La sismothérapie va déclencher une crise convulsive tonico-clonique généralisée par le passage d'un courant électrique trans-crânien. [47]

1.6.3.2 Sismothérapie et grossesse.

L'American Psychiatric Association ne contre-indique pas son utilisation lors de la grossesse sous certaines conditions :

- Consultation obstétricale avant le traitement
- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal avant et après la séance
- Service d'obstétrique et plateau technique à proximité du lieu de la séance
- Si la séance a lieu au cours du 1^{er} trimestre, il faut prévoir une échographie de contrôle entre 18 et 22 semaines d'aménorrhée [38]

DEUXIEME PARTIE : L'étude

II.I Constat, problématique, objectifs et hypothèse.

2.1.1 Constat.

Lors des stages effectués en salle de naissance, j'ai pu observer le déroulement du travail des femmes présentant une souffrance anxio-dépressive. Il m'a semblé que la durée du travail de ces dernières était plus longue, que leurs accouchements étaient plus dystociques (ventouse, forceps ou césarienne), et qu'elles présentaient plus de déclenchements du travail suite à une rupture précoce des membranes (en dehors du travail) ou suite à un dépassement de terme que les femmes non atteintes de troubles anxio-dépressifs.

Je m'interroge : dans quelles mesures les troubles anxio-dépressifs peuvent-ils agir sur le déroulement du travail ?

Dans la littérature, la notion de « troubles anxio-dépressifs » regroupe les troubles dépressifs, les troubles anxieux, ainsi que leur association, qui peut fréquemment être retrouvée. [3]

2.1.2 Problématique.

Les femmes souffrant de troubles anxio-dépressifs ont-elles un travail plus long et un accouchement plus dystocique que les femmes ne souffrant pas de ces troubles ?

2.1.3 Objectifs.

2.1.3.1 Principal.

Evaluer l'effet des troubles anxio-dépressifs sur le mode d'accouchement.

2.1.3.2 Secondaires.

- Evaluer l'impact des troubles anxio-dépressifs sur la durée du travail.
- Etudier l'impact des troubles anxio-dépressifs sur le mode de mise en travail.

2.1.4 Hypothèses

2.1.4.1 Principale.

Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs présentent 12% de plus d'accouchements dystociques que la population sans trouble anxio-dépressif. Cette hypothèse est définie de façon arbitraire car aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet.

2.1.4.2 Secondaires.

- Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs ont une durée de travail supérieure de 45 minutes par rapport à la population sans trouble anxio-dépressif.
- Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs présentent un taux de déclenchement du travail pour absence de mise en travail spontané suite à une rupture prématurée des membranes ou à un dépassement de terme supérieur à 10% par rapport à la population sans trouble anxio-dépressif.

II.II Méthodologie de l'étude.

2.2.1 Critère principal de jugement.

Le critère principal de jugement est l'extraction fœtale, par voie basse instrumentale ou césarienne, que l'on comparera entre nos 2 populations :

- Population présentant des troubles anxio-dépressifs
- Population ne présentant pas de troubles anxio-dépressifs

2.2.2 Intérêt de l'étude

Si les désordres de l'humeur survenant durant le post-partum, notamment le blues, la dépression post-natale et les psychoses puerpérales ont donné lieu à des nombreuses études et publications, ceux apparaissant durant la grossesse ont été relativement négligés. [3]

Il existe donc peu d'informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement des patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs antérieurs ou contemporains de la grossesse.

Cette étude permettra donc de décrire de façon objective les conséquences possibles de ces manifestations lors de l'accouchement, afin d'améliorer la prise en charge de ces patientes.

2.2.3 Type d'étude.

Il s'agit d'une étude de cohorte multicentrique, prospective de type exposé/non-exposé aux troubles dépressifs ou anxieux.

2.2.4 La population étudiée.

2.2.4.1 Population source.

Les femmes enceintes qui ont bénéficié d'une consultation prénatale entre 34 et 37 SA dans les établissements hospitaliers suivants :

- Hôpital Mère-Enfant à Limoges (1^{er} avril au 1^{er} décembre 2012)
- Hôpital de Brive (1^{er} mars au 1^{er} décembre 2012)
- Hôpital de Saint-Junien (1^{er} mars au 1^{er} septembre 2012)

Pour des raisons d'organisation propres à chaque service, la durée d'inclusion n'a pas été la même dans les 3 centres.

L'inclusion a donc duré 9 mois au centre hospitalier de Brive, 8 mois au centre hospitalier de Limoges et 6 mois au centre hospitalier de Saint-Junien.

2.2.4.2 Critères d'inclusion.

Nous avons inclus :

- Les patientes majeures
- Les grossesses mono-fœtales
- Les patientes parlant, lisant et écrivant le français (pour des raisons de compréhension)

2.2.4.3 Critères de non-inclusion.

Nous n'avons pas inclus :

- Les patientes mineures, pour des raisons légales
- Les césariennes programmées, car nous ne pouvons pas étudier la durée du travail, ni le mode de mise en travail
- Les fœtus présentant un retard de croissance intra-utérin, ni les fœtus macrosomes (poids de naissance > 4250 grammes), car ces pathologies fœtales peuvent influencer le déroulement du travail et le mode de mise en travail
- Présentations fœtales par le siège

Nous n'avons pas inclus tous les phénomènes pouvant entraîner un accouchement dystocique, à savoir :

- Indice de masse corporelle pré-conceptionnel > 35
- Pelvimétrie réalisée avec indice de Magnin < 21
- Diabète gestationnel mal équilibré
- Malformations fœtales

2.2.4.4 Critères d'exclusion.

Ils correspondent au sujet qui sont entrés dans le circuit de l'étude et qui ont été retirés par la suite. Ont été exclus les accouchements hors hôpital, les patientes arrivant à l'hôpital à un stade de dilatation cervicale supérieur à 4 centimètres, car on souhaite étudier la totalité de la phase active du travail. Les accouchements prématurés ont également été exclus (< 37 SA), soit au total 33 patientes.

2.2.4.5 Nombre de sujets nécessaires.

- N le nombre de sujets nécessaires
- $\varepsilon_{\alpha} = 1,96$ avec un risque de 1^{ère} espèce $\alpha = 5\%$
- $\varepsilon_{2\beta} = 0,842$ avec un risque de 2^{ème} espèce $\beta = 10\%$
- P_a le pourcentage d'accouchements dystociques dans la population non-exposée
- P_b le pourcentage estimé d'accouchements dystociques dans la population exposée (avec $P_a - P_b = 12\%$, la différence émise dans l'hypothèse)

Grâce à la littérature, on sait qu'il y a 22% d'accouchements par la voie basse instrumentale ou césarienne en urgence dans la population générale française.

Ainsi, avec un risque $\alpha = 5\%$, un risque $\beta = 20\%$, 3 sujets non-exposés pour 1 sujet exposé, et un risque relatif de 1,5 à mettre en évidence, il faut 177 sujets exposés et 531 sujets non exposés soit au total 608 sujets.

2.2.4.6 Faisabilité.

Chaque année, environ 1680 patientes bénéficient de la consultation du 8^{ème} mois à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges, ce qui donne environ 1260 patientes sur 9 mois.

En prenant en compte les critères de non-inclusion, les critères d'exclusion, le refus des patientes, le remplissage incomplet des échelles et l'oubli possible des professionnels de santé, l'objectif était de récolter environ 630 échelles.

Selon J. MANZANO, une femme enceinte sur cinq serait touchée par un syndrome de dépression prénatale. [2]

Selon MOSES-KOLKO, le trouble anxieux compliquerait 4,7% des grossesses. [1]

Ainsi, sur 490 échelles récoltées, nous aurions eu un nombre n=155 de patientes exposées aux troubles anxio-dépressifs.

Ce chiffre est insuffisant pour que mon étude soit significative. Pour cette raison, j'ai décidé de réaliser mon étude dans 3 établissements. De plus, cela a permis d'obtenir une plus grande diversité de population.

2.2.5 Choix des variables.

2.2.5.1 Variable indépendante.

Ce sont les troubles anxio-dépressifs. Cette variable fait suite au diagnostic obtenu par les échelles et est qualitative nominale :

- ✓ Trouble anxieux = présent ou absent
- ✓ Trouble dépressif = présent ou absent

L'anxiété est souvent une composante importante de la dépression. Ainsi, les sujets présentant une association de troubles anxieux et dépressifs appartiendront à la catégorie « exposés aux troubles dépressifs ».

2.2.5.2 Variables dépendantes

2.2.5.2.1 Description

Ces variables ont été recueillies par analyse du dossier médical. Ce sont les suivantes :

- ✓ Mode d'accouchement
- ✓ Durée du travail
- ✓ Mode de mise en travail

Les autres variables dépendantes étudiées ont été :

- ✓ Âge de la patiente
- ✓ Parité
- ✓ Origine
- ✓ Mode de vie
- ✓ Profession
- ✓ Exercice de la profession
- ✓ Antécédents de césarienne

- ✓ Désir de grossesse
- ✓ Antécédents de troubles anxieux et/ou dépressifs
- ✓ Réalisation de l'entretien prénatal précoce au cours de cette grossesse
- ✓ Pharmacothérapie

2.2.5.2.2 Justification des variables

L'âge, variable quantitative continue, a permis de classer les patientes en tranches d'âge. De plus, les femmes jeunes sont plus affectées par la « dépression » durant la grossesse. [48]

La parité a également permis de décrire la population. On sait également que la multiparité joue un rôle sur la durée du travail. C'est une variable quantitative discrète :

- ✓ Primipare (patiente n'ayant jamais accouché)
- ✓ Deuxième pare
- ✓ Troisième pare
- ✓ Quatrième pare
- ✓ Etc...

L'origine a permis de décrire la population. C'est une variable qualitative nominale, répertoriée ainsi :

- ✓ Française
- ✓ Pays européen autre que la France
- ✓ Afrique
- ✓ Asie
- ✓ Américaine
- ✓ Océanique

Le mode de vie a permis d'avoir des indications sur la présence d'un soutien autour de la patiente. En effet, les femmes bénéficiant d'un faible soutien social sont plus à risque de dépression.

[48] C'est une variable quantitative nominale, répertoriée ainsi :

- ✓ Seule
- ✓ En couple
- ✓ Dans sa famille
- ✓ Chez un tiers autre que le conjoint ou la famille

La profession et son exercice a permis de classer les patientes selon leur niveau socio-économique. C'est une variable qualitative nominale, répertoriée ainsi :

- ✓ Agriculteur exploitant
- ✓ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ✓ Profession intermédiaire ou employé
- ✓ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ✓ Ouvrier
- ✓ Sans profession
- ✓ Etudiant

L'exercice de la profession a permis de classer les patientes selon leur niveau socio-économique. C'est une variable dichotomique binaire, répertoriée ainsi :

- ✓ En activité
- ✓ Recherche d'emploi

La présence d'antécédents de césarienne a permis de décrire le passé obstétrical de la population. C'est une variable qualitative dichotomique binaire : présent ou absent.

Le désir de grossesse est une variable qualitative dichotomique binaire : présent ou absent. En effet, la dépression serait plus présente chez les patientes n'ayant pas de désir de grossesse pour leur grossesse en cours. [16]

La présence d'antécédents de troubles anxieux et/ou dépressifs a permis de décrire le profil psychologique de la patiente. C'est une variable qualitative dichotomique binaire : présence d'antécédent ou absence d'antécédent.

La réalisation de l'entretien prénatal précoce au cours de la grossesse est une variable dichotomique binaire : présence ou absence.

L'étude de la pharmacothérapie (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique) a permis de juger de l'importance du trouble, et de sa connaissance par la patiente. C'est une variable qualitative dichotomique binaire : absence de pharmacothérapie, présence de pharmacothérapie.

La durée du travail est une variable quantitative continue, exprimée en minute. Par souci de précision, nous avons réduit la variable durée du travail à la durée de la phase active du travail. En effet, la phase de latence est souvent réalisée à domicile, sa durée est donc difficile à évaluer.

Le mode d'accouchement est une variable qualitative dichotomique binaire :

- ✓ Accouchement normal (voie basse spontanée)
- ✓ Accouchement dystocique (voie basse instrumentale ou césarienne en urgence pendant le travail ou césarienne en urgence avant le travail)

Le mode de mise en travail est une variable dichotomique binaire : travail spontané ou travail déclenché.

2.2.6 Stratégie d'exploitation.

2.2.6.1 Recueil de données.

La variable indépendante a été évaluée grâce à 2 échelles d'auto-évaluation clinique :

- ✓ Edinburgh Postnatal Depression Scale = EPDS
- ✓ State Trait Anxiety Inventory = STAI-YB

Les variables dépendantes ont été recueillies par l'exploitation du dossier médical.

2.2.6.2 Les échelles.

Les patientes ont été recrutées lors de la consultation, avec leur accord et en respectant les critères d'inclusion et de non-inclusion.

Il leur a été remis une enveloppe à cacheter comportant les deux échelles d'évaluation ainsi qu'une lettre explicative de ma démarche (ANNEXE IV). Les patientes ont dû faire mentionner leur nom, prénom et date de naissance afin que je puisse exploiter leur dossier.

Les cadres sages-femmes des 3 établissements concernés m'ont donné leur accord pour la réalisation de mon étude.

A Limoges, les échelles ont été données aux patientes par chaque sage-femme à la fin de la consultation, et ont été remplies dans la salle d'attente de la consultation pré-anesthésique.

A Saint-Junien et Brive, la sage-femme consultant a distribué les échelles aux patientes au moment de la réalisation du monitoring.

Des urnes ont été posées dans les bureaux des sages-femmes à Saint-Junien et à Brive, et dans la salle d'attente de l'anesthésiste et le bureau des infirmières à Limoges, et ont permis de récolter les enveloppes cachetées.

J'ai récupéré les échelles tous les 15 jours à l'hôpital de Limoges, et tous les mois dans les hôpitaux de Brive et Saint-Junien. J'ai procédé à ce moment-là à l'exploitation du dossier médical, ainsi qu'au réapprovisionnement des échelles.

2.2.6.3 Analyse des résultats.

Les variables recueillies par les échelles et l'analyse des dossiers médicaux ont été recueillies sur un support papier (ANNEXE V), puis retranscrites sous forme d'un tableur dans le logiciel Excel Microsoft : chaque colonne correspond à une variable et chaque ligne à une patiente. Ces données ont été exploitées grâce au logiciel Stat View.

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé :

- Le test du Chi2 pour comparer les fréquences
- Les tests de l'écart réduit et de Student pour comparer les moyennes

Si une différence significative a été retrouvée après calcul du Chi2, le risque relatif et son intervalle de confiance ont été calculés. Pour toutes les analyses, j'avais un degré de liberté égal à 1 et un risque α égal à 5% : la différence a été significative si p était inférieur à 0,05.

Lorsque l'intervalle de confiance du risque relatif ne contenait pas le chiffre 1, les facteurs de risques ont été relevés et intégrés dans une régression logistique. C'est une méthode statistique qui consiste à étudier et à graduer l'influence des différentes variables afin de pondérer le risque relatif de chacune.

2.2.6.4 Personnes ressources

Maître de mémoire : Dr Christine RAINELLI, psychiatre.

Guidante : Madame Baraille Agnès

Personnes ressources :

- ✓ Mme MARTINEZ, cadre sage-femme à l'Hôpital de Limoges
- ✓ Mme BOURGIN, cadre sage-femme à l'Hôpital de Saint-Junien
- ✓ Mme CHAUMETTE, cadre sage-femme à l'Hôpital de Brive

- ✓ Mme VILLARS, sage-femme effectuant des consultations à l'Hôpital de Limoges, et travaillant au sein de la filière de psychiatrie périnatale du CHS Esquirol

Troisième partie : Présentation des résultats

III.I Présentation de la population.

177 sujets exposés aux troubles anxio-dépressifs et 531 sujets non-exposés aux troubles anxio-dépressifs étaient nécessaires à l'étude, soit un total de 708 sujets.

Cependant, je n'ai réussi à obtenir que 124 sujets (puissance=17,5%), répartis ainsi :

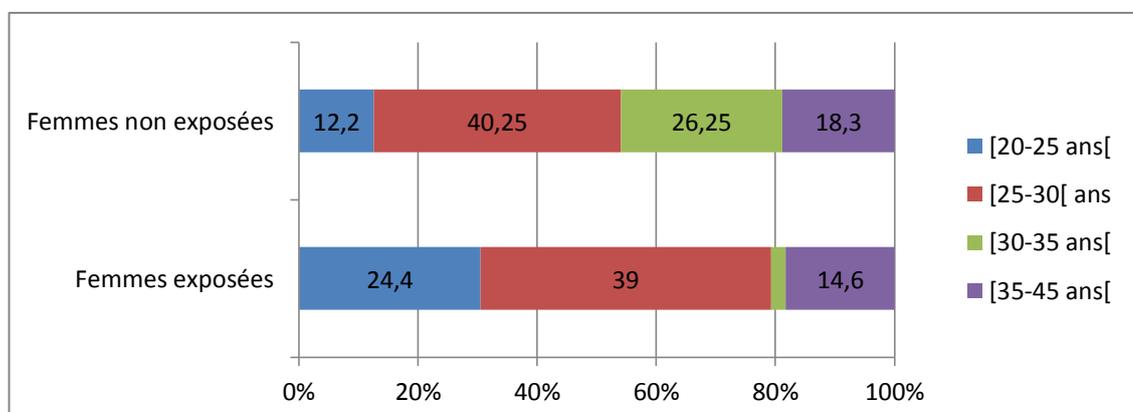
- 83 femmes non-exposées
- 41 femmes exposées

Dans cette population, il y a deux non-exposées pour une exposée.

3.1.1 Âge maternel.

Dans le groupe des non-exposées, la moyenne d'âge est de 29,83 ans et dans le groupe des exposées, elle est de 28,43 ans. La différence d'âge entre les 2 groupes n'est pas significative car $p=0,51$.

Tableau 1 : Distribution de l'âge en fonction des classes pour les femmes non-exposées et les femmes exposées



Les femmes exposées appartiennent majoritairement (63,4 %) à la classe d'âge 20-30 ans. Les femmes non exposées appartiennent majoritairement (66,5%) à la classe d'âge 25-35 ans.

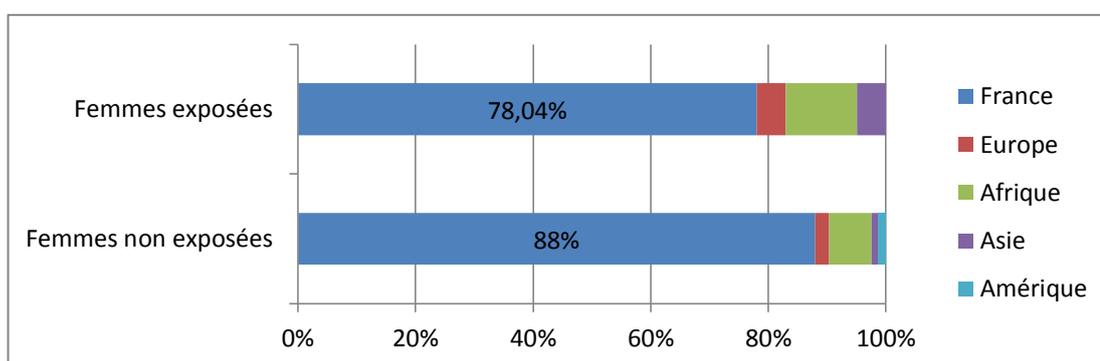
3.1.2 Parité.

Dans le groupe non-exposé, la parité moyenne est de 1,8, et de 1,5 dans le groupe exposé. La différence de parité entre les 2 groupes n'est pas significative car $p=0,08$.

Nous savons que le mode d'accouchement et la durée du travail ne sont pas les mêmes pour une primipare et pour une multipare. Or, nos 2 populations ne sont pas significativement différentes au niveau de la parité : nous pouvons donc les comparer.

3.1.4 Origine de la population.

Tableau 2 : Origine de la population en fonction de l'exposition

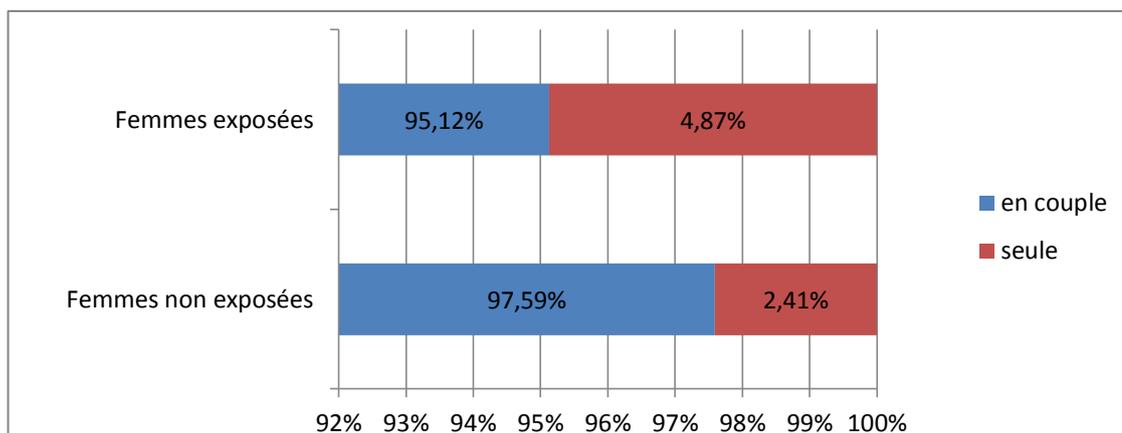


La population des femmes exposées et non-exposées est d'origine majoritairement française (respectivement et 78,04% et 88%). Chez les exposées, il y a 12,19% de femmes d'origine africaine contre 7,22% chez les femmes non-exposées. Une minorité de la population des femmes exposées et non-exposées est d'origine européenne (autre que Française), asiatique ou américaine.

La différence entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative car $p=0,46$. On remarque cependant une proportion plus importante de femmes d'origine française dans le groupe non-exposé, et plus de femmes d'origine africaine, européenne et asiatique dans le groupe exposé.

3.1.5 Statut marital.

Tableau 3 : Statut marital en fonction de l'exposition

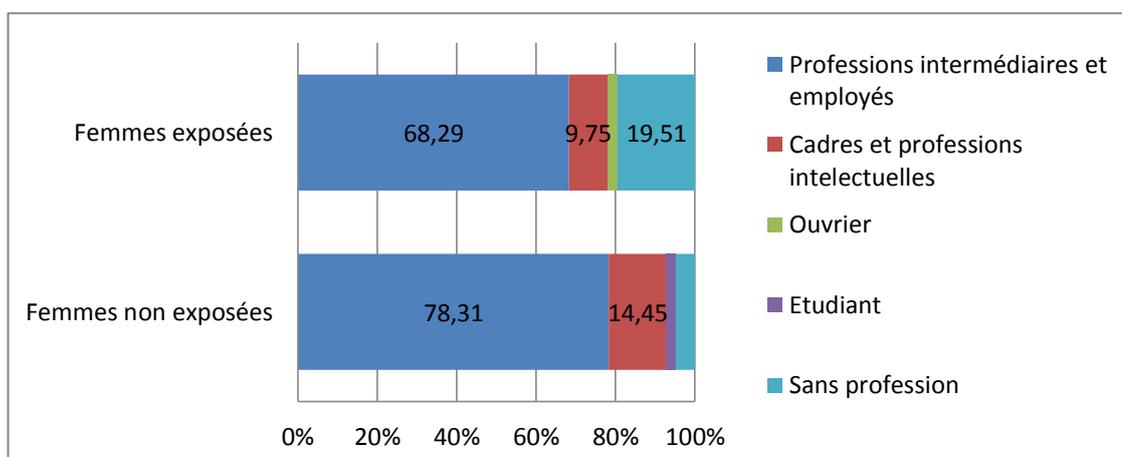


Parmi les femmes exposées, 95,12 % vivent en couple, contre 97,59 % chez les femmes non-exposées. Il y a deux fois plus de femmes vivant seules dans le groupe exposé (4,87%) que dans le groupe non-exposé (2,41%).

La différence entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative car $p=0,84$.

3.1.6 Profession et son exercice.

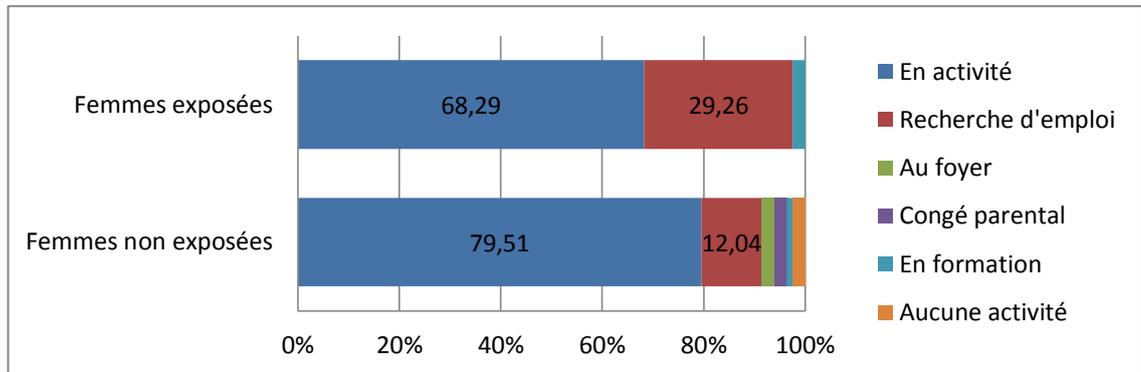
Tableau 4 : Catégories socio-professionnelles en fonction de l'exposition.



La majorité des femmes appartiennent à la catégorie « professions intermédiaires et employés » : 68,29 % chez les exposées et 78,31 % chez les non-exposées. On retrouve plus de femmes sans profession chez les exposées (19,51%) que chez les non-exposées (4,81%). Il y a plus de

cadres et de professions intellectuelles chez les femmes non-exposées (14,45%) que chez les exposées (9,75%).

Tableau 5 : Exercice de la profession en fonction de l'exposition



La majorité de la population est en activité (68,29% des femmes exposées et 79,51% des femmes non-exposées).

Plus d'exposées sont sans emploi (29,26%) que de non-exposées (12,04%).

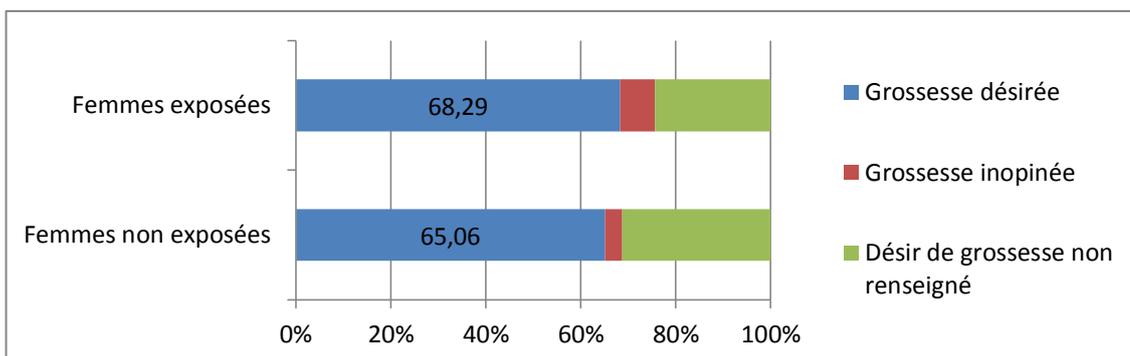
3,61% de femmes non-exposées sont au foyer ou en congé parental.

Si l'on regroupe la variable qualitative nominale « exercice de la profession » en variable dichotomique binaire (« exercice d'une profession » : oui ou non), on retrouve une différence significative entre le groupe exposé et le groupe non-exposé, car $p < 0,05$ ($p=0,012$).

Le risque relatif est à 3,85 avec $IC95\% = [2,95-5,72]$. L'intervalle de confiance est significatif, car il ne contient pas le chiffre 1 : le fait d'être sans activité professionnelle est donc un facteur de risque pour le développement de troubles anxio-dépressifs.

3.1.7 Désir de la grossesse.

Tableau 6 : désir de grossesse en fonction de l'exposition



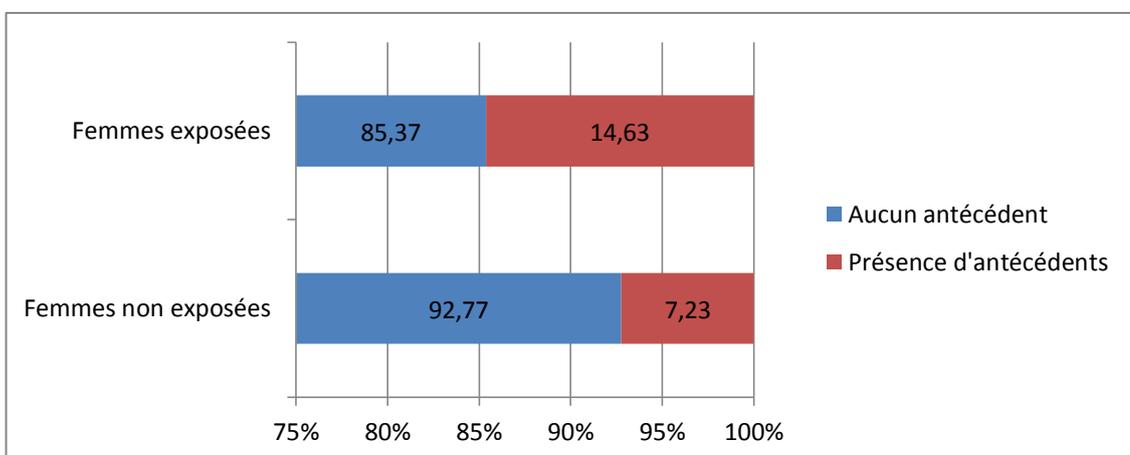
La majorité des grossesses sont désirées, chez les femmes exposées et chez les femmes non-exposées (respectivement 68,29% et 65,06%).

Il n'y a pas de différence significative concernant le désir de grossesse entre les femmes exposées et non exposées car $p=0,53$.

Cependant, il y a une forte proportion de « désir de grossesse non renseigné » (24,39% chez les exposées et 31,36%), ce qui ne nous permet pas de comparer les groupes de façon satisfaisante.

3.1.8 Antécédents de troubles anxio-dépressifs.

Tableau 7 : antécédents de troubles anxio-dépressifs en fonction de l'exposition



La majorité des femmes n'ont pas d'antécédent de troubles anxio-dépressifs (85,37% chez les exposées et 92,77% chez les non-exposées).

Il y a plus de femmes présentant des antécédents de troubles anxio-dépressifs chez les exposées (14,63%) que chez les non-exposées (7,23%).

Cependant, la différence entre les deux groupes n'est pas significative car $p=0,18$.

3.1.9 Antécédents de césarienne.

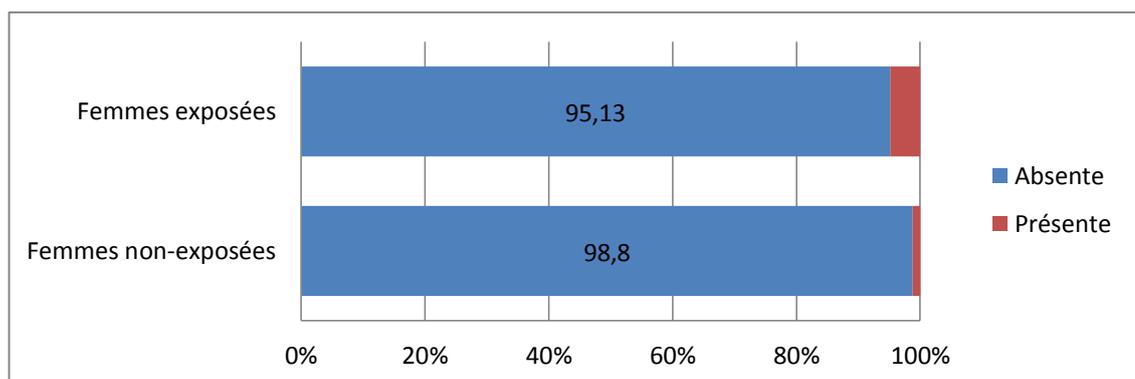
Chez les femmes non-exposées, 8,43% ont un utérus cicatriciel et 4,87% chez les femmes exposées.

Cette différence n'est pas significative car $p=0,47$.

Nous savons que le mode d'accouchement, la durée du travail et le mode de mise en travail peut varier avec les antécédents d'utérus cicatriciel. Or, nos 2 populations (exposées et non-exposées) ne sont pas significativement différentes : nous pouvons donc les comparer.

3.1.10 Pharmacothérapie en cours de grossesse.

Tableau 8 : usage de pharmacothérapie (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique) pendant la grossesse en fonction de l'exposition

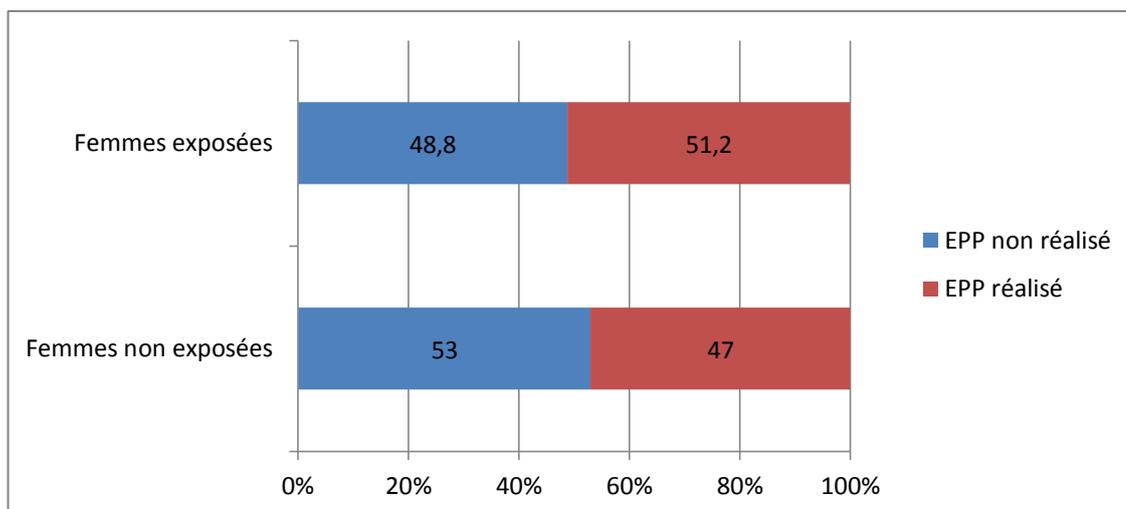


La majorité des femmes n'ont pas eu recours à des psychotropes pendant leur grossesse (95,13% chez les femmes exposées et 98,8% chez les femmes non-exposées).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, car $p=0,21$.

3.1.11 Réalisation de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) au cours de la grossesse.

Tableau 9 : réalisation de l'EPP en fonction de l'exposition



Chez les femmes exposées, 48,8% ont bénéficié de l'EPP contre 53% chez les femmes non exposées.

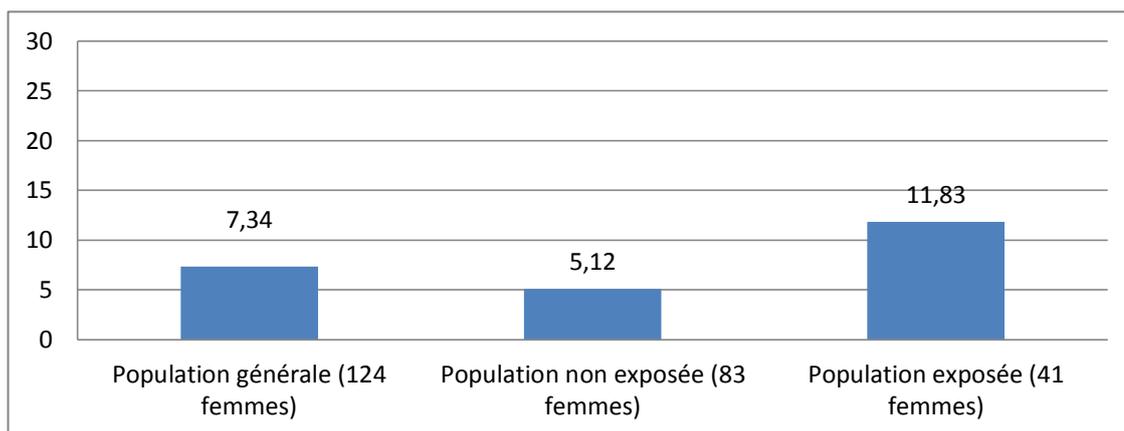
Il n'y a pas de différence significative pour la réalisation de l'EPP entre les exposées et les non-exposées, car $p=0,65$.

III.II Résultats des échelles.

3.2.1 Evaluation de la composante dépressive par l'EPDS.

Cette échelle retrouve 34 femmes exposées aux troubles dépressifs sur 124, soit 27% de la population étudiée. Une femme est dite « exposée » quand elle obtient un score supérieur ou égal à 10.

Tableau 10 : répartition des scores obtenus à l'EPDS (score maximal = 30)



Pour la population générale, le score moyen est 7,34. Il est égal à 5,12 chez les non-exposées et à 11,83 chez les exposées.

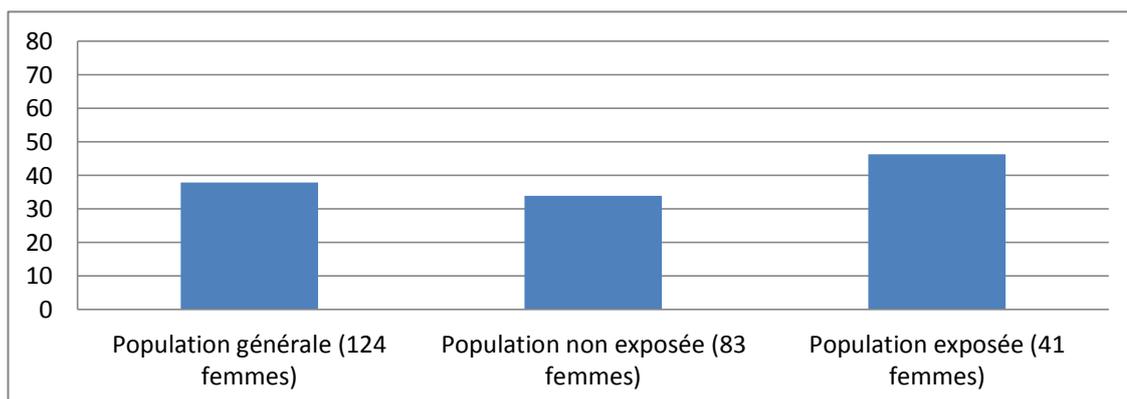
3.2.2 Evaluation de la composante anxieuse par la STAI.

Cette échelle retrouve 7 femmes exposées aux troubles anxieux sur 124, soit 5,64% de la population étudiée. Une femme est dite « anxieuse » quand elle obtient un score supérieur ou égal à 44. Cette catégorie comprend strictement les sujets dépistés à la STAI. Les sujets présentant une association de troubles anxieux et dépressifs sont considérés comme dépressifs, l'anxiété étant souvent une composante important de la dépression.

L'anxiété a été divisée en deux groupes :

- Anxiété moyenne, si le score est compris entre 44 et 55 : 6 sujets, soit 4,83% de la population étudiée
- Anxiété forte, si le score est supérieur ou égal à 56 : 1 sujets, soit 0,8% de la population étudiée

Tableau 11 : score obtenu à la STAI (score maximal = 80)

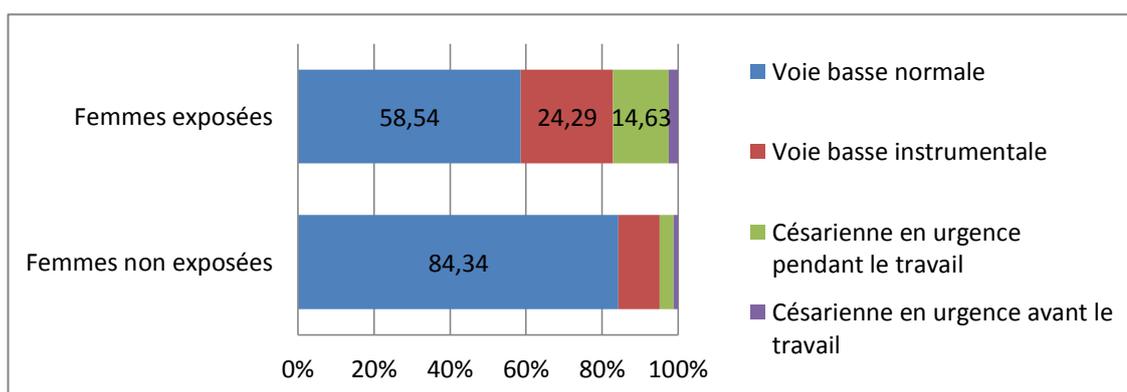


Pour la population générale, le score moyen est de 37,97. Il est égal à 33,88 chez les femmes non-exposées, et 46,26 chez les femmes exposées.

III.III Le mode d'accouchement.

3.3.1 Mode d'accouchement exposées / non-exposées.

Tableau 12 : mode d'accouchement en fonction de l'exposition



Chez les femmes non-exposées, le pourcentage d'accouchements par la voie basse est plus important (84,34%) que chez les femmes exposées (58,54%). Le pourcentage d'accouchements par la voie basse instrumentale (24,29%) et par césarienne (17,06%) est plus élevé chez les femmes exposées que chez les femmes non-exposées (respectivement 10,84% et 4,81%).

Afin de faciliter l'analyse, on a scindé le mode d'accouchement en 2 groupes :

- Accouchement non dystocique = par la voie basse

- Accouchement dystocique = par voie instrumentale ou par césarienne

Chez les femmes exposées, le pourcentage d'accouchements dystociques est plus élevé (41,6%), avec IC95% = [26,81-56,68] que chez les femmes non-exposées (15,66%) avec IC95% = [7,84-23,47].

En utilisant le test statistique du Chi 2, on a $p=0,02$. La différence concernant le pourcentage d'accouchement dystocique entre les exposées et les non-exposées est donc très significative, car p est nettement inférieur à 0,05.

Nous avons calculé le risque relatif (RR) qui est égal à 2,64 : les femmes exposées aux troubles anxio-dépressifs ont 2,64 fois plus de risque d'avoir un accouchement dystocique que les femmes non-exposées.

L'intervalle de confiance à 95% est [1,44-2,82] : il ne comprend pas le chiffre 1, le risque relatif est significatif.

Afin de pondérer ce risque relatif et d'étudier l'influence d'éventuels autres facteurs sur le mode d'accouchement, on a réalisé une régression logistique.

On a pris en compte les variables pour lesquelles il y avait une différence significative (avec $p>0,2$) entre les exposées et les non-exposées :

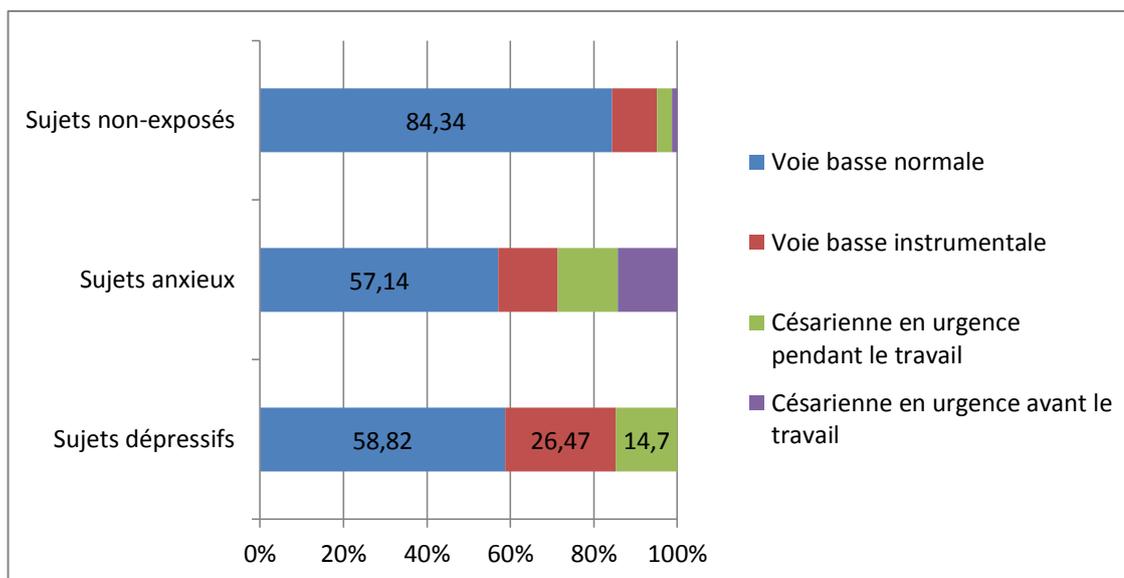
- La parité
- L'origine
- Le mode de mise en travail
- L'activité professionnelle
- Les antécédents de troubles anxio-dépressifs

Après la régression logistique, on retrouve également un RR élevé : il est à 3,5 avec IC95% = [1,38-8,86], ce qui est très significatif car l'intervalle de confiance ne contient pas le chiffre 1. L'exposition aux troubles anxio-dépressifs est donc un facteur de risque élevé d'avoir un accouchement dystocique.

Avec cette régression logistique, on retrouve aussi que la multiparité est un facteur protecteur d'accouchement dystocique car le RR est égal à 0,167 avec IC95% = [0,057-0,492], ce qui est significatif car le résultat de l'intervalle de confiance ne contient pas 1.

3.3.2 Mode d'accouchement en fonction du type d'exposition.

Tableau 13 : mode d'accouchement en fonction du type d'exposition



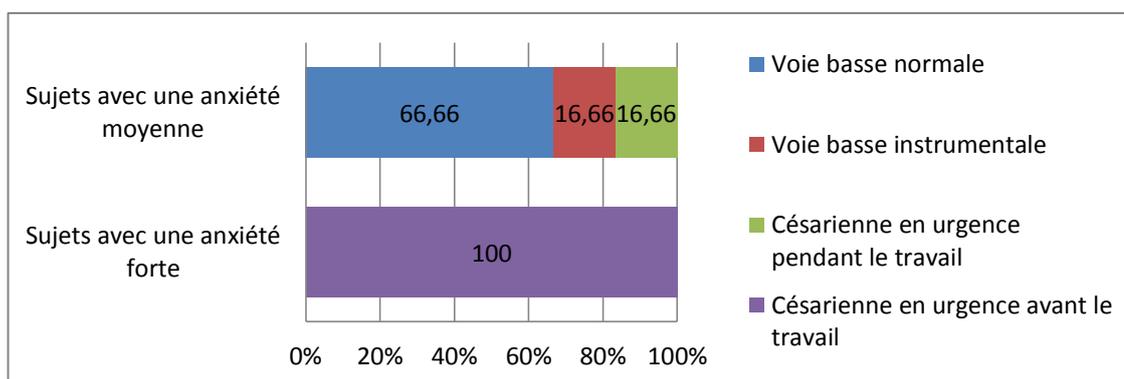
Les sujets dépressifs présentent plus d'accouchements dystociques (58,8%) que les sujets non-exposés (15,6%). Cette différence est significative car $p=0,03$. Nous avons calculé le risque relatif, qui est de 2,63, avec un $IC_{95\%}=[1,39-4,98]$ (le risque relatif est donc significatif) : les femmes dépressives ont 2,63 fois plus de risques d'avoir un accouchement dystocique que les femmes non-exposées. Ce risque n'est pas plus élevé que pour les femmes exposées (donc dépressives ou anxieuses).

Les sujets dépressifs présentent plus d'accouchements par la voie basse instrumentale (26,47%) que les sujets anxieux (14,28%). Cette différence n'est pas significative car p est compris entre 0,5 et 0,9.

Les sujets anxieux présentent plus d'accouchements par césarienne (28,56%) que les sujets dépressifs (14,7%). Cette différence n'est pas significative car p est compris entre 0,3 et 0,5.

3.3.3 Mode d'accouchement des sujets anxieux.

Tableau 14 : mode d'accouchement des sujets anxieux



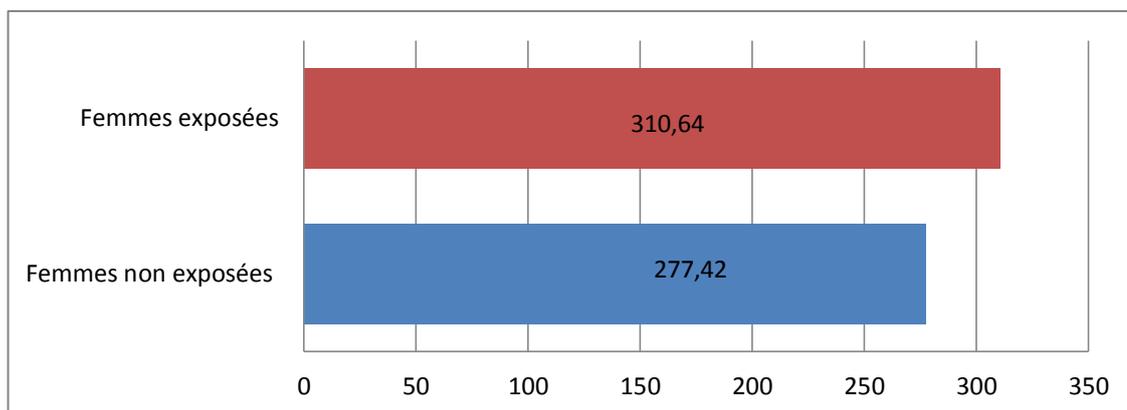
Le risque d'avoir un accouchement dystocique évolue proportionnellement à l'anxiété : 15,66% chez les sujets non-anxieux, 33,3% chez les sujets présentant une anxiété moyenne et 100% chez les sujets présentant une forte anxiété. Cependant, cette différence n'est pas significative car $p=0,21$.

III.IV Durée du travail.

Pour la durée du travail, nous prenons uniquement en compte les accouchements par la voie basse ou par voie instrumentale. En effet, pour les patientes ayant accouché par césarienne en urgence avant le travail, le temps de travail est de 0, et pour celle ayant accouché par césarienne en urgence pendant le travail, le temps de travail a été écourté par la césarienne. Nous avons donc exclu ces durées afin de ne pas créer un biais en raccourcissant le temps de de travail réel.

3.4.1 *Durée du travail exposées / non-exposées.*

Tableau 15 : durée du travail (minutes) en fonction de l'exposition

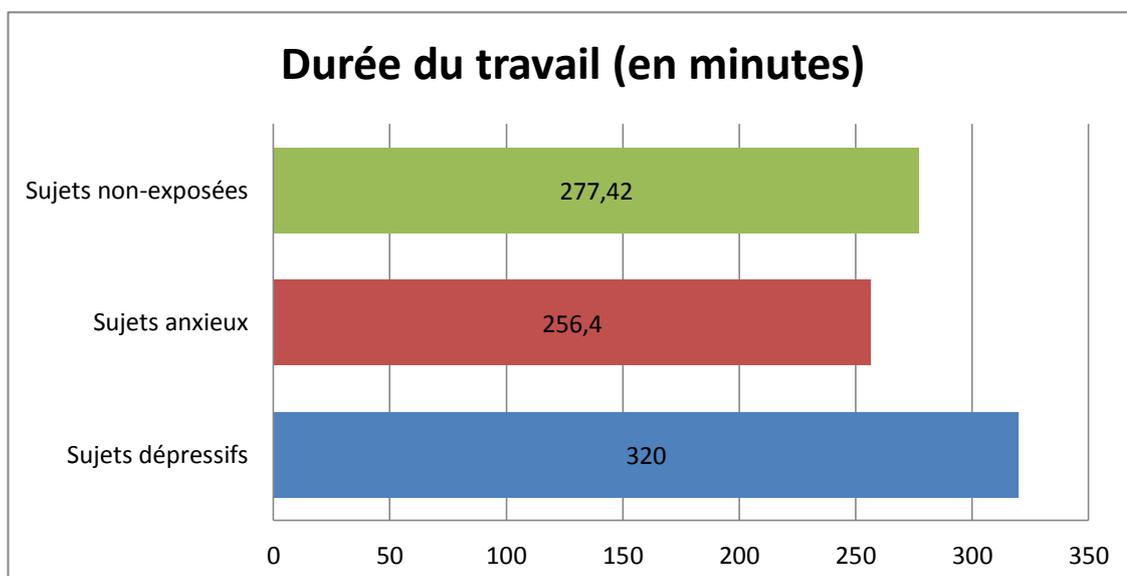


Le travail est plus long chez les femmes exposées (310,34 minutes) que chez les femmes non-exposées (277,42 minutes).

Nous avons utilisé le test statistique de l'écart réduit, qui nous donne $p=0,25$: p étant supérieur à 0,05, la différence de durée du travail entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative.

3.4.2 *Durée du travail (en minutes) en fonction du type d'exposition.*

Tableau 16 : durée du travail (minutes) en fonction du type d'exposition



Les sujets dépressifs ont un temps de travail plus long (320 minutes) que les sujets anxieux (256,4 minutes) et non-exposés (277,42 minutes). La différence entre les sujets dépressifs et les sujets anxieux n'est pas significative car $p=0,17$. La différence entre les sujets anxieux et les sujets dépressifs n'est pas significative car $p=0,35$.

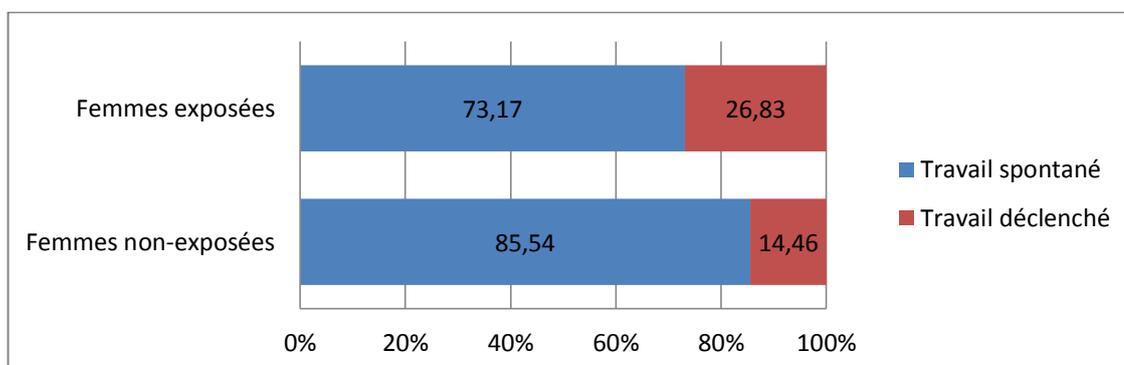
3.4.3 Durée du travail des sujets anxieux.

Nous ne pouvons pas comparer la durée du travail en fonction de l'anxiété car le seul sujet présentant une anxiété forte a eu une césarienne en urgence avant le travail, donc un travail inexistant.

III.V. Mode de mise en travail.

3.5.1 Mode de mise en travail exposées / non-exposées.

Tableau 17 : mode de mise en travail en fonction de l'exposition

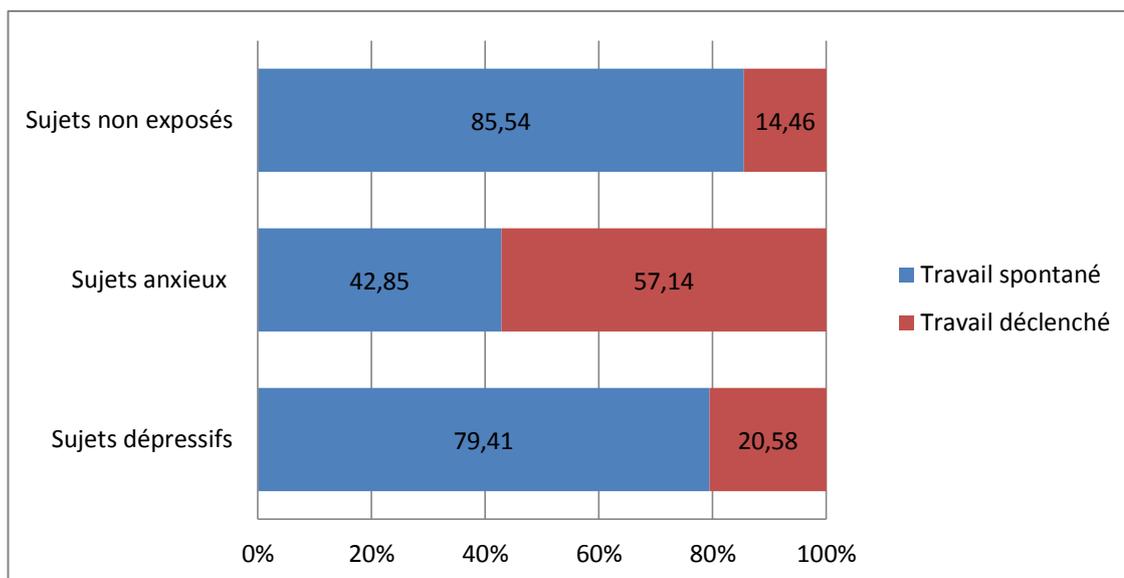


La majorité des femmes se sont mises en travail spontanément : 85,54% pour les femmes non-exposées et 73,17% pour les femmes exposées. Il y a plus de déclenchements du travail chez les femmes exposées (26,83%) que chez les femmes non-exposées (14,46%).

Avec le test statistique du Chi 2, on a $p=0,09$. Il est supérieur à 0,05 : la différence de mode de mise en travail entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative.

3.5.2 Mode de mise en travail en fonction du type d'exposition.

Tableau 18 : mode de mise en travail en fonction du type d'exposition



Les sujets anxieux présentent plus de déclenchements (57,14%) que les sujets dépressifs (20,58%) ou non-exposés (14,46%).

Avec le test statistique du Chi 2, on retrouve p inférieur à 0,05 (p compris entre 0,01 et 0,02) : la différence du mode de mise en travail entre les sujets anxieux et les sujets non-exposés est très significative.

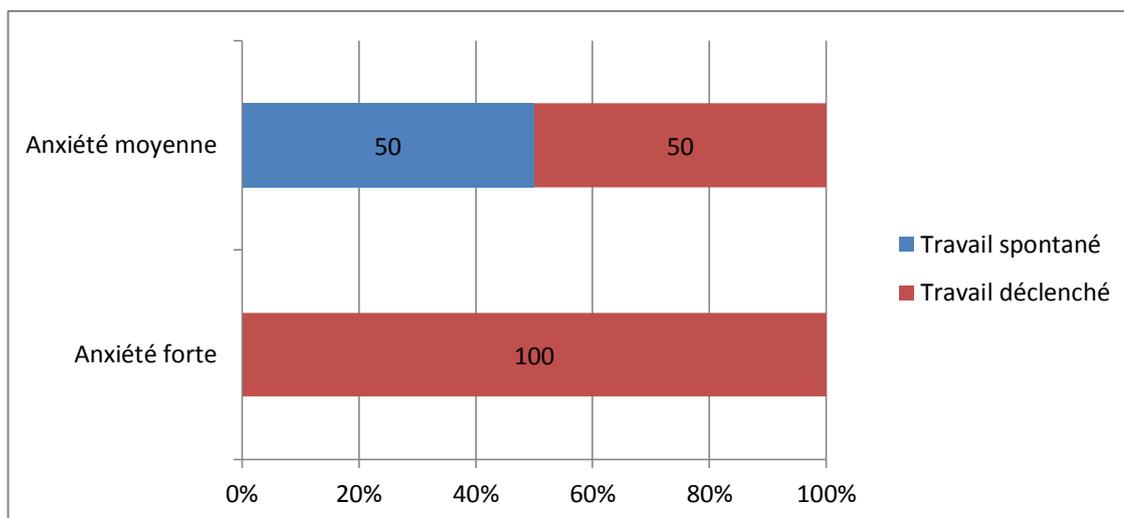
Le risque relatif calculé est de 4,31 : les femmes anxieuses ont 4,31 fois plus de risques de déclenchement de l'accouchement que les femmes non exposées. L'intervalle de confiance à 95% est [1,9-9,76], le résultat ne comprenant pas 1, il est significatif.

La différence entre les sujets anxieux et les sujets dépressifs est également significative : p est égal à 0,04. Le risque relatif calculé est de 2,77 : les femmes anxieuses ont 2,77 fois plus de risques de déclenchement de l'accouchement que les femmes dépressives. L'intervalle de confiance à 95% est [1,35-5,65], le résultat ne comprenant pas 1, il est significatif.

Ainsi, pour les femmes exposées, l'anxiété est donc un facteur de risque de déclenchement de l'accouchement.

3.5.3 Mode de mise en travail des sujets anxieux.

Tableau 19 : mode de mise en travail des sujets anxieux



Les femmes présentant une anxiété forte ont deux fois plus de déclenchements de l'accouchement (100%) que les femmes présentant une anxiété moyenne (50%).

Cette différence n'est pas significative car $p=0,3$.

Quatrième partie : Analyse et discussion

IV.I. Description de la population grâce aux résultats obtenus.

Nous allons analyser les résultats selon les groupes : patientes exposées aux troubles anxio-dépressifs et patientes non-exposées.

4.1.1 Âge maternel et parité.

Pour ces deux variables, la différence entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative. Ces données sont importantes car l'on sait que la durée du travail est généralement plus courte pour une multipare. De plus, l'âge maternel peut influencer négativement sur le déroulement du travail avec un allongement de la durée du travail en raison d'une altération de la fonction myométriale. [49]

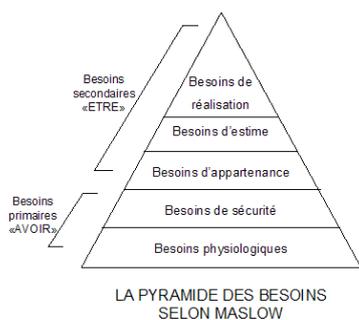
4.1.2 Origine.

On retrouve chez les exposées un taux supérieur (10%) de femmes d'origine non française. Même si cette différence n'est pas statistiquement significative, on peut se demander pourquoi elle est si élevée. Les patientes étrangères sont-elle plus anxio-dépressives que les Françaises ? On peut penser que l'isolement de ces femmes, l'absence possible de soutien familial ou éventuellement une différence culturelle, peuvent représenter des obstacles. En effet, il est possible qu'elles n'osent, ou ne peuvent pas, verbaliser auprès de leurs proches ou des professionnels de santé leur mal-être et ont ainsi du mal à trouver des solutions d'accompagnement. Les conditions d'arrivée en France (suite à une guerre, un conflit familial...) peuvent avoir été traumatiques.

A.Marlow décrit, en 1943, la hiérarchie des besoins. C'est une théorie de la motivation, qui peut être schématiquement représentée par une pyramide.

Ce psychologue considère que l'individu passe à un besoin d'ordre supérieur quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

Cinq grandes catégories de besoins sont décrites : [50]



- Besoins physiologiques : ce sont des besoins concrets qui permettent la survie de l'individu et de l'espèce (faim, soif, sexualité...)
- Besoin de sécurité : ils permettent de se protéger contre les différents dangers qui nous menacent, d'avoir un environnement stable et prévisible sans anxiété ni crise
- Besoin d'appartenance et d'amour : l'individu a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail...). Il a besoin d'affection de la part des autres.
- Besoin d'estime : l'individu souhaite être reconnu en tant qu'entité propre, il a besoin d'avoir confiance en lui, d'être respecté et apprécié des autres
- Besoin de s'accomplir

Cette pyramide s'impose encore aujourd'hui dans le domaine de la psychologie, et permet d'expliquer de nombreux comportements. Ici, les femmes d'origine étrangères peuvent avoir du mal à satisfaire les besoins physiologiques et de sécurité par manque de moyens financiers, par solitude, par isolement. Ainsi, elles ne pourront pas atteindre l'ultime besoin qu'est l'accomplissement de soi, nécessaire au bien-être de tout individu. Des troubles anxio-dépressifs pourront en découler.

4.1.3 Statut marital.

Pour cette variable, la différence entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative. Cependant, on remarque qu'il y a deux fois plus de femmes vivant seules parmi les exposées, ce qui s'explique facilement : ce sont des femmes souvent isolées, qui ont pu vivre une rupture pendant la grossesse, qui peuvent éprouver une grande tristesse mais aussi s'inquiéter pour le futur avec leur enfant.

On peut reprendre l'exemple de la pyramide des besoins pour ces femmes, qui, dans certains cas, de par leur solitude, ne peuvent accéder au besoin d'appartenance et d'amour.

4.1.4 Profession et son exercice.

Le fait de ne pas être en activité professionnelle est un facteur de risque qui multiplie par 3,85 le risque de développer des troubles anxio-dépressifs. Ces femmes qui ne travaillent pas sont plus anxieuses, plus dépressives : on peut supposer qu'elles redoutent l'avenir, qu'elles s'ennuient, sont mises à l'épreuve par la recherche d'un emploi pendant leur grossesse ou sont affectées par la dépendance vis-à-vis des autres.

Dans la pyramide des besoins, ces femmes peuvent ne pas satisfaire les besoins physiologiques par manque de moyens financiers. L'accès au besoin de sécurité peut être également difficile car les femmes qui recherchent un emploi peuvent se sentir instables.

4.1.5 Antécédents de troubles anxio-dépressifs.

La différence entre les exposées et les non-exposées n'est pas significative, mais ces antécédents sont deux fois plus présents chez les femmes exposées. Ces résultats paraissent logiques car la grossesse est une période de fragilité et de remaniement psychique susceptible de voir réapparaître des troubles psychiques antérieurs.

On retrouve, au sein de notre population exposées aux troubles anxio-dépressifs, les facteurs de risques de décompensation psychique déjà exposés dans la littérature : jeune âge, antécédents personnels de dépression, facteurs de risques socio-économiques (faible soutien social, absence d'emploi, évènements de vie négatifs...) [3]

IV.II. Résultats obtenus aux échelles.

33% de notre population est exposée aux troubles anxio-dépressifs. Selon la littérature, cela concerne 24,7% de la population générale.

Nos résultats sont donc légèrement supérieurs à ceux de la population générale :

- 27,4% de femmes dépressives dans notre population (19,8% dans la littérature)
- 5,6% de femmes anxieuses dans notre population (4,7% dans la littérature)

Les résultats obtenus diffèrent principalement pour les troubles dépressifs : a-t-on utilisé une échelle trop sensible ? Pourtant cette échelle a été utilisée dans de nombreuses études et notamment chez la femme enceinte avec le même score seuil que le nôtre. [28]

Une étude réalisée en Haute-Vienne par N. BALOUTCH, en 1998 retrouve également, concernant le taux de dépression anténatale à la même période de grossesse, des résultats supérieurs à ceux de la population générale. Il retrouve 25,4% de femmes dépressives en pré-partum. [51]

Notre étude porte sur la Haute-Vienne (111 sujets) et sur la Corrèze (13 sujets). La population haute-viennoise est-elle plus exposées aux troubles dépressifs que la population française ?

Selon l'ORS (Observatoire Régional de la Santé), la prévalence des troubles dépressifs en Haute-Vienne est comparable à la prévalence nationale. [52] Par contre, l'ORS retrouve un taux de

mortalité par suicide important en Limousin (11%) et en Haute-Vienne (11,2 %). Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de la population française (8,8 %). [53] On peut donc penser que la population limousine, et plus précisément haute-viennoise, est plus fragile psychologiquement que la population générale, même si ces troubles ne sont pas forcément détectés.

Cela peut expliquer que l'on retrouve dans notre étude un taux supérieur de femmes à tendance dépressive que dans la littérature.

Le contexte de crise économique actuel peut également avoir un impact sur la santé mentale de la population.

IV.III. Résultats en fonction des hypothèses.

4.3.1 Le mode d'accouchement.

Hypothèse principale : « les femmes exposées aux troubles anxio-dépressifs présentent 12% de plus d'accouchements dystociques que les femmes non-exposées aux troubles anxio-dépressifs ».

L'**hypothèse principale est donc validée** : la différence concernant le mode d'accouchement entre les exposées et non-exposées est deux fois supérieure à celle que l'on voulait démontrer. Les femmes exposées ont 25,8% de plus d'accouchements dystociques que les femmes non-exposées. Cette différence est statistiquement significative.

Le fait d'être exposée aux troubles anxio-dépressifs **multiplie par 3,85** le risque d'avoir un accouchement dystocique. Ce risque relatif a été obtenu après régression logistique.

Il est important de noter la similarité de nos résultats avec ceux de l'enquête périnatale de 2010. [21]

	Population source	Enquête périnatale 2010
Voies basses normales (en %)	75,8	75
Voies basses instrumentales (en%)	15,3	13,6
Césariennes en urgence (en %)	8,8	11,33

On peut tenter d'expliquer ces chiffres d'un point de vue psychopathologique. Nous avons vu

dans la première partie que l'accouchement d'une femme va être conditionné par son vécu. On peut facilement imaginer qu'une patiente présentant des troubles psychiques pendant la grossesse est exposée à une certaine vulnérabilité, souvent réminiscence d'évènements antérieurs difficiles, qui a pu s'exprimer à d'autres moments cruciaux de sa vie. La grossesse et l'accouchement sont parasités dans leur déroulement par cet état de fragilité.

La « dynamique de la naissance » est également un processus important : afin de mettre au monde un enfant, la future mère doit être centrée sur cet accouchement sur l'accueil de son enfant. On parle de « dynamique de la naissance ». Les femmes en souffrance psychique se trouvent entravées dans ce processus. Ces patientes sont fatiguées, ralenties d'un point de vue psychomoteur : un manque de participation (variation des postures, efforts expulsifs...) peut participer à ces dystocies.

Nos résultats démontrent également une différence de résultats au sein de la population exposée : les patientes dépressives ont plus d'accouchements dystociques que celles anxieuses.

Parmi la population anxieuse, même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs, on remarque qu'il y a plus d'accouchements dystociques chez les femmes présentant une anxiété forte que chez celles présentant une anxiété moyenne.

Une autre étude pourrait probablement amener des résultats significatifs.

Notre étude démontre que la multiparité est un facteur protecteur d'accouchement dystocique, avec un risque relatif significatif égal à 0,167.

4.3.2 La durée du travail.

Hypothèse secondaire : « Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs ont une durée de travail supérieure de 45 minutes par rapport à la population sans trouble anxio-dépressifs. »

Cette hypothèse secondaire n'est donc pas validée : on met seulement en avant une différence de 33,22 minutes dans la durée du travail (310,64 minutes chez les exposées et 277,42 minutes). De plus, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Par contre, nos résultats sont semblables à ceux décrits par Friedman [20], ce qui nous permet une comparaison fiable.

L'absence de significativité des résultats peut s'expliquer de deux façons. Tout d'abord, il est évident que notre étude manque de puissance, une étude plus étendue pourrait mettre en évidence une différence significative.

On a étudié la durée du travail de la phase active (4 centimètres de dilatation du col utérin) à la phase d'expulsion, et non pas la phase de latence. On peut se demander si les femmes anxio-dépressives n'ont pas une phase de latence du travail plus longue que les femmes non exposées à ces troubles ?

Par ailleurs, le travail est souvent dirigé (perfusion d'ocytocine, amniotomie précoce), et ce pour toutes les femmes, ce qui peut expliquer l'absence de différence significative, puisque le travail dirigé est plus court que le travail naturel. En effet, l'amniotomie précoce va stimuler le myomètre par libération locale d'acide arachidonique et synthèse de prostaglandines et l'ocytocine va accroître l'activité contractile utérine. [54]

En revanche, de façon comparable aux résultats obtenus pour le mode d'accouchement, on observe que, parmi toutes les exposées, ce sont les femmes dépressives qui ont le travail le plus long.

4.3.3 Le mode de mise en travail.

Nous avons seulement étudié deux indications de déclenchement : le terme échu et l'absence de mise en travail spontanée suite à une rupture prématurée des membranes. Les autres indications de déclenchement (obstétricales, maternelles ou fœtales) peuvent agir sur la durée du travail et le mode d'accouchement ; nous les avons exclues de l'étude.

Hypothèse secondaire : « Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs présentent un taux de déclenchement du travail pour absence de mise en travail spontané suite à une rupture prématurée des membranes ou à un dépassement de terme supérieur à 10% par rapport à la population sans trouble anxio-dépressifs. »

Cette **hypothèse est vérifiée**, avec un taux de déclenchements chez les exposés supérieur de **12,37%** par rapport aux non-exposées. Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative, car $p > 0,05$ mais il en est proche ($p=0,09$). Cette absence de significativité est probablement due à un manque de puissance.

Cependant, on a mis en évidence une différence significative dans le mode de mise en travail entre les patientes non-exposées et les patientes anxieuses, avec un risque relatif à **4,31** : les sujets anxieux ont 4,31 fois plus de risques que les sujets non exposées d'avoir un déclenchement du travail.

On a également mis en évidence une différence dans le mode de mise en travail au sein de la population exposée : ce sont les sujets anxieux qui sont les plus exposés à un déclenchement du travail

pour les raisons citées précédemment. Le risque relatif calculé est de **2,77** : les sujets anxieux ont 2,77 fois plus de risque que les autres sujets exposés d'avoir un déclenchement du travail.

Des recherches sont en cours sur les relations entre la sécrétion de cortisol (hormone du stress) et celles d'ocytocine (hormone impliquée dans l'accouchement). Ces hormones sont également impliquées dans la physiopathologie des troubles anxio-dépressifs. Avec les résultats obtenus, on peut se demander si le cortisol n'empêcherait pas l'action de l'ocytocine ? [55]

Les résultats démontrent aussi que plus l'anxiété est forte, plus le taux de déclenchements du travail est important.

Ainsi, la dépression semble avoir un effet délétère sur le mode d'accouchement et la durée du travail tandis que l'anxiété jouerait plutôt un rôle inhibiteur sur la mise en travail spontanée.

IV.IV. Points forts et points faibles de l'étude.

4.4.1 Points faibles.

4.4.1.1 Manque de puissance.

L'étude menée manque de puissance : nous avons obtenu seulement 17,5% des sujets nécessaires, ce qui nous a empêché de conclure sur les deux hypothèses secondaires.

Ce manque de puissance est dû, d'une part, à des objectifs trop élevés en termes de nombre de sujets nécessaires, et d'autre part à une difficulté à faire adhérer les sages-femmes des centres hospitaliers de Saint-Junien et de Brive. En effet, elles sont peu nombreuses à réaliser des consultations et leur organisation n'était pas forcément compatible avec la distribution des questionnaires. Malgré mes relances et mes déplacements, les centres de Brive et de Saint-Junien ont distribué seulement 24 questionnaires ; il me paraît difficile, a posteriori, de mener une étude demandant un investissement de la part des professionnels sans être présent en stage dans l'établissement.

4.4.1.2 Biais.

Un biais de sélection a pu survenir : les sages-femmes consultantes peuvent avoir distribué les échelles d'auto-évaluation aux patientes qu'elles sentaient plus fragiles psychiquement afin de leur offrir la possibilité de s'exprimer et d'être accompagnées.

4.4.2 Points forts.

- Il y a une grande similitude des résultats concernant le mode d'accouchement et la durée du travail entre notre population source et la population générale. Nos données sont donc fiables, ce qui est d'autant plus pertinent pour l'analyse.
- Malgré le manque de puissance de l'étude, nous avons réussi à conclure sur le mode d'accouchement ; la différence mise en évidence serait encore plus importante avec une étude plus étendue.
- Nous n'avons pas pu conclure sur la corrélation entre l'exposition aux troubles anxio-dépressifs et l'existence de déclenchements du travail du fait d'un manque de puissance, cependant nous avons démontré statistiquement que le trouble anxieux est un facteur de risque de déclenchement du travail.
- Les femmes exposées aux troubles anxio-dépressifs ont le même profil que celui décrit dans la littérature.
- Les deux populations étudiées (exposées et non exposées) sont comparables en termes d'âge, de parité, d'antécédents d'utérus cicatriciels, ce qui nous permet une comparaison fiable des variables principales (mode d'accouchement, durée du travail, mode de mise en travail).
- Une régression logistique a été utilisée pour pondérer le risque relatif des troubles anxio-dépressifs sur le mode d'accouchement, ce qui a permis d'éviter un biais de confusion.

IV.V. Que pouvons-nous faire à l'avenir ?

La présence de troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse est donc un réel facteur de risque d'accouchement dystocique.

On sait que les accouchements dystociques (extractions instrumentales par forceps ou ventouse, césarienne) sont plus à risque de complications que les accouchements eutociques par la voie basse normale.

Ce tableau résume les principales complications pouvant survenir en fonction des modes d'accouchement. [56]

Mode d'accouchement	Complications maternelles	Complications néo-natales
Extraction instrumentale par forceps	Lésions des voies génitales Incontinences anales secondaires Hémorragies	Lésions traumatiques du pôle céphalique Douleurs
Extraction instrumentale par ventouse	Plaies vaginales	Bosse sérosanguine, céphalématome, hématome diffus du cuir chevelu
Césarienne	Complications graves (hémorragie de la délivrance, infection pelvienne, thrombose profonde...) Complications mineures (infection urinaire, fièvre, asthénie, phlébite...)	Détresse respiratoire transitoire Difficultés d'allaitement

Nous avons également vu dans la 1^{ère} partie que les troubles anxio-dépressifs pouvaient avoir une influence néfaste sur la grossesse (accouchement prématuré, consommation de toxiques, mauvais suivi...) et sur le post-partum (augmentation du risque de dépression post-natale, difficulté d'investissement émotionnel, mauvaise influence sur la santé mentale de l'enfant...)

Nous sommes actuellement dans une politique de santé qui tend à faire des économies. Un accouchement dystocique a un coût plus important qu'un accouchement eutocique, il mobilise plus de personnel, nécessite souvent une hospitalisation plus longue, ainsi qu'une prévention des complications précédemment énoncées.

Tous ces éléments nous confirment que nous devons absolument réaliser une prévention précoce de ces troubles.

4.5.1 L'entretien prénatal précoce (EPP).

Afin de prévenir ces troubles, il paraît d'abord important, dans un premier temps, de les détecter. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) y contribue largement. Il est très important que les professionnels le perçoivent comme un moment important du début de grossesse. Il va permettre d'être attentif aux signes de fragilité et de vulnérabilité et également d'évaluer les ressources, l'entourage de la patiente. Suite à cet entretien, le couple et le professionnel de santé vont construire un projet de suivi de grossesse et de naissance.

4.5.2 Prise en charge de la grossesse.

Si des troubles psychiques sont détectés, il est important de proposer aux patientes une prise en charge ciblée et de leur en expliquer l'importance afin qu'elles y adhèrent au maximum.

Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) peuvent être aidantes pour ces femmes. La PNP accompagne la femme dans l'appropriation de l'acte de mise au monde comme acte parental et permet de s'interroger sur les besoins de l'enfant et ses besoins propres. Le couple peut ainsi construire sa propre histoire autour de cette naissance. [15]

4.5.3 Accompagnement de l'accouchement et place de la sage-femme.[15]

L'accouchement est un moment de crise, où la femme a besoin de sollicitude et de contenance. La parturiente a besoin de proximité, de respect de ses initiatives personnelles, de paroles, de gestes qui vont lui apporter sécurité.

Si l'accompagnement n'est pas suffisant, que la patiente ne se sent pas en sécurité, son corps va se tendre, se fermer, et un désordre fonctionnel va s'installer.

Pour les femmes en souffrance psychique, cette « crise de l'accouchement » va être exacerbée. Il faudra leur apporter une attention particulière, une vigilance autour du moment de l'accouchement. L'accompagnement par la sage-femme a une place importante : il permettra à la patiente de donner naissance à son enfant dans de bonnes conditions.

Cet accompagnement peut être difficile à mettre en place dans le contexte actuel de restriction des postes. Les sages-femmes ont souvent beaucoup de patientes à prendre en charge, avec des pathologies multiples, et des profils de plus en plus complexes. . La prise en charge de ces patientes dans des maternités de type I, en l'absence de contre-indications maternelles ou fœtales, peut être

intéressante. On peut supposer que dans ce type de maternité, l'équipe sera plus disponible. Il pourrait être intéressant de proposer à ces femmes d'accoucher dans des salles dites « physiologiques », afin qu'elles puissent se réapproprier le déroulement de leur accouchement, et en être pleinement actrices. L'anesthésie péridurale peut aider l'accompagnement : elle va provoquer un relâchement musculaire qui permet de vaincre le mouvement de résistance du corps maternel.

Notre population est issue de trois maternités de typologies différentes : Limoges (niveau III), Brive (niveau II), Saint-Junien (niveau I). Nous n'avons pas assez de sujets venant de Brive et Saint-Junien mais il aurait été intéressant de comparer le mode d'accouchements des femmes exposées en fonction du type de maternité.

4.5.4 Quelques exemples.

Afin d'illustrer mes propos, je citerai le parcours d'une patiente incluse dans notre étude : Madame X., primipare de 26 ans, présente des antécédents de troubles anxio-dépressifs. Suite à l'EPP, elle a été orientée vers un suivi psychologique. Au 8^{ème} mois, elle est incluse dans notre étude, et présente un score de 5 à l'EPDS et 38 à la STAI : cette patiente n'est pas considérée comme exposée aux troubles anxio-dépressifs. A terme, elle se met en travail spontanément et accouchera par la voie basse normale suite à un travail brillant (229 minutes alors que la normale se situe autour de 405 minutes pour une primipare).

Nous pouvons également décrire un autre parcours : Mme Y., primipare de 28 ans, n'a pas d'antécédent de trouble anxio-dépressif. Elle n'a pas bénéficié de l'EPP et n'a pas eu de suivi particulier pendant sa grossesse. Au 8^{ème} mois, elle présente un score de 10 à l'EPDS, elle est considérée comme exposée aux troubles anxio-dépressifs. Elle accouchera rapidement et spontanément à terme, par la voie basse normale. Elle présentera dans le post-partum une décompensation psychique, pour laquelle elle a été hospitalisée. A-t-elle bénéficié d'une attention et d'une prise en charge particulière au moment de son accouchement qui pourrait expliquer que celui-ci se soit déroulé dans de bonnes conditions ?

CONCLUSION

Les troubles psychiques périnataux ont fait l'objet de nombreuses études, notamment sur la période du post-partum. Nous avons choisi d'évaluer l'impact de ces troubles sur la période de l'accouchement, aucune étude n'ayant été réalisée sur ce sujet.

Malgré un manque de puissance, cette étude souligne deux points essentiels :

- Les femmes exposées aux troubles anxio-dépressifs ont de forts risques d'avoir un accouchement dystocique
- Les femmes anxieuses ont de forts risques de ne pas se mettre en travail spontanément

Les conséquences néfastes des troubles anxio-dépressifs sur la grossesse et le post-partum ont déjà été démontrées. Nous démontrons ici qu'ils peuvent également être à l'origine de complications au moment de l'accouchement.

Le processus psychologique en jeu dans la dépression, décrit comme une perte de l'« élan vital », impacterait l'engagement de la femme dans le mouvement de mise au monde de l'enfant.

L'excès d'anticipation anxieuse de l'accouchement semble avoir un impact, dans certaines circonstances, sur la mise en route spontanée du travail.

Nous connaissons les risques et complications des accouchements dystociques et des déclenchements du travail. Il serait donc important de porter une attention particulière au dépistage de ces troubles, et pour cela, sensibiliser davantage les professionnels de santé aux symptômes, manifestations et prises en charge possibles. Au moment de l'accouchement, serait-il nécessaire d'apporter un environnement plus sécurisant à ces femmes « fragiles », d'offrir des conditions plus physiologiques ?

Il serait intéressant de réaliser une étude incluant un plus grand nombre de sujets afin d'avoir des résultats encore plus significatifs, et de pouvoir conclure sur une éventuelle différence au niveau de la durée du travail.

Au-delà de la problématique individuelle, et de l'amélioration des prises en charge, c'est une véritable question de santé publique et d'économie de santé.

REFERENCES

- [1] Collège National des Gynécologues-Obstétricien de France, Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (item 19). 2010-2011.
- [2] MANZANO J., Le syndrome de dépression du pré-partum. Les dossiers de l'obstétrique, 2002 ; 304 : 6-10.
- [3] DAYJAN J., CREVEUIL C., HERLICOVIEZ M., HERBEL C., BARANGER E., SAVOYE C., THOUIN A., Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum, revue de synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007 ; 36, p. 549-561.
- [4] INPES, enquête ANADEP. La dépression en France, 2005.
- [5] COHIDON C., Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête de Santé Mentale en population générale, 2007, INVS.
- [6] INSEE. Population : fécondité par groupe d'âge, 2011.
- [7] American Psychiatric Association, DSM IV-TR Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Ed Elsevier Masson, 2000 : p. 1064.
- [8] SUTTER A-L., LACAZE I., LOUSTAU N., PAULAIS J., GLATIGNY-DALLAY E., Troubles psychiatriques et période périnatale. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2005 ; 163 : p. 524-528.
- [9] JOLLANT F., Les troubles de l'humeur, 2008-2009 ; Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes.
- [10] Canadian Mental Health Association, Les troubles anxieux, 2011.
- [11] Faculté de Pharmacie de Lyon, Les troubles anxieux, 2010.
- [12] PRESME N., Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'un pédopsychiatre en maternité. Ed Elsevier Masson 2012 : 382 – p. 167-227.
- [13] ORLIAGUET M.-H., Psychologie de la grossesse, 2010-2011 ; Cours Ecole de Sages-Femmes de Limoges.

- [14] MAGGIONI C., MIMOUN S., *Traité de Gynécologie Obstétrique Psychosomatique*. Ed Médecine-Sciences Flammarion 1999 : 362 – p.238.
- [15] TAGAWA O., *L'accompagnement coutumier*. Ed Elsevier Masson 2012 : 382 – p. 251-284.
- [16] CHAINTRIER E., *Evaluation du dépistage des troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse par l'entretien prénatal précoce*. Université de Médecine de Limoges 2010 : 46 p.
- [17] Institut universitaire en Santé Mentale du Québec. *Santé Mentale*. Adresse URL : <http://www.institutsmq.qc.ca> , 2013.
- [18] GAGNERAUD V., *Ouverture du col ou dilatation, 2010-2011 ; Cours Ecole de Sages-Femmes de Limoges*.
- [19] DREYFUS M., *Physiologie du travail ; CHU de Caen*.
- [20] Université de Paris V., *Dilatation du col utérin, 2010*.
- [21] BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010, 2011*.
- [22] BOYON C., DERUELLE P., *Déclenchement du travail : facteurs d'échec, morbidité maternelle et fœtale, La lettre du Gynécologue, 2011 : 366 ; p.20-26*.
- [23] DAYAN J., CREVEUIL C., *Role of anxiety and depression in onset of spontaneous preterm labor, American Journal of Epidemiology, 2002 : 155 ; p.293-301*.
- [24] PERKIN M-R., BLAND J-M., PEACOCK J-L., ANDERSON H-R., *The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications, British Journal Obstetric Gynaecol, 1993 ; 100 : p.629-634*.
- [25] HEDEGAARD M., HENRIKSEN T-B., SABROE S., SECHER N-J., *Psychological distress in pregnancy and preterm delivery, BMJ 1993 ; 307 : p. 234-239*.
- [26] DUBOIS V., GILLAIN B., *Prise en charge des troubles aigus du comportement. Conférence Médecins, 2003*.
- [27] BIRMAHER B., *Remission of a mother's depression is associated with her child's mental health, American Journal of Psychiatry, 2011 ; 168 : p.563-565*.
- [28] FIGUEIREDO B., COSTA R., PAHECO A., CONDE A., TEIXEIRA C., *Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse, Devenir 2007 ; 19 : p.243*.

- [29] TALGE N-M., NEAL C., GLOVER V., Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why ? J Child Psychol Psychiatry, 2007 : 48 ; p.245-261.
- [30] O'DONNELL K., O'CONNOR T-G., CLOVER V., Prenatal stress and neurodevelopment of the child : focus on the HPA axis and role of the placenta, Dev Neurosci 2009 : 31 ; p.285-292.
- [31] FERNANDEZ L., AULAGNIER M., BONNET A., GUINARD A., PEDINIELLI J-L., PREAU M., Outils psychométriques, INVS 2005.
- [32] HARDY P., SERVANT D., CIALDELLA P., Echelles d'évaluation de la psychopathologie, 2000.
- [33] COX J-L., HOLDEN J-M., SAGOVSKY R., Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale, The British journal of Psychiatry, 1987 : 150 ; p.782-786.
- [34] JARDRI R., Le dépistage de la dépression post-natale : revue qualitative des études de validation de « l'Edinburgh Postnatal Depression Scale », Devenir 2004 : 16 ; p. 245-262.
- [35] GUEDENEY N., DELOUR M., La version française de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale de J. COX : validation et utilisation en pratique quotidienne, Archives de Pédiatrie, 1996 : 3 ; p.375.
- [36] BERGINK V., KOOISTRA L., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG M-P., WIJNEN H., BUNEVICIUS R., VAN BAAR A., POP V., Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale during pregnancy, Journal of Psychosomatic Research, 2011 : 70 ; p.385-389.
- [37] GUELFY J-D., L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie tome 1. Ed médicales Pierre Fabre, 1997 : 375 ; p. 349-354.
- [38] CHAGNAUD S., CYNOBER E., Traitements psychotropes et grossesse, Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique, 2008 ; 123 : p.10-13.
- [39] ANSM, Stupéfiants et psychotropes. Adresse URL : <http://ansm.sante.fr>, 2013.
- [40] Centre de toxicomanie de santé mentale, La dépression : les traitements. Adresse URL : www.camh.ca, 2012.
- [41] PEZZOLO S., LANG J-P., WEIL M., REICHERT M., Du bon usage des psychotropes et des traitements de substitution au cours de la grossesse et de l'allaitement, Synapse 2007 ; 230 : p.48-52.

- [42] SURI R., ALTSHULER L., HELLEMANN G., BURT V-K., AQUINO A., MINTZ J., Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth, *Am J Psychiatry* 2007 : 164 ; p.1206-1213.
- [43] GUELFY J-D., ROUILLON F., *Manuel de psychiatrie*. Ed Elsevier Masson 2007 ; 739p^.
- [44] Université de Lyon, *Les anxiolytiques*.
- [45] ELEFANT E., *Prescrire un anxiolytique ou un hypnotique à une femme enceinte*, Les nouvelles du CRAT, 2005 : 16.
- [46] GINGER S., MARC E., *La psychothérapie aujourd'hui*, Ed DUNOD 2012 : 320p.
- [47] CONCINA D., *Anesthésie pour sismothérapie*, Université de Toulouse 2005.
- [48] GAUGUE FINOT J., DEVOUCHE E., WENDLAND J., VARESCON I., Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de L'adolescence*, 2010 : 58 ; p. 441-447.
- [49] ZAMBO H., *Evolution et issue de la grossesse chez la primipare âgée*. Adresse URL = <http://www.gfmer.ch> 2003
- [50] MASLOW A., A theory of human motivation, *Psychological Review* 1943 : 50 ; 370-396.
- [51] BALOUTCH N., *Troubles psychiques de la puerpéralité*. Université de Médecine de Limoges, 1999, 95 p.
- [52] BURBAUD F., *Santé mentale en population générale en Haute-Vienne : images et réalités*, ORS, 2004.
- [53] ORS, *Le suicide en Limousin*, 2012.
- [54] CABROL D., PONS J-C., GOFFINET F., *Traité d'Obstétrique*. Ed Médecine-Sciences Flammarion, 2003, 1154 –p.741-780.
- [55] SKRUNDZ M., BOLTEN M., NAST I., HELLHAMMER D-H., MEINLSCHMIDT G., Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression, *Neuropsychopharmacology* 2011 ; 36 : p.1886-1893.

[56] CABROL D., PONS J-C., GOFFINET F., Traité d'Obstétrique. Ed Médecine-Sciences Flammarion, 2003, 1154 – p. 812-820.

ANNEXE I : EPDS

Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
 - Aussi souvent que d'habitude
 - Pas tout à fait autant
 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.
 - Autant que d'habitude
 - Plutôt moins que d'habitude
 - Vraiment moins que d'habitude
 - Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
 - Oui, vraiment souvent
 - Oui, parfois
 - Non, pas très souvent
 - Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements.
- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non, jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.
- Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais
 - Jamais

ANNEXE II : La STAY-YB

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre cases à droite, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens de bonne humeur, aimable				
2. Je me sens nerveuse et agitée				
3. Je me sens contente de moi				
4. Je voudrais être aussi heureuse que les autres				
5. J'ai un sentiment d'échec				
6. Je me sens reposée				
7. J'ai tout mon sang-froid				
8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
10. Je me sens heureuse				
11. J'ai des pensées qui me perturbent				
12. Je manque de confiance en moi				
13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
14. Je prends facilement des décisions				
15. Je me sens incompétente, pas à la hauteur				
16. Je suis satisfaite				
17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
19. Je suis une personne posée, solide, stable				
20. Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis				

ANNEXE III : Corrigé STAI-YB

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Item 1	3	2	1	0
Item 2	0	1	2	3
Item 3	3	2	1	0
Item 4	0	1	2	3
Item 5	0	1	2	3
Item 6	3	2	1	0
Item 7	3	2	1	0
Item 8	0	1	2	3
Item 9	0	1	2	3
Item 10	3	2	1	0
Item 11	0	1	2	3
Item 12	0	1	2	3
Item 13	3	2	1	0
Item 14	3	2	1	0
Item 15	0	1	2	3
Item 16	3	2	1	0
Item 17	0	1	2	3
Item 18	0	1	2	3
Item 19	3	2	1	0
Item 20	0	1	2	3

ANNEXE IV : LETTRE EXPLICATIVE

Virginie DURAND étudiante
Ecole de Sages-Femmes
23 avenue Dominique Larrey
87042 Limoges Cedex 1

Madame,

Je suis étudiante sage-femme. En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, je réalise un mémoire sur l'état émotionnel des femmes en fin de grossesse et les conséquences que cela peut avoir sur leur accouchement.

Ce mémoire a pour but d'améliorer, dans l'avenir, la prise en charge et l'accueil des patientes en salle de naissance en fonction du vécu de leur grossesse.

Pour cela, il vous est demandé de bien vouloir remplir les deux questionnaires fournis. Une enveloppe est jointe afin que vous puissiez remettre les questionnaires remplis après l'avoir cachetée.

Afin que vous puissiez répondre le plus sincèrement et le plus librement possible, ni votre médecin ni votre sage-femme ne lira vos réponses, je serai la seule personne à en avoir connaissance. Il est nécessaire d'inscrire vos noms, prénoms et date de naissance afin que je puisse étudier votre dossier.

Cela ne vous prendra que quelques minutes.

Si ces questionnaires ont suscité chez vous des interrogations, ou si vous vous sentez en difficultés, vous pouvez joindre des professionnels de l'unité mère-bébé de Limoges au numéro suivant : 06 75 80 99 55.

Je vous remercie de votre participation à ce travail de recherche qui aidera aux futures prises en charge,

Virginie Durand

ANNEXE V : RECUEIL DE DONNEES

Nom :

Prénom :

Lieu d'accouchement :

Age :

Lieu :

Score EPDS :

Score STAY :

Exposé : Oui/Non

Parité :

Origine : France/Europe/Afrique/Asie/Amérique/Océanie

Mode de vie : Seule/En couple/Dans sa famille/Tiers autre que conjoint ou famille

Profession : Agriculteur exploitant/Artisan commerçant ou chef d'entreprise/Profession intermédiaire ou employé/Cadre ou profession intellectuelle supérieure/Ouvrier/Étudiant/Sans profession

Exercice : En activité/Recherche d'emploi

ATCD césarienne : Présent / Absent

Désir grossesse : Présent / Absent / Inconnu

ATCD troubles anxieux/dépressifs : Présent/ Absent

EPP : Présent/absent

Pharmacothérapie (hypnotique, anxiolytique, antidépresseur) : Présent/ Absent

Terme d'accouchement :

Durée du travail :

Mode d'accouchement : Voie basse normale/Voie basse instrumentale/Césarienne en urgence pendant le travail/Césarienne en urgence avant le travail

Mode de mise en travail : Spontané / Déclenché

Durée OE :

Table des matières

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : LES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIF	9
I.I LES TROUBLES DEPRESSIFS.....	9
1.1.1 EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES DEPRESSIFS.	9
1.1.2 CARACTERISTIQUES DES TROUBLES DEPRESSIFS.....	9
1.1.3 CONSEQUENCES DES TROUBLES DEPRESSIFS.	10
1.1.4 LES TROUBLES DEPRESSIFS PENDANT LA GROSSESSE.....	11
I.II LES TROUBLES ANXIEUX.....	11
1.2.1 EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX.	11
1.2.2 DEFINITIONS DES TROUBLES ANXIEUX.	12
1.2.2.1 Les troubles anxieux généralisés.....	12
1.2.2.2 Les attaques paniques.....	12
1.2.2.3 Le trouble panique	12
1.2.2.4 Les pathologies post-traumatiques	12
1.2.2.5 Les phobies	13
1.2.2.6 Les troubles obsessionnels compulsifs.....	13
1.2.3 LES TROUBLES ANXIEUX PENDANT LA GROSSESSE.....	13
I.III PSYCHOPHYSIOLOGIE PERINATALE.....	14
1.3.1 LE « DEVENIR PARENT » OU PROCESSUS DE PARENTALITE.....	14
1.3.2 VECU PSYCHOAFFECTIF DE LA GROSSESSE.....	14
1.3.3 ACCOUCHEMENT ET DYNAMIQUE DE LA NAISSANCE.....	15
I.IV CONSEQUENCES ET RISQUES DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS SUR LA PERIODE PERINATALE	16
1.4.1 SUR LA GROSSESSE.....	16
1.4.2 SUR L'ACCOUCHEMENT.....	17

1.4.2.1	Rappels et épidémiologie.	17
1.4.2.2	Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur l'accouchement.	19
1.4.3	SUR LE POST-PARTUM	19
	I.V. DEPISTAGE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS PAR LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION CLINIQUE.	20
1.5.1	L'EDINBURGH POSTNATAL SCALE DEPRESSION (EPDS).	21
1.5.2	STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI-YB).....	21
	I.VI. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS.....	22
1.6.1	PHARMACOTHERAPIE	22
1.6.1.1	Les antidépresseurs	23
1.6.1.2	Les hypnotiques et les anxiolytiques.	23
1.6.2	PSYCHOTHERAPIE.....	24
1.6.3	SISMOTHERAPIE	24
	DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	26
	II.I CONSTAT, PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESE.	26
2.1.1	CONSTAT.....	26
2.1.2	PROBLEMATIQUE.....	26
2.1.3	OBJECTIFS.	26
2.1.3.1	Principal.....	26
2.1.3.2	Secondaires.	26
2.1.4	HYPOTHESES	27
2.1.4.1	Principale.	27
2.1.4.2	Secondaires.	27
	II.II METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	27
2.2.1	CRITERE PRINCIPAL DE JUGEMENT.	27
2.2.2	INTERET DE L'ETUDE.....	27
2.2.3	TYPE D'ETUDE.	28
2.2.4	LA POPULATION ETUDIEE.	28

2.2.4.1	Population source.....	28
2.2.4.2	Critères d'inclusion.....	28
2.2.4.3	Critères de non-inclusion.....	28
2.2.4.4	Critères d'exclusion.....	29
2.2.4.5	Nombre de sujets nécessaires.....	29
2.2.4.6	Faisabilité.....	29
2.2.5	CHOIX DES VARIABLES.....	30
2.2.5.1	Variable indépendante.....	30
2.2.5.2	Variabes dépendantes.....	30
2.2.6	STRATEGIE D'EXPLOITATION.....	33
2.2.6.1	Recueil de données.....	33
2.2.6.2	Les échelles.....	33
2.2.6.3	Analyse des résultats.....	34
2.2.6.4	Personnes ressources.....	34
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS		36
III.I PRESENTATION DE LA POPULATION.....		36
3.1.1	ÂGE MATERNEL.....	36
3.1.2	PARITE.....	37
3.1.4	ORIGINE DE LA POPULATION.....	37
3.1.5	STATUT MARITAL.....	38
3.1.6	PROFESSION ET SON EXERCICE.....	38
3.1.7	DESIR DE LA GROSSESSE.....	40
3.1.8	ANTECEDENTS DE TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS.....	40
3.1.9	ANTECEDENTS DE CESARIENNE.....	41
3.1.10	PHARMACOTHERAPIE EN COURS DE GROSSESSE.....	41
3.1.11	REALISATION DE L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP) AU COURS DE LA GROSSESSE.	42
III.II RESULTATS DES ECHELLES.....		42

3.2.1 EVALUATION DE LA COMPOSANTE DEPRESSIVE PAR L'EPDS.....	42
3.2.2 EVALUATION DE LA COMPOSANTE ANXIEUSE PAR LA STAI.....	43
III.III LE MODE D'ACCOUCHEMENT.....	44
3.3.1 MODE D'ACCOUCHEMENT EXPOSEES / NON-EXPOSEES.....	44
3.3.2 MODE D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.....	46
3.3.3 MODE D'ACCOUCHEMENT DES SUJETS ANXIEUX.....	47
III.IV DUREE DU TRAVAIL.....	47
3.4.1 DUREE DU TRAVAIL EXPOSEES / NON-EXPOSEES.....	48
3.4.2 DUREE DU TRAVAIL (EN MINUTES) EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.....	48
3.4.3 DUREE DU TRAVAIL DES SUJETS ANXIEUX.....	49
III.V. MODE DE MISE EN TRAVAIL.....	49
3.5.1 MODE DE MISE EN TRAVAIL EXPOSEES / NON-EXPOSEES.....	49
3.5.2 MODE DE MISE EN TRAVAIL EN FONCTION DU TYPE D'EXPOSITION.....	50
3.5.3 MODE DE MISE EN TRAVAIL DES SUJETS ANXIEUX.....	51
QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	52
IV.I. DESCRIPTION DE LA POPULATION GRACE AUX RESULTATS OBTENUS.....	52
4.1.1 ÂGE MATERNEL ET PARITE.....	52
4.1.2 ORIGINE.....	52
4.1.3 STATUT MARITAL.....	53
4.1.4 PROFESSION ET SON EXERCICE.....	53
4.1.5 ANTECEDENTS DE TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS.....	54
IV.II. RESULTATS OBTENUS AUX ECHELLES.....	54
IV.III. RESULTATS EN FONCTION DES HYPOTHESES.....	55
4.3.1 LE MODE D'ACCOUCHEMENT.....	55
4.3.2 LA DUREE DU TRAVAIL.....	56
4.3.3 LE MODE DE MISE EN TRAVAIL.....	57
IV.IV. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE.....	58

4.4.1	POINTS FAIBLES.....	58
4.4.1.1	Manque de puissance.	58
4.4.1.2	Biais.	59
4.4.2	POINTS FORTS.....	59
IV.V.	QUE POUVONS-NOUS FAIRE A L'AVENIR ?.....	59
4.5.1	L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP).	61
4.5.2	PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE.	61
4.5.3	ACCOMPAGNEMENT DE L'ACCOUCHEMENT ET PLACE DE LA SAGE-FEMME.	61
4.5.4	QUELQUES EXEMPLES.....	62
	CONCLUSION.....	63
	REFERENCES	64
	ANNEXE I : EPDS	69
	ANNEXE II : LA STAY-YB	71
	ANNEXE III : CORRIGE STAI-YB	72
	ANNEXE IV : LETTRE EXPLICATIVE	73
	ANNEXE V : RECUEIL DE DONNEES.....	74

DURAND Virginie

Titre du mémoire : Conséquences des troubles anxio-dépressifs sur le déroulement du travail et de l'accouchement.

77 pages

Mémoire de fin d'études - Ecole de sages-femmes de Limoges – Année universitaire 2012-2013

Résumé :

Dans les représentations sociales, la grossesse est un temps de stabilité thymique et de bien-être pour la femme. Cependant, de nombreuses études scientifiques démontrent la fréquence non négligeable des troubles psychiques apparaissant au décours de la grossesse et dont les conséquences peuvent venir péjorer le déroulement du post-partum.

En France, 15 à 20% des femmes peuvent souffrir d'une dépression après la naissance de leur enfant. Les répercussions sur le travail et l'accouchement restant non explorées à ce jour, l'objectif de ce travail est de répondre à trois hypothèses :

- Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs ont-elle plus d'accouchements dystociques que les patientes non atteintes ?
- Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs ont-elles un temps de travail plus long que les patientes non atteintes ?
- Les patientes atteintes de troubles anxio-dépressifs ont-elles moins de mise en travail spontanée que les patientes non atteintes ?

Ce travail s'appuie sur une étude de cohorte de type exposé/non-exposé, prospective et multicentrique, qui évalue l'impact des troubles anxio-dépressifs anténataux sur le mode d'accouchement, la durée du travail et le mode de mise en travail.

Mots clés :

Anxiété – dépression – psychiatrie - périnatalité – accouchement – dystocias