



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 095/17

STRESS AIGU CHEZ LES FEMMES AYANT ACCOUCHÉES PAR CÉSARIENNE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/05/2017

PAR

Mlle. MOULAY TAJ ZINEB

Née le 23 Avril 1989 à RISSANI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Césarienne - Urgence - Césarienne programmée - Stress aigu - Satisfaction

JURY

M. BANANI ABDELAZIZ.....	PRESIDENT
Professeur de Gynécologie Obstétrique	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie	
M. AALOUANE RACHID.....	JUGES
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. BOUKAIDI LAGHZAOUI OMAR.....	
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	
M. YASSARI MOHSINE.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Psychiatrie	

PLAN

PLAN.....	1
ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
LA CESARIENNE.....	9
1. Définition.....	10
2. Indication.....	10
2.1 .La césarienne programmée.....	11
2.2. La césarienne en urgence.....	12
LE STRESS.....	15
1.Définitions.....	16
2.Marqueurs cliniques.....	16
2.1.Les symptômes physiologiques.....	17
2.2. Les symptômes émotionnels.....	17
2.3. Les symptômes mentaux.....	18
2.4. Des modifications du comportement ou d'attitudes.....	18
3. Marqueurs biologiques.....	19
4. Facteurs psychosociaux.....	19
5. Evaluation du stress.....	24
5.1. Utilisation des questionnaires.....	24
5.2. Utilisation des outils basés sur les signaux biologiques.....	24
6. Stress aigu post traumatique.....	25
IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE LA CESARIENNE.....	30
1. Etat de stress aigu.....	31
2. Dépression.....	32
3. Anxiété.....	35

Notre Etude.....	36
INTRODUCTION.....	37
METHODES.....	37
1. Type et lieu de l'étude.....	37
2. Critères de sélection de la population.....	37
2.1. Critères d'inclusion.....	37
2.2. Critères d'exclusion.....	38
2.3. Population exposé / non-exposé.....	38
3. Recueil de données.....	39
3.1. Questionnaire sociodémographique.....	39
3.2 .Données sur le stress.....	39
3.3. Questionnaire de satisfaction.....	41
4. Critères de jugement.....	41
5. Analyse statistique.....	42
RESULTATS.....	43
1. Recrutement de la population.....	44
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population générale de l'étude....	46
3. Le stress aigu chez la population étudiée.....	47
4. Association entre stress aigu et caractéristiques sociodémographiques.....	48
5. Association entre stress aigu et césarienne en urgence.....	49
6. Association entre satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et césarienne en urgence.....	49
7. Association entre stress aigu et satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.....	50
DISCUSSION.....	51

1. Choix de l'étude.....	52
2. Analyse des résultats et comparaison avec les études étrangères.....	55
2 .1. Facteurs sociodémographiques de la population.....	55
2.2. Stress aigu et césarienne en urgence	56
2.3. Satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.....	56
3. Perspectives et recommandations.....	57
4. Limites et biais de l'étude	58
CONCLUSION.....	60
RESUMES	62
ANNEXES.....	68
BIBLIOGRAPHIE	72

LA LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTH	: Adréno-cortico-trophic-hormone
ATCD	: antécédent
Axe HHS	: Hypothalamo-hypophyso-surrénalienne
C.	: césarienne
ESPT	: Etat du stress post-traumatique
HRP	: Hématome retro placentaire
HTAG	: hypertension artériel gravidique
P.	: patiente
PP	: placenta prævia
PTSD	: post-traumatic stress disorder
RPM	: rupture prématuré des membranes
SASRQ	: Stanford Acute Reaction Stress Questionnaire
SSPT	: symptômes du stress post traumatique

INTRODUCTION

La césarienne est l'intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus hors de l'utérus maternel après incision de celui-ci, habituellement par une voie d'abord abdominale transe-péritonéale ou plus rarement rétro-péritonéale, exceptionnellement par voie vaginale[1].

Actuellement il est connu qu'une proportion non négligeable de femmes vivent la naissance de leur enfant comme une expérience négative, voire traumatique. Dans certains cas, elles vont développer un syndrome de stress post-traumatique, connu dans la littérature internationale sous le terme de post-traumatic stress disorder (PTSD).

Divers facteurs ont été identifiés dans l'apparition du PTSD post-partum, certains étant inhérents à la parturiente (trait de personnalité), d'autres étant environnementaux, tels que la douleur pendant l'accouchement ou la césarienne, l'évolution de l'accouchement (accouchement instrumenté, césarienne) et le rôle joué par le personnel soignant participant à l'accouchement. On sait que les femmes accouchant par césarienne sont plus à risque de développer des symptômes de PTSD, surtout lorsque la césarienne se déroule en urgence[2].

Ce stress post-traumatique a été relié dans différentes études[3,4,5,6] à une perception de perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information. Il existe aussi un lien entre un faible soutien social, notamment du partenaire et du personnel soignant, et une perception négative de l'accouchement ainsi qu'une manifestation de symptômes de stress post-traumatiques[4,7, 8].

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

- Le stress : lié au phénomène de contrainte, c'est une expression précoce de l'événement, il survient dans les heures ou dans les jours suivants,

- Le traumatisme : lié au phénomène d'effraction ou de rupture de l'organisation psychique du sujet, c'est une expression tardive de l'événement, survenant des mois voire des années après.

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

La césarienne peut donc être ressentie comme un événement subit inattendu, violent, avec comme vécu psychologique, un échec de l'accouchement, une impression de « ne pas avoir accouché ». Cet échec sera oublié grâce à la capacité à s'appuyer sur un entourage affectif et la qualité de sa présence, ainsi que la disponibilité et l'écoute du personnel soignant[10].

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

LA CESARIENNE

1 .Définition :

La césarienne est une incision chirurgicale de l'utérus gravide dans le but d'extraire le fœtus et le placenta, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles.[11]

C'est une intervention obstétricale majeure largement reconnue comme un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale quand son utilisation est appropriée. Son taux est encore faible dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne où il persiste une grande inégalité d'accès à la césarienne et une grande variation des pratiques autour des indications d'interventions.

Par ailleurs, la morbidité et la mortalité maternelle à la suite d'une césarienne sont particulièrement élevées du fait du manque de moyens techniques, d'interventions tardives et du mauvais état de santé de la mère. [12]

2. Indication :

Il faut distinguer 2 types d'indications :

Ø Les indications portées en consultation prénatale, avant toute entrée en travail, on parle alors de césarienne programmée ;

Ø Les indications portées en salle de travail du fait :

§ D'un tableau d'urgence

§ D'un problème pathologique actuel inaperçu à l'examen du 9ème mois

§ D'une évolution anormale du travail

Elles sont dites césariennes en urgence[13].

2.1. Césarienne programmée :

L'indication est portée en consultation prénatale, il s'agit de :

✓ Bassin chirurgical

✓ Obstacle prævia connu notamment :

ü Placenta recouvrant

ü Malformations utérine ou génitale : diaphragme vaginal, utérus cloisonné...

ü Fibrome

ü Kyste de l'ovaire

ü Tumeur du col

Il peut s'agir, plus rarement, d'autres malformations (rein pelviens...) ou d'autres tumeurs (tumeurs sacrées, pelviennes...)[13].

✓ Lésions de l'appareil génital :

A type de cicatrice utérine de mauvaise qualité, ou d'une anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé)[13].

✓ Cause maternelle :

HTAG, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire[28].

✓ Cause annexielle : PP, HRP, RPM...[14].

✓ Souffrance fœtale chronique :

Dans le cadre d'hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, d'une présentation dystocique (siège, transverse), ou d'une malformation fœtale. Avant de décider l'intervention, il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de malformations fœtales non viables par l'échographie, voire le caryotype obtenu par ponction du sang du cordon [15].

2.2. Césarienne d'urgence :

2.2.1. Urgences [13]:

Elles sont au nombre de trois :

§ Maternelles : le syndrome de pré rupture

Il est suspecté devant une hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, associée à une apparition de douleurs segmentaires et/ou de saignements survenus dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl (utérus en sablier) et avant une rupture vraie, qui nécessite bien sur une intervention d'extrême urgence.

§ Annexielle: l'hémorragie

Elle est due à un PP recouvrant ou persistant après amniotomie, à un hématome rétro-placentaire avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau prœvia diagnostiquée devant un liquide amniotique sanglant (syndrome de Bankler).

§ Fœtale : la souffrance fœtale aigue avant l'entrée ou en début de travail :

Sa responsabilité dans le taux de césarienne a augmenté avec l'avènement de la cardiotocographie. Actuellement elle représente moins de 10% des indications de césarienne du fait d'une meilleure connaissance de l'interprétation des tracés et de l'étude du pH.

2.2.2. Problème pathologique découvert à l'entrée en salle de travail :

L'examen à l'entrée en salle de travail est essentiel, nous le répétons, car un problème a pu échapper à la consultation ou bien il a pu apparaitre depuis la dernière visite.

a) Une pathologie maternelle :

Il peut s'agir d'une hypertension, d'une cardiopathie, d'un diabète mal contrôlé par le traitement médical ou d'une anémie ou encore d'un ictère. Les vulvo-vaginites herpétiques imposent la césarienne si l'éruption a eu lieu dans le dernier mois de la grossesse.

b) Une cause fœtale :

✓ Présentation dystocique :

Ø La présentation siège est une présentation potentiellement dystocique surtout dans sa variété du siège complet. Les indications de la césarienne prophylactique en présentation du siège sont : si l'on suit les recommandations du FIGO[13] :

- Une anomalie du volume fœtal : poids au-dessus de 3800 à 4000g, diamètre bipariétal > 100 mm .
- Une anomalie modérée du bassin.
- Une déflexion primitive de la tête.
- Un siège complet pour certains
- Dans ce type de présentation, on tiendra de facteurs associés : âge maternel, prématurité, hypotrophie, pathologie maternelle[16].

Ø Présentation transverse ou l'épaule : impose la césarienne

Ø Présentation front fixé : indication formelle de césarienne

Ø Présentation face : l'indication de césarienne est formelle si la rotation du menton se fait vers l'arrière.

✓ Une pathologie fœtale : Une souffrance fœtale chronique, une dysgravidie, une allo-immunisation ou un diabète doivent faire poser l'indication de

césarienne chaque fois que le retentissement sur le fœtus rend la voie basse périlleuse.

▼ Prématurité :

Ce n'est pas elle-même l'indication de césarienne mais, encore plus qu'à terme, toute présentation dystocique ou anomalie du travail présente un risque pour le fœtus imposant la césarienne.

▼ Grossesse multiple :

La césarienne est indiquée dans les grossesses multiples (de trois fœtus ou plus), et dans les gémellaires s'il existe une cause de dystocie surajoutée. En cas de présentation du siège du 1er fœtus, les données de la littérature ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre.

▼ Une anomalie du travail :

La dystocie mécanique reste l'indication dans 40 % des césariennes. L'échec de l'épreuve du travail qui avait été tenté sur un bassin limite est la principale indication. Parfois la disproportion fœtale est le fait d'un excès de volume fœtal chez une patiente ayant un bassin normal. La dystocie dynamique : elle est la cause de 6 à 15 % des césariennes ; sa fréquence tend à baisser du fait de l'utilisation judicieuse des ocytociques et de la péridurale.

La césarienne pour convenance personnelle est devenue un phénomène assez fréquent. En effet, l'évolution actuelle de la relation médecin patient s'engage vers un processus d'échange où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois qu'elle aura été dûment et entièrement informée par l'obstétricien [13].

LE STRESS

1. Définitions

Le stress est un ensemble de réactions de l'organisme lorsque celui-ci est soumis à des contraintes. Le stress peut survenir en réponse à n'importe quel type d'agression, que ce soit une infection, une pathologie organique, un symptôme isolé, ou un problème d'ordre psychiatrique. Ce terme est plus souvent employé dans le sens d'anxiété, d'angoisse et ainsi se rattacher à une part plutôt psychologique[17].

Le stress fait intervenir quatre axes[18] :

- L'axe catécholaminergique impliquant l'hippocampe, le système sympathique et la surrénale, aboutissant à la libération de noradrénaline.
- L'axe corticotrope, faisant intervenir hypothalamus, hypophyse, surrénale, et aboutissant à la sécrétion de glucocorticoïdes qui permettent la néoglucogénèse et de prendre le relais sur les effets de l'adrénaline.
- L'axe des peptides opiacés. La libération de certains peptides comme la mélanotrophine et la bêta-endorphine permettent une atténuation de la réponse émotionnelle, en particulier en ce qui concerne la peur.
- L'axe immunitaire, avec les effets immunosuppresseurs du cortisol.

2. Marqueurs cliniques :

Les signaux de stress peuvent être de quatre types[19] : symptômes physiologiques, émotionnels et mentaux ou modification de comportement ou d'attitude.

2.1. Les symptômes physiologiques[20] :

Les maux de tête ou les migraines, les bourdonnements d'oreille, les vertiges, les troubles de la vision ou encore les problèmes d'insomnie. Certaines personnes présentent des douleurs au niveau de la nuque, des épaules et du dos. D'autres se sentent oppressées à hauteur de la poitrine ou du cœur, des palpitations ou des signes d'hyperventilation peuvent survenir.

Le stress peut également donner les mains moites, faire transpirer, rendre la déglutition difficile ou perturber tout le système digestif : nausée, maux d'estomac, crampes intestinales, coliques, constipation ou diarrhée, il peut s'agir également de modification de l'appétit avec variation du poids subséquente.

Certaines personnes résisteront moins bien aux infections ou se sentiront constamment fatiguées ou agitées. Des problèmes urinaires ou sexuels peuvent également apparaître.

A long terme des problèmes de tension artérielle, d'hyperglycémie ou hormonaux peuvent se développer.

2.2. Les symptômes émotionnels [21] :

Une grande sensibilité, une forte vulnérabilité ou une labilité émotionnelle peuvent apparaître. Certaines personnes ont le sentiment d'être submergées par des émotions négatives, elles présentent des accès d'anxiété, pleurent par un oui ou un non, sont vite innervées, agitées, agressives ou constamment sur le qui-vive, elles voient le danger partout, deviennent méfiantes ou ne trouvent jamais le repos, elles deviennent de plus en plus pessimistes et manquent de confiance en elles ; certaines développent un tel sentiment d'impuissance qu'elles n'ont plus l'impression de contrôler leur vie, ce qui peut les mener à la perte d'intérêt pour ce qui les entoure et à la solitude.

2.3. Les symptômes mentaux [22] :

Sont particulièrement importants car leur apparition coïncide souvent avec le moment où la personne commence à commettre des erreurs ou provoquer des accidents. La personne stressée et plus vite fatiguée, a du mal à concentrer, fait des erreurs, oublie certains éléments qui suivent difficilement les conversations car elle traite l'information plus lentement.

Elle est distraite, se torture l'esprit et ne prend plus de décisions ni d'initiatives. Elle a tendance à accorder trop d'attention à des détails insignifiants et ne parvient plus à faire son travail correctement.

Tous ces processus sont invalidants au niveau social.

2.4. Des modifications du comportement ou d'attitudes[23]

Ces modifications surviennent lorsque le stress perdure.

Ils consistent en une augmentation de consommation de médicaments, de tabac ou d'alcool, une modification des habitudes alimentaires. Les personnes perdent leur créativité et leur motivation. Parfois, certaines finissent par adopter une attitude cynique et négative vis-à-vis de leur travail, leurs collègues ou amis ou encore d'autres se bornent à faire leur travail en multipliant les contrôles et les formalités.

Le stress peut également jouer un rôle important dans l'apparition des maladies caractéristiques et ceci en tant que facteur de risque. Il peut favoriser l'apparition des maladies graves et de cancers par érosion des systèmes de défense, il peut également être responsable d'un vieillissement précoce, l'ulcère d'estomac ou de maladies cardio-vasculaires (hypertension, infarctus du myocarde...).

En fin il peut jouer un rôle dans l'apparition de dépressions nerveuses.

3. Marqueurs biologiques :

Le stress est associé à une activation de plusieurs systèmes neuroendocriniens incluant le système nerveux sympathique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien(axe HHS), ce qui peut engendrer des conséquences au niveau immunitaire et au niveau cognitif[24].

Un stress majeur ou chronique va provoquer une forte activité amygdalienne. Les noyaux amygdaliens vont activer les neurones adrénergiques et noradrénergiques du tronc cérébral ce qui déclenche une mise en marche très rapide du système sympathique aboutissant à une augmentation impressionnante du taux de noradrénaline et d'adrénaline. Parallèlement, l'hormone adrénocorticotrope (ACTH), libérée par l'hypophyse, va également stimuler les médullosurrénales qui vont elles aussi libérer de l'adrénaline et de la noradrénaline, entretenant ainsi l'état d'alarme sympathique (système de l'éveil physiologique) et l'activité amygdalienne[25].

4. Facteur psychosociaux :

L'explication psychologique avancée par « Lazarus »[26], prétendait que la définition du stress restait incomplète en se basant uniquement sur la détermination du stimulus ou stressseurs. « Lazarus » a montré que le stress ne peut être considéré comme un simple lien de cause à effet (stressseurs -> stress), mais plutôt il doit prendre en compte un phénomène perceptif basé sur les caractéristiques individuelles. Ce phénomène est aussi important que l'agent lui-même qui provoque le stress et qui peut varier à partir de simple tracasseries quotidiens (ex: inquiétude économiques concernant l'avenir) à la survenue d'événements de vie majeurs qui peuvent changer le cours de vie de la personne (catastrophe naturelle, guerre), et

qui sont caractérisés par une intensité, durée, soudaineté, imprévisibilité et nouveauté.

Bien qu'un évènement stressant soit bref, ses conséquences physiques ou psychologiques sur la personne peuvent s'étendre sur une longue durée, et quoique que certains stressseurs puissent aboutir au même résultat, ils diffèrent en ce qui concerne le degré de stress et qualité de la réaction au stress. Il est clair que la mort anticipé d'un proche alité depuis plusieurs mois à cause d'une maladie grave, ne cause pas le même stress qu'un décès brutal et inattendu.

De même, « Lazarus » a souligné qu'il est difficile de déterminer le stressseur, car celui-ci est typique pour chaque être vivant et chacun perçoit à sa façon le stressseur qui génère en lui une réaction, et donc les stressseurs qui sont considérés nocifs pour certains ne le sont pas pour d'autres, de mêmes les pressions sévères de la vie ne résultent pas toujours en une attaque cardiaque chez les personnes qui possèdent un système cardiovasculaire en bon état.

A l'issu des études sur les mécanismes de défense établies par « Lazarus et Folkman » 1980[27], la définition du stress a pris un nouveau cheminement, elle comporta la notion de l'adaptation au stress ou « coping ». Le modèle de coping est fondé sur la conviction que la façon dont les gens font face au stress affecte leur bien-être physique, psychique, psychologique et social.

« Selye » en a pris conscience ultérieurement dans ses travaux, en définissant le coping en tant qu'adaptation générale aux situations de stress qui peuvent être diverses, parfois excessives et non nécessaires et où l'individu qui y est soumis tend de les éliminer par des mécanismes d'adaptation ou d'ajustement, sinon le risque de maladie ou de disfonctionnement se présente[28].

Selon « Lazarus »1999[29], la réponse au stress dépend de l'évaluation cognitive qui se divise en deux volets :

- L'évaluation primaire : tend à évaluer le stress s'il est réel, important, positif, menaçant ou comportant un défi. A ce stade les facteurs de personnalités entrent en compte.
- L'évaluation secondaire : est décrite en tant que bénéfique par « Lazarus », elle se rapporte à un processus d'évaluation cognitive centré sur le ou les processus d'actions qu'il faut utiliser pour prévenir, tirer bénéfice ou remédier à l'événement menaçant ou défiant. Cette phase prend en considération les options, les contraintes et les ressources disponibles incluant le soutien social.

De ces évaluations, peut résulter un comportement de coping qui a deux fonctions : traiter le problème (coping centré sur le problème) et réguler les émotions (coping centré sur l'émotion). Il existe plusieurs sortes de coping: confrontation, fuite-évitement, distanciation, autocontrôle, recherche de soutien social,

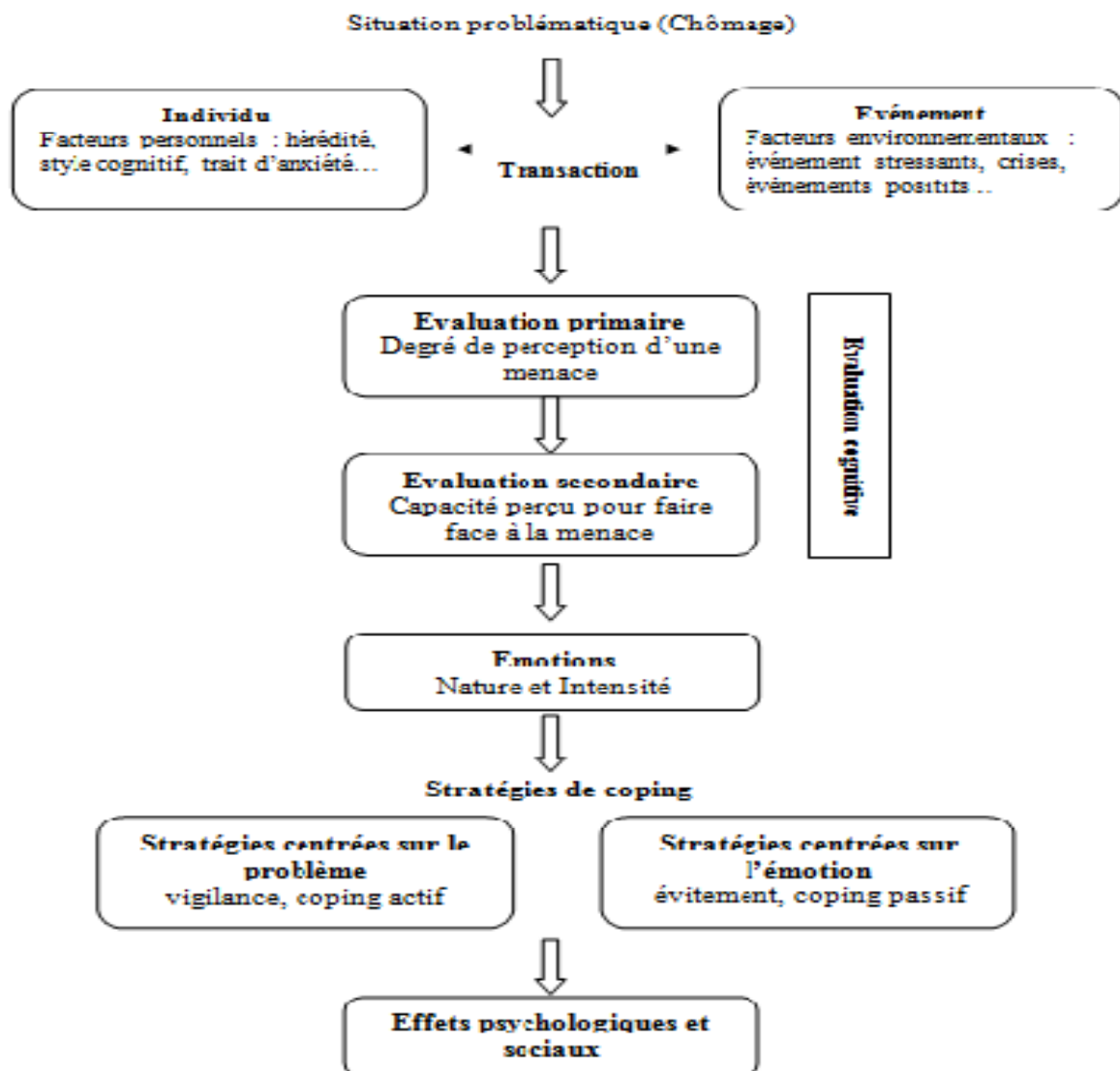


Schéma du modèle du stress psychologique d'après Lazarus et Folkman

(1984) Avant d'être défini par Lazarus dans une perspective transactionnelle, le stress a tantôt été associé à une réponse, c'est-à-dire à la réaction d'un organisme face à une demande, tantôt à un stimulus, ou à l'événement qui constitue cette même demande. Et donc la définition proposée par Lazarus était basé sur la relation stimulus-réponse

A l'issue de ceci, « Lazarus » définit le stress comme « une relation particulière entre la personne et son environnement, et qui est perçue par la personne comme excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être »[30] Cette approche transactionnelle apporte une condition importante à la compréhension du stress, il s'agit de la perception des exigences des conditions environnementales (stress perçu) et des ressources disponibles pour y faire face (contrôle perçu). Il faut donc analyser les exigences et le contrôle sous l'angle de l'individu concerné car une situation peut être perçue comme stressante par un individu et pas par un autre. Ce modèle relationnel suggéré par « Lazarus » est parallèle au concept médical des maladies qui suggère qu'un organisme externe ne peut causer à lui seul une maladie, mais que celle-ci dépend aussi de la susceptibilité à cet organisme.

« Thurin », de son côté, rappelle la nécessité de définir les caractéristiques du stress, comme la durée, la fréquence, l'intensité et aussi la qualité du stresser, pour pouvoir parler de l'effet du stress et des mécanismes d'ajustement qui y sont liés. Cependant, en ce qui est des événements traumatisants tel que le viol, le deuil, la torture, la survenue d'un accident de voiture ou d'une catastrophe naturelle, « Thurin » souligne que chacun possède sa propre particularité et donc le risque de développer une blessure psychologique reste relatif à la situation traumatisante, à certains paramètres individuels (en particulier l'âge et la capacité de réagir), à la perception de l'individu et à son environnement relationnel[31].

Récemment « Lazarus » a souligné l'importance des émotions dans l'étude du stress, et selon lui, les émotions tel que la colère, l'anxiété, la culpabilité, la honte, la fierté, l'envie, etc., présentent une source riche d'informations qui permettent de mieux comprendre comment les individus s'en sortent dans les situations de leurs vies en général. Par ailleurs, « Lazarus » suggère que les émotions doivent être mesurées dans le contexte de la recherche sur le coping et le stress psychologique[32] .

5. Evaluation du stress :

La mesure du stress psychologique est assurée généralement par deux grandes approches. Il y a l'approche psychologique, dans laquelle on assiste à l'utilisation d'échelles ou de questionnaires, et l'approche biologique qui se base sur la mesure des marqueurs biologiques du stress, et qui est considérée comme aboutissant à de meilleurs pronostiques pour le risque de maladies[33].

5.1. Utilisation des questionnaires

Le stress psychologique est considéré comme un construit unidimensionnel qui varie le long d'une échelle de léger à sévère[34], et sa mesure a essentiellement recours aux méthodes quantitatives qui se basent sur l'utilisation des questionnaires dont les avantages et les limites sont bien connus.

Il existe une grande diversité d'échelles qui mesurent le stress en regard à leur intérêt chacune. Certaines échelles sont spécifiques à la mesure du stress perçu par l'individu pour une situation donnée. D'autres échelles se spécialisent dans la mesure des fréquences des événements stressants auxquelles l'individu a fait face durant une période déterminée. Il existe aussi des échelles qui mesurent des aspects psychologiques négatifs qui accompagnent le stress, tel que la dépression et / ou l'anxiété.

5.2. Utilisation des outils basés sur les signaux biologiques

Le diagnostic ou la surveillance du niveau du stress par la mesure du cortisol dans la salive procure aux scientifiques et aux cliniciens un outil fiable pour l'investigation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Le taux du cortisol salivaire repose sur un mode de prélèvement non invasif. Plusieurs études sur le stress et l'endocrinologie, ont conclu que le cortisol salivaire augmente de façon très

importante lors d'un stress chronique, comme chez des victimes d'un risque vital [35], chez les sujets socialement isolés ou économiquement défavorisés[36], et chez les patients souffrant de dépression[37], néanmoins, certaines études n'ont pas trouvé de fortes concentrations du cortisol salivaire en des situations de stress [38].

Par ailleurs, pour aboutir à un cortisol salivaire fiable il y a certaines pré requis à vérifier, autant au niveau de la technique de prélèvement (recueil et conservation) qu'au niveau du contrôle des facteurs endogènes (variation circadiennes, sexe, âge, poids, statut hormonal) ou comportementaux (tabac, repas, posture) impliqués dans la régulation de la sécrétion du cortisol salivaire[39].

Les catécholamines font partie des marqueurs de stress qui sont difficilement dosables dans la salive, en raison de leur faible taux et de leur dégradation rapide[40]. Néanmoins, il existe d'autres substances secrétées à côté des catécholamines qui peuvent être utilisées comme marqueurs d'intérêt de la réponse du stress, comme la chromogranine A[41].

6 .Stress aigu post-traumatique

L'ESPT est défini dans la classification psychiatrique du DSM IV[42] par six critères(de A à F) qui comprennent les causes, les manifestations et les Conséquences de l'ESPT.

Dans les causes d'ESPT, on retrouve :

-Le critère A1 qui correspond au sentiment de menace réelle ou imaginaire de l'intégrité physique de l'individu ou d'un proche. La caractéristique essentielle de l'ESPT est le développement de symptômes typiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une

blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche.

-Le critère A2 qui correspond à la sensation par l'individu de peur intense, de sentiment d'impuissance ou d'horreur, ou encore de perte du contrôle de la situation. Le champ des événements exceptionnels dépassant les ressources de l'individu apparaît alors infini, ce d'autant que la sensibilité personnelle intervient de façon fondamentale.

Les critères B, C, D du DSM IV s'intéressent aux manifestations cliniques de l'ESPT.

1) Le critère B correspond au fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique.

L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières.

Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (critère B1) ou des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté (critère B2). En de

rare occasions, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours, durant lesquels les composantes de l'événement sont revécues et la personne se comporte comme si elle vivait

l'événement à ce moment (critère B3). Ces événements, souvent appelés « flashbacks » sont typiquement brefs, mais

peuvent être associés à une détresse prolongée et à une activation neurovégétative. On observe souvent une souffrance psychologique (critère B4) ou une réactivité physiologique (critère B5) intense quand la personne est exposée à des événements déclenchants qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (dates anniversaires...).

2) Le critère C correspond à un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme avec émoussement des réactions générales.

Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique (critère C1) et pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci (critère C2).

Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique (critère C3).

Cet évitement des facteurs associés à l'événement initial peut se manifester dans le cas d'un accouchement traumatique par des avortements à répétition, une césarienne programmée pour éviter l'accouchement et parfois même le refus définitif d'avoir un autre enfant; pour d'autres femmes ce sera l'impossibilité de se rendre chez leur médecin ou à l'hôpital et le cas échéant d'y refuser un examen pelvien.

Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelé « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée

de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir (critère C4) ou se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres (critère C5) ou avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité) (critère C6). Le sujet peut avoir le sentiment d'un futur « amputé (critère C7).

3) Le critère D correspond à des symptômes persistants d'activation neurovégétative.

Il s'agit de symptômes persistants d'anxiété et d'hyper éveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil qui peut être due à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu (critère D1), une hyper vigilance (critère D4), et des réactions exagérées de sursaut (critère D5).

Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère (critère D2) ou d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches (critère D3).

Ces trois types de symptômes sont décrits à plusieurs reprises dans divers articles qu'il s'agisse d'avis spécialisés[43,44,45], de descriptions de cas isolés[46]ou encore d'études prospectives[47 ,48].

Néanmoins, cet état est rarement identifiable cliniquement tel qu'il vient d'être décrit.

Il est le plus souvent incomplet et surtout il se modifie avec le temps, sa chronicité entraînant un éloignement de la triade

Symptomatique initiale(critères B, C, D). Rencontrer un ESPT chronique sous cette forme isolée serait une exception et non la règle[43]. Ainsi dans les conséquences de l'ESPT, le DSM IV définit :

- Le critère E comme une durée des symptômes supérieure à un mois comparativement dans le cas d'un accouchement au baby-blues ne dépassant guère deux semaines en général)[44,46], voire un an selon certains auteurs[47], qui soulignent aussi que le ESPT ne décroît pas avec le temps.
- Le critère F qui correspond à une perturbation entraînant une altération du fonctionnement social, professionnel... ou une souffrance cliniquement significative dans la vie de tous les jours, ce qui permet d'inclure un grand nombre de symptômes et de pathologies telles :

anxiété, dépressions, difficultés à envisager positivement son avenir, réactions psychotiques, comportements d'autodestruction, violence et agressivité intrafamiliale, troubles alimentaires, abus de toxiques, difficultés de concentration, comportement social inadapté(chômage, isolement...), troubles sexuels, troubles du rapport mère-enfant, processus de conversion équivalents possibles de manifestations psychosomatiques diverses... et dont les douleurs pelviennes persistantes constituent un sous-ensemble.

Au fur et à mesure que l'on s'éloigne du traumatisme initial, les symptômes se modifient, ce qui contribue à masquer l'ESPT. Identifier cet état permet de servir de levier thérapeutique au praticien et de comprendre la résistance ou parfois même l'intensification de certains symptômes aux diverses prises en charge[43].

IMPACT

PSYCHOLOGIQUE DE

LA CESARIENNE

L'accouchement par césarienne peut s'accompagner d'angoisses et de sensations de malaise pré ou préopératoires, ainsi que de douleurs post-opératoires pénibles. Surtout, la réalisation d'une césarienne en cours de travail peut s'accompagner d'une sensation d'échec et de frustration traumatisante pour la mère, surtout lorsqu'elle est réalisée en urgence[24].

Pendant la période du post-partum, les patientes accouchées par césarienne manifestent plus souvent des signes de fatigue et de dépression qu'en cas d'accouchement par voie basse[25]. Ce phénomène pourrait être responsable de troubles fonctionnels maternels plus fréquents pendant les premières années qui suivent l'accouchement, sans relation prouvée avec des perturbations éventuelles de la relation mère-enfant[21].

1. Etat de stress aigu

L'accouchement est un événement singulier dont le vécu subjectif varie d'une femme à l'autre. Pour un tiers des femmes, l'accouchement va être vécu comme expérience négative, voire psychologiquement traumatisante. L'origine de ce vécu traumatisant est parfois évidente en cas de césarienne en urgence, voire en catastrophe ou de décès du nouveau-né.

Néanmoins, des circonstances plus banales peuvent générer chez la parturiente ou son compagnon un sentiment de peur intense, d'impuissance, de mort imminente ou d'horreur réactivant dans certains cas des situations antérieures mal vécues. Un traumatisme si intense qu'il conduit un certain nombre d'entre elles à développer des symptômes de stress post-traumatique(SSPT), voire un véritable état de stress post-traumatique(ESPT). Des SSPT sont présent chez près de 24 à 33%

des femmes six mois après leur l'accouchement. Quant à l'ESPT, il touche environ 1,5 à 3% des femmes[52].

Dans une des études menées par Ryding et al[49] , il révèle que la césarienne était vécue par les patientes comme un événement traumatique pour 75 % d'entre elles. Ceci l'a amené à explorer cet événement traumatique, et a démontré dans une seconde étude qu'il y avait plus de troubles psychologiques dans les jours suivants une césarienne en urgence ou avant travail, qu'un accouchement par voie basse ; et qu'il existait plus de symptômes de stress post- traumatique à un mois de l'événement pour les césariennes en urgence que pour les accouchements par voie basse ou pour les césariennes avant travail[53].

2. Dépression

Tout d'abord, certaines études trouvent une association entre la césarienne et la survenue de la dépression du post partum (Rauh, Beetz, Burger, Engel ,Haberle, Fasching,Kornhuber,Beckmann,Goecke&Faschingbauer,2012.Verdoux,SutterGlatigny -Dally & Minisini,2002) [54,55].

Lors de leur enquête sur un échantillon aléatoire de 5332 femmes anglaises, Rowdlands&Redshaw(2012) [56] ont aussi découvert que les femmes qui subissent un accouchement vaginal avec l'aide de forceps ou une césarienne non programmée rapportaient plus de symptômes de dépression en post-partum que celles qui ont eu un autre mode d'accouchement.

Mais d'autres études d'importance ampleur ne démontrent pas ce lien. En effet, selon l'étude de Patel, Murphy & Peters (2005) [57]portant sur 14663 participantes, le risque de développer une dépression post natale n'augmente, ni

pour les femmes qui ont subi une césarienne en urgence, ni pour celles qui ont eu un accouchement vaginal assisté.

Sword, Kurtz Landy, Thabane, watt, krueger, Farine &Fosters(2011) [58] ne trouvent pas non plus d'impact du mode de naissance sur la survenue de dépression du post-partum. Cependant, ils modèrent leurs résultats en expliquant que si ce facteur interagit avec d'autres variables, le type d'accouchement pourrait créer un risque de dépression du post-partum, mais d'autres études seraient nécessaires pour appuyer cette idée. Carter & al (cité par Sword, 2011) [58] pensent également que la césarienne peut être un facteur de risque de dépression, seulement si la femme est vulnérable à d'autres variables.

En outre, une étude de cohorte, réalisée par Adams, Eberhard-Gran, Sandvik, &Eskild (2011) [59] sur 55814 femmes suédoises, a évalué la santé mentale des femmes à trente semaines de grossesse puis à six mois de post-partum. Ils ont comparé les différents modes d'accouchement avec les statuts émotionnels des femmes par des méthodes statistiques. De par leur analyse, ils ont trouvé que la détresse émotionnelle à trente semaines d'aménorrhée était fortement liée à un niveau de détresse émotionnelle en post-partum. En effet, aucune augmentation de la prévalence de détresse émotionnelle en post-partum n'a été observée pour les femmes ayant vécu une césarienne en urgence ou un accouchement assisté par forceps après ajustement de la détresse émotionnelle. Notons qu'ils ont principalement évalué les symptômes d'anxiété et de dépression. Ainsi, selon ces auteurs, beaucoup d'études manquent d'information sur la santé mentale des femmes pendant la grossesse et surestiment ainsi l'effet du mode d'accouchement sur le bien-être psychologique.

De plus, la revue systématique de Lobel & deluca (2007) [60] a pour objectif d'examiner les conséquences psychosociales de la césarienne pour la femme, ses médiateurs et implication, et de donner des recommandations pour les futures recherches et des suggestions d'interventions. Ils ont utilisé le mot clef « cesarean » et dix-neuf autres termes reliés aux conséquences médicales et psychosociales de la césarienne. Les études devaient répondre à quatre critères méthodologiques pour être incluses : avoir un échantillon de minimum cinquante femmes, avoir un groupe témoin de femmes qui ont accouché par voie vaginale ou comparer la césarienne planifiée et celle en urgence, utiliser une méthode transversale ou prospective et des mesures dont les propriétés psychométriques sont établies. Selon Lobel & Deluca(2007) [60], les recherches, qui étudient la relation entre le mode d'accouchement et la dépression post-natale, ont tendance à parler d'humeur dépressive et donc d'un niveau de dépression inférieur au seuil clinique défini. Ces auteurs suggèrent ainsi l'existence d'autres facteurs pouvant modérer l'impact du type d'accouchement sur l'état émotionnel en post-partum, tels que le statut émotionnel prénatal ou les caractéristiques du tempérament qui influencent le stress, le coping et les émotions de la femme pendant la grossesse et le post-partum (Graham, Lobel & Deluca, 2002; cité par Lobel & Deluca, 2007) [60].

3. Anxiété

La prévalence (vie entière) des troubles anxieux est d'environ 14 % (Wittchen, 1988; in : Sutter et Bourgeois, 1995) [61].

La répartition en fonction des sexes des troubles anxieux dans la population générale montre une surreprésentation de la population féminine : 12 % chez les hommes, contre 22 % chez les femmes (Lépine, 1993) [62]. D'autre part, les troubles anxieux concernent de façon nettement prévalente la tranche d'âge de 18-35 ans (56 %) (Ferreri, 1992; in : Sutter et Bourgeois, 1995) [61]. Ainsi, les femmes en âge de procréer sont-elles les plus menacées par les pathologies anxieuses.

Malheureusement, la recherche dans ce domaine est très récente et la période gravido-puerpérale a suscité très peu de recherches, dont les résultats sont d'ailleurs contradictoires. Quant aux aspects thérapeutiques, il n'y a eu aucune étude les concernant. Rappelons que la grossesse semble avoir une action protectrice vis-à-vis des attaques de panique, alors qu'elle aurait tendance à aggraver les troubles obsessionnels-compulsifs ou peut-être même, chez certaines patientes, être l'occasion et l'événement susceptible de déclencher cette pathologie obsessionnelle (cf. Revue générale, Sutter & Bourgeois, 1995) [61].

NOTRE ETUDE

Introduction

Depuis quelques années, plusieurs auteurs s'intéressent au développement d'état de stress post-traumatique (ESPT) suite à un accouchement.

Dans le même sens, notre étude s'est intéressée à l'impact psychologique et plus proprement dit à l'ESPT des parturientes après une césarienne en urgence et après une césarienne programmée dans le post-partum immédiat (j2 à j5) à la maternité de l'hôpital de PAGNON.

L'hôpital pagnon est de vocation gynéco-obstétrical avec un service de néonatalogie comprenant dans l'ensemble 82 lits. L'équipe médicale et paramédicale comprenant 5 gynécologues, 38 sages-femmes et 6 généralistes font en moyenne 9483 accouchements par année dans 1006 césariennes par année.

Méthodes

1. Type et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle de type exposé / non-exposé dans la maternité de l'Hôpital PAGNON de Meknès, sur une période de trois mois, entre le 01 aout 2016 et le 31 octobre 2016.

2. Critères de sélection de la population

2.1. Critères d'inclusion :

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

2.2. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu les femmes ayant été transféré dans une unité de réanimation.

Les femmes ont été exclues de l'étude lorsque le nouveau-né avait été transféré dans une unité de réanimation néonatale, ou bien en cas de mort fœtale in-utéro ou de décès post-natal. Ont également été exclues les femmes ne souhaitant pas prendre part à l'étude.

2.3. Population exposé / non-exposé :

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

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

3. Recueil de données

Nous avons réalisé cette étude à l'aide de questionnaires anonymes. Ces questions sont posées aux patientes par nous-mêmes, entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, après leur accord.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comprenant la grille d'évaluation du stress aigu post-traumatique défini par le SASRQ, un questionnaire sociodémographique, et un questionnaire sur la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant.

3.1. Questionnaire sociodémographique

On a passé un questionnaire sociodémographique incluant l'âge, niveau d'étude, l'activité physique, le statut conjugal et les antécédents obstétricaux.

3.2. Données sur le stress :

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

Le SASRQ (Standford Acute Réaction Stress Questionnaire) a donc été sélectionné comme outil pour réaliser cette étude[63]. Cette échelle anglaise validée, qui est largement utilisée pour le diagnostic de stress aigu post-traumatique, suit les critères précis du DSM-IV TR, (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, version IV, Texte Révisé)[64], définissant les symptômes du stress.

En revanche, il n'existait pas de traduction validée en français. La traduction de l'anglais vers le français a été faite par le Dr CHEIX (Professional translator of English and French), et par soucis de cohérence avec les échelles psychologiques, les

items ont été revus par le Dr BARO (Psychiatre, Praticien Hospitalier à la Cellule d'Urgence Médico Psychologique du CHU de Grenoble).

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

Ce questionnaire comprend d'une part une première question évaluant le vécu de l'événement, dont la réponse est comprise entre « pas du tout perturbant » et « extrêmement perturbant ». Suivi de 30 questions avec pour réponse possible, une échelle d'intensité de 0 correspondant à « jamais ressenti », à 5 correspondant à « très souvent ressenti ».

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

▼ La dissociation :

- Le détachement ou l'absence de réactivité émotionnelle : items 20, 28 ;
- La réduction de la conscience de son environnement : items 4, 24 ;
- La déréalisation : items 3, 18 ;
- La dépersonnalisation : items 10, 13 ;
- L'amnésie dissociative : items 16, 25 ;

▼ La réactivation : items 6, 7, 15, 19, 23, 29 ;

▼ L'évitement : items 5, 11, 14, 17, 22, 30 ;

▼ L'anxiété ou le trouble du sommeil : items 1, 2, 8, 12, 21, 27 ;

▼ La dépréciation : items 9, 26.

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

On a été convenu sur l'utilisation des scores pour l'interprétation des résultats de l'échelle de Sandford. On a utilisé un score allant de 0 à 150 qui est un score global. Lorsqu'il est supérieur ou égal à 75, il définit le stress ;et s'il est inférieur à 75 ;il définit l'absence de ce dernier. Un score pour la dissociation allant de 0 à 50.Quand il est supérieur ou égal à 25 il est positif. Des scores allant de 0 à 30 pour la réactivation, l'évitement, et l'anxiété qui sont positifs lorsqu'ils sont supérieur ou égal à 15,et un score pour la dépréciation allant de 0 à 10 qui est positif lorsqu'il est supérieur ou égal à 5.

3.3. Questionnaire de satisfaction :

La satisfaction de la prise en charge par le professionnel de santé a été évaluée grâce à cinq items, tels que la courtoisie, la disponibilité, la compétence, les explications avant le geste et les explications sur le suivi.

4. Critères de jugement

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

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

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

5. Analyse statistique

La saisie des données été faite sur l'Excel version 2016. L'analyse a été faite par le logiciel SPSS version 20.L'analyse descriptive a fait appel au calcul des effectifs et pourcentage pour les variables qualitatives et au calcul des moyens et des écarts type pour les variables quantitatives. L'analyse univariée a fait appel au test statistique suivant : test Chi2 pour la comparaison de pourcentage, test T de student pour la comparaison des moyens.

Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

RESULTATS

1. Recrutement de la population

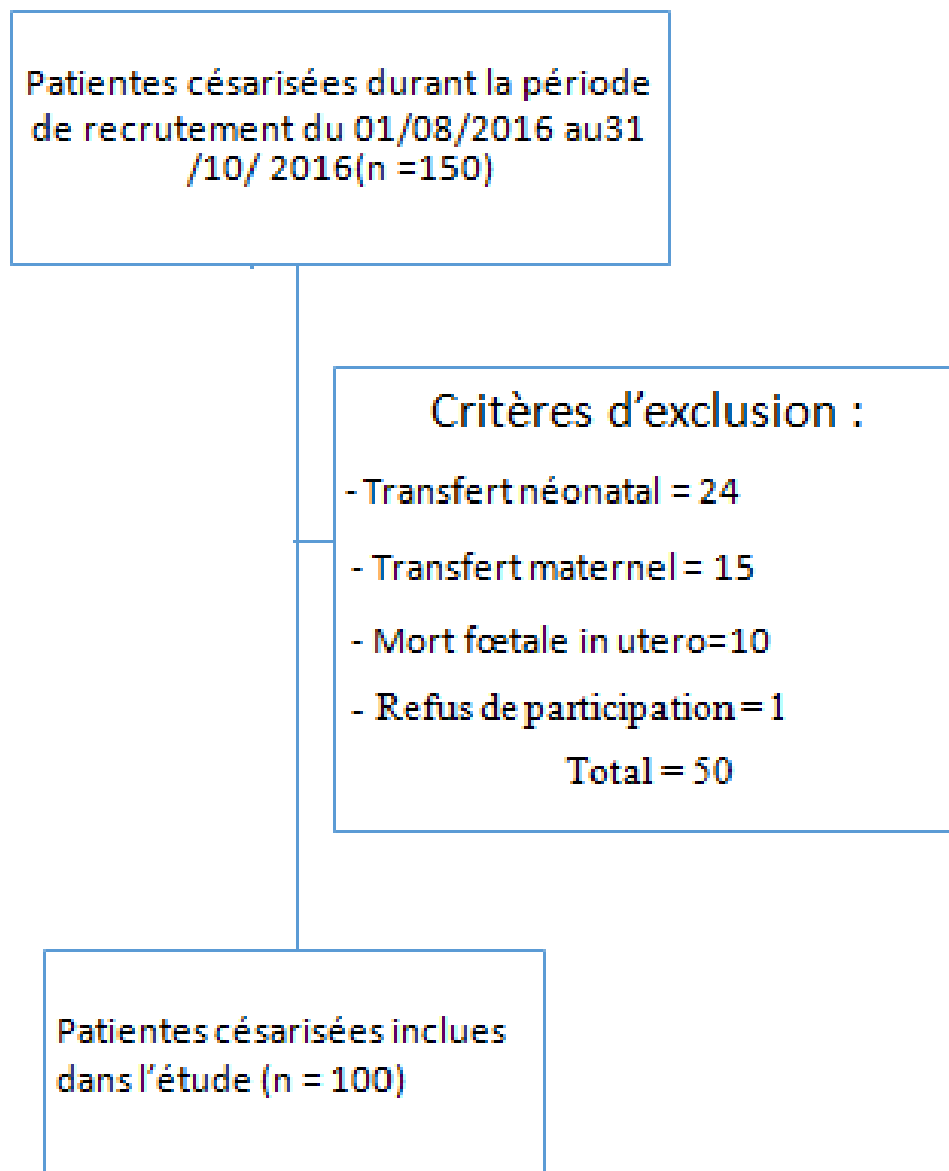
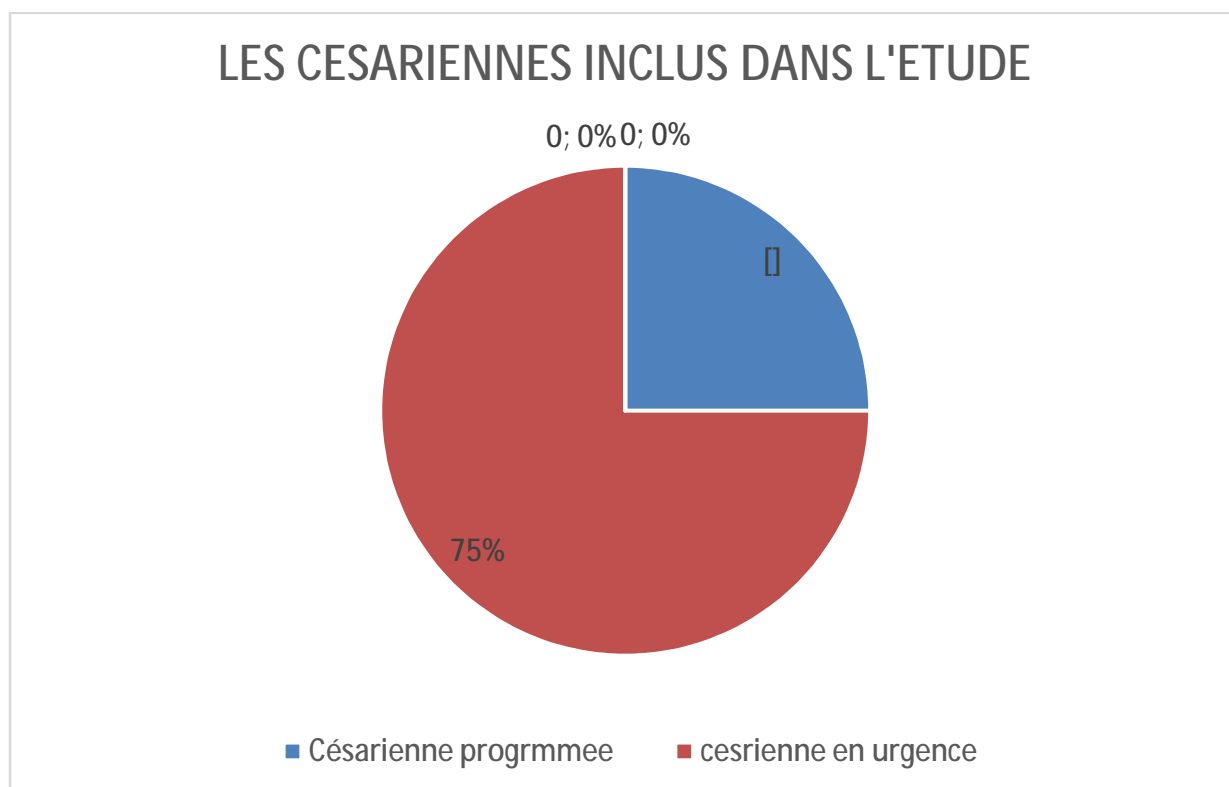


Figure 1. Diagramme d'éligibilité

Sur la période de recrutement de l'étude, du 01 aout 2016 au 31 octobre 2016, 150 patientes ont bénéficié d'une césarienne.

Après l'application des facteurs d'exclusion, 100 dossiers ont été inclus dans l'étude.



75 des patientes ont bénéficié d'une césarienne en urgence, soit 75 %.

25 des patientes ont bénéficié d'une césarienne avant travail, soit 25 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population générale de l'étude

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

	Exposé c.en urgence	Non exposé c.programmée	p-value
Âge, moyenne (écart-type)	29(6 ,7)	32(4,8)	0,033
Niveau d'étude %			0 ,640
Analphabète	29	10	
Primaire	23	6	
Collège	17	6	
Baccalauréat	3	1	
Supérieur	3	2	
Activité professionnelle, %			0,863
Emploi	10	3	
Statut conjugal %			0 ,569
En couple	71	25	
ATCD obstétricaux, %			
Primipare	29	3	0 ,013
Multipare :			
-ATCD d'AVB	14	2	0 ,414
-ATCD de césarienne	14	19	0 ,522

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

Cependant, nous mettons en évidence une différence statistiquement significative pour l'âge qui plus élevé chez le groupe non exposé 32 ans +/- 4,8 et 29 ans +/-6,7 chez le groupe exposé et les ATCD obstétricaux : la primiparité est plus importante dans le groupe exposé (29%) que dans le groupe non-exposé (3%) (p =0,013).

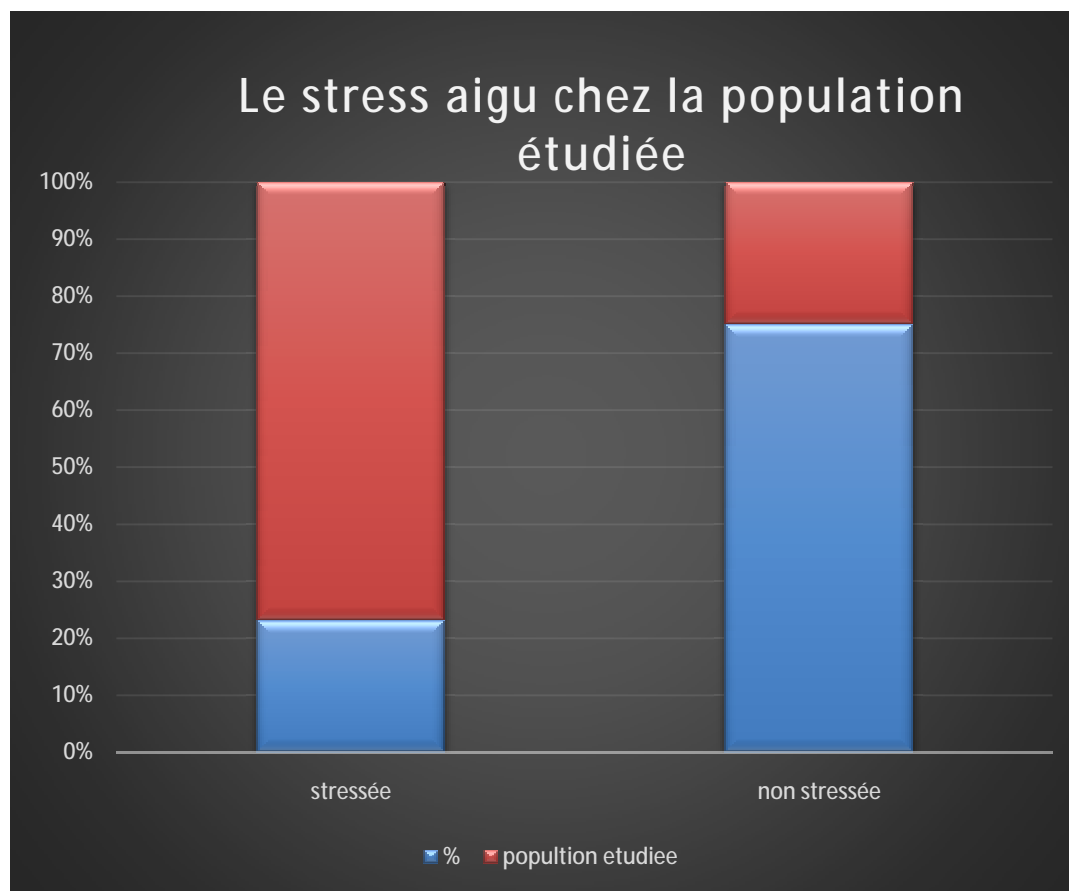
3. Association entre facteurs sociodémographiques et le stress :

Tableau 2.association entre les facteurs sociodémographiques et le stress aigu

	P.stressée	P.non stressée	p-value
Age,moyenne(ecart-type)	29(6,6)	30(5,6)	0,742
Niveau d'étude			0,256
Analphabète	10	29	
Primaire	4	25	
Collège	6	17	
Baccalauréat	1	3	
Supérieur	3	2	
Activité professionnelle, %			0,933
Emploi	3	10	
Statut conjugal %			0,570
En couple	24	72	
ATCD obstétricaux, %			0,763
Primipare	8	24	
Multipare :			
-ATCD d'AVB	5	19	0,670
-ATCD de césarienne	11	30	0,527

Pas d'association statistiquement significative entre les caractéristiques sociodémographiques de la population et l'apparition du stress aigu.

4. Le stress aigu chez la population étudiée



Notre étude montre que 24% de la population présentent des signes du stress, alors que 76% ne sont pas stressées .

5. Association entre stress aigu et césarienne en urgence

Tableau 3. Association entre le stress aigu et le caractère urgent de la césarienne.

	Exposé c.en urgence	Non exposé c.programmée	P-value
Dissociation %	17	7	0,589
Réactivation %	22	7	0,533
Evitement %	48	18	0,465
Anxiété %	26	8	0,807
Dépréciation %	17	5	0,780
Score global %	17	8	0,282

Tous les p sont supérieur à 0,05=non significatifs

Pas d'association statistiquement significative dans les différents signes de stress en fonction du caractère urgent ou non de la césarienne

Pas d'association statistiquement significatif entre le stress (score global sup ou égal à 75) et le caractère urgent de la césarienne.

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

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

	Exposé c.en urgence	Non exposé c.programmée	P-value
Satisfaction de la PEC par le personnel soignant%	52	21	0,153

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

7. Association entre satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu

Tableau 5.association entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et l'apparition du stress aigu

	P. stressée	P.non stressée	p-value
Satisfaction de la PEC par le personnel soignant%	10	63	0,001

La satisfaction de la PEC par le personnel soignant est statistiquement différente entre les deux groupes des patientes stressées et non stressées($p=0,001$)

DISCUSSION

1. Choix de l'étude

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

Nous avons défini les groupes exposé / non-exposé, comme étant les césariennes en urgence et les césariennes programmées. Ce choix a été privilégié car nous nous intéressons principalement aux effets négatifs que peut avoir une césarienne en urgence, par rapport à une césarienne avant travail. Dans les deux groupes les modalités de l'opération de césarienne sont identiques, cependant la différence se fait sur la rapidité de la prise de décision et sur le fait que les patientes n'y étaient pas préparées.

Alors que dans de nombreuses études, la comparaison se faisait entre les césariennes soit toutes confondues, soit uniquement en urgence et les accouchements par voie basse [3, 4, 5, 6, 7, 8,65]. Cependant la comparaison avec un AVB est peu fiable car il n'y pas les mêmes enjeux pronostiques ni les mêmes effets thérapeutiques, psychologiques et physiologiques que durant une césarienne en urgence [10].

Nous avons décidé de rassembler dans le groupe « césarienne en urgence », toutes celles ayant eu lieu soit pendant le travail, en urgence réelle, vitale, soit pour urgence fonctionnelle avec inefficacité du travail (au cours d'un échec de déclenchement ou suite à une stagnation). La différence entre les césariennes en urgence et programmées, porte donc sur le caractère « non-prévu » et « non-programmé » de la césarienne. En effet dans une étude de Fisher [66], il a été démontré que suite à une césarienne en urgence, les patientes rapportaient une sensation d'inattendu et de perte de contrôle de leur accouchement.

Les conséquences de ce choix de composition des groupes sont une sous-estimation du risque de stress aigu. Car malgré une non-programmation d'une césarienne, lors d'un déclenchement ou d'une stagnation, le sujet pouvait être plus facilement abordé que lorsque la césarienne était décidée en cours de travail pour urgence vitale. Les patientes auraient été ainsi plus préparées à cette éventualité et donc moins stressées. De plus dans ces situations, l'état de santé de l'enfant n'était pas compromis, et donc cela implique un risque de stress moindre.

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

Le questionnaire a été délivré aux patientes entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum. En effet dans cette situation, la possibilité qu'il y ait eu un passage rassurant d'un des membres de l'équipe soignant participant ou présent lors de la césarienne, pour reprendre les coordonnées de l'intervention, est plus importante. Ce passage aurait pour conséquence de rassurer la patiente et donc de

diminuer le risque de stress aigu, car comme nous avons pu le remarquer dans plusieurs études[67, 68], un soutien psychologique et social défaillant par l'équipe soignante est un facteur de risque de développer des états de stress post-traumatique, et à l'inverse, pour d'autres études[69, 70], le soutien psycho-social est un facteur protecteur. Le soutien psycho-social peut être défini comme la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat, permettant de chercher l'aptitude et le courage de lutter. Il aide au maintien de l'estime de soi, à donner du sens à ce qui arrive, à activer le réseau social, et enfin il procure une aide matérielle [70]. Ceci aurait pour effet une sous-estimation du risque de stress aigu.

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

Le transfert néonatal est un des critères d'exclusion car, dans cette situation, l'événement stressant ne serait plus lié uniquement à la césarienne, mais aussi au devenir de l'enfant. Le ressenti de la césarienne passe ainsi au second plan, car la mère aura pour préoccupation principale l'état de santé de son enfant, et non l'impact de la césarienne sur son psychisme.

Une étude de Demier[71]a démontré que la fréquence des symptômes de stress aigus post-traumatiques chez les mères d'enfants hospitalisés en réanimation néonatale était plus importante que chez les mères d'enfant en bonne santé. Ceci aurait pour effet une majoration du risque de stress aigu.

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

2.Analyse des résultats et comparaison avec les études étrangères

2.1. Facteurs sociodémographiques de la population

Nous ne trouvons pas de différences statistiquement significatives entre le groupe exposé et non-exposé, concernant le niveau d'étude, l'activité professionnelle.

Cependant il existe deux différences statistiquement significatives, la première liée à l'âge moyen qui est plus élevé chez le groupe non exposés (32 +/- 4,6) par rapport au groupe exposé (29 +/- 6,7) (P : 0,033), et la deuxième est liée à la parité.

En effet, la primiparité est plus importante dans le groupe exposé, (29 %) que dans le groupe non-exposé (3 %) (p = 0,013). Les caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas sur la survenue de stress aigu.

De même une étude française [72] a montré que les facteurs sociodémographiques n'influencent pas sur l'apparition de stress aigu chez les femmes césarisées, et que la primiparité est plus importante dans les groupes des césariennes en urgence par contre la multiparité qui est élevée dans le groupe des césariennes programmées.

La différence entre ces deux populations réside dans le fait qu'une femme qui met au monde un enfant pour la première fois est confrontée à l'inconnu, à un événement qu'elle n'a jamais vécu et qu'elle puisse être d'avantage touchée par un accouchement qui ne se déroule pas comme elle l'imaginait. Les femmes qui ont

déjà vécu un accouchement se laissent moins surprendre par des événements inattendus et angoissants, et ont moins de risque de développer un stress post traumatique après leur accouchement [73]. La conséquence de cette différence est qu'il pourrait exister une surestimation du risque de stress aigu.

2.2. Stress aigu et césarienne en urgence

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

Dans notre série, il n'y a pas d'association entre le caractère urgent de la césarienne et l'apparition du stress aigu. Tandis que pour d'autres auteurs[74,75,76,77] le caractère urgent de la césarienne est un facteur d'apparition du stress aigu.

2.3. La satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant

Dans une étude de Garel et al, il a été noté que peu d'informations avait été données aux patientes durant la grossesse sur la césarienne, alors que le rôle de l'information et son intérêt psychologique sont souvent sous-estimés [50]. Ce manque d'information délivré par les médecins ou sages-femmes, serait lié à « une peur d'inquiéter la patiente », ce qui la pousserait à faire elle-même ses propres recherches ce qui augmente le risque d'avoir des informations erronées.

Dans cette étude, il n'apparaît pas de différence vis à vis de la prise en charge par le personnel soignant en fonction du type de césarienne, mais il y a une association statistiquement significative entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu(p :0,001)

3. Perspectives et recommandations

Concernant l'avenir proche, nous pouvons souligner deux tendances concernant cette prise en compte de la question du stress aigus lors des césariennes ; soit que la césarienne génère du stress, qui peut être perçu de manière négative par la patiente.

Soit qu'au contraire, la césarienne peut être plus apaisante, moins stressante pour la parturiente et plus acceptée que l'accouchement par voie basse.

Concernant les perspectives de cette étude, nous pouvons tabler sur des études présentant moins de limites et de biais, et ceci en garantissant une meilleure objectivité lors de la soumission des questions, des items du questionnaire.

Par ailleurs une exploration dans le futur, via et par l'intermédiaire de soumettre plus d'items nous paraît plus pertinente et essentielle ; afin d'avoir des réponses concernant le vécu et les critères subjectifs et les ressentis gênants.

Concernant les recommandations ; la mise en place d'un psychologue qui accompagne la parturiente et/ou la mise en place d'un soutien psychosociologique systématique, par l'équipe de soin ; contribuerait à avoir moins de limites et de biais de l'étude.

C'est donc certainement dans la direction du compromis entre un contrôle accepté (actualisé selon les progrès thérapeutiques et de prise en charge spécifique du stress) et connu, d'une part et une mise en place d'une prévention large, d'autre part qu'il faut espérer aller dans les années à venir.

La non-information de la parturiente et même, le fait de garder les parturientes dans l'ignorance complète concernant les effets néfastes du stress n'étant bien sûr pas une attitude tenable à long terme.

Ce qui implique la nécessité d'œuvrer pour l'information concernant le stress lors de la césarienne et même d'un point de vue globale de prendre en compte le stress qui règne de manière générale dans le milieu de gynécologie et d'obstétrique. Le but de l'information médicale devrait d'abord être l'obtention d'un consentement, et surtout d'une adhésion aux soins de la part des parturientes. L'information prodiguée doit toujours l'être en tenant compte de la nature des troubles présentés par la parturiente mais aussi de sa personnalité, et il est impossible, de systématiser une conduite qui serait valable pour tous, et de fait préjudiciable à l'échange toujours singulier, et riche de cette singularité, qui se noue entre le soignant et la parturiente dans le secret de l'examen clinique.

4. Limites et biais de l'étude

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

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

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

Le questionnaire a été délivré entre le deuxième et le cinquième jour du postpartum, ce qui correspond le plus souvent à des baby-blues, état dysphorique transitoire. Dans les formes sévères, il peut y avoir des symptômes de confusion ou de dépersonnalisation, pouvant être confondus avec un stress aigu [73]. Ceci représenterait ainsi un biais de confusion.

Il pourrait exister un biais de sélection, qui serait que seules les patientes intéressées par l'étude, acceptent d'y participer, cependant, il n'y a eu qu'un seul refus de participation, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation de la fréquence de stress.

Une autre limite consistant à un taux important d'analphabétisme chez les parturientes ce qui pourrait un facteur limitant l'exploitation des questionnaires quoique elles ont été administré par un médecin généraliste en leur expliquant tous les mots qui paraissent difficiles à comprendre.

CONCLUSION

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

A la fin de cette étude on trouve que le caractère urgent de la césarienne ne constitue pas un facteur de risque d'apparition du stress aigu post traumatique, et qu'il n'existe pas de différence vis à vis de la prise en charge par le personnel soignant en fonction du type de césarienne, mais il existe une association statistiquement significative entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu chez la population étudiée.

Il serait intéressant de faire une étude qui compare l'apparition du stress aigu chez les patientes qui accouchent par voie basse et les patientes césarisées dans le même hôpital, pour savoir si la césarienne constitue un facteur protecteur contre le stress aigu.

RESUMES

Résumé

Introduction :

La césarienne est une incision chirurgicale de l'utérus gravide dans le but d'extraire le fœtus et le placenta, quand l'accouchement est impossible par la voie basse.

Actuellement, il est connu qu'une proportion non négligeable des femmes vit la naissance de leur enfant comme une expérience négative, voire traumatique. Dans certains cas, elles vont développer un syndrome de stress post-traumatique, connu dans la littérature internationale sous le terme de post-traumatic stress disorder (PTSD).

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

Méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle de type exposé (césarienne en urgence) / non-exposé (césarienne programmée), par utilisation d'un questionnaire d'évaluation du stress aigu, délivré aux patientes entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum, dans la maternité de l'Hôpital PAGNON de Meknès. Le diagnostic du stress aigu était basé sur l'utilisation du SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire).

Résultats : 100 patientes ont participé à l'étude. Les caractéristiques sociodémographiques ne diffèrent pas statistiquement entre les deux groupes de la population, sauf l'âge qui est plus élevé chez le groupe non exposé ($p : 0,033$), et la

primiparité qui est plus importante chez le groupe exposé. Ces caractéristiques n'influencent pas sur l'apparition du stress.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative en terme de présence de stress aigu entre le groupe des césariennes en urgence et le groupe des césariennes programmées.

Il n'apparaît pas de différence vis à vis de la prise en charge par le personnel soignant en fonction du type de césarienne, mais il existe une association statistiquement significative entre la satisfaction de la prise en charge par le personnel soignant et le stress aigu.

Conclusion : Les résultats de notre étude ne sont pas cohérents avec la littérature existante et montrent que le caractère urgent de la césarienne n'est pas facteur de risque de stress aigu post-traumatique.

SUMMARY:

INTRODUCTION:

The Caesarean section is a surgical incision of the pregnant uterus in order to extract the fetus and the placenta, when the delivery happens to be impossible to proceed naturally.

Currently, it is known that a significant proportion of women experience the birth of their child as a negative, even traumatic experience. In some cases, they'll develop what is known in the international literature as PTSD, post-traumatic stress disorder.

The main purpose of this study was to compare the prevalence of the acute post-traumatic stress in patients who underwent emergency Caesarean surgery and in those who underwent a Caesarean surgery before the labor period (scheduled surgery).

The other purpose was the comparison of the satisfaction with the caregiver managing.

METHODS:

It's an exposed (emergency Caesarean surgery) / non-exposed (scheduled Caesarean surgery) observational study, using an acute stress assessment questionnaire sent to the patients between the 2nd and the 5th day of postpartum, in the maternity of the PAGNON hospital in Meknes. The diagnosis of the acute stress based on the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire SASRQ.

RESULTS:

100 patients have participated in the study. The socio-demographic characteristics did not vary statistically between the two groups of the population, except for the higher age in the unexposed group (p: 0.033) and the greater prim

parity in the exposed group. These characteristics do not influence the onset of stress, though.

There is no statistically significant difference concerning the existence of acute stress between the group of the emergency Caesarean surgery and the scheduled Caesarean surgery.

There is no difference in caregiving depending on the type of the Caesarean surgery, although there is a statistically significant association between the satisfaction with the caregiver managing and the acute stress.

CONCLUSION:

The results of our study are not consistent with the existing literature and show that the urgency of the Caesarean surgery is not a risk factor for post-traumatic stress.

مطنى

مقدمة:

العملية القيصرية هي شجر لحي لرحم في حالة حمل من الليل تخرج الجنين والمشيمة باستخدام تسجيل ولادة عن طريق مهبل.

حاليا من المعروف أن نسبة كبيرة من النساء تعيشن في حالة هكترية بتسلبية، ضل حتى طدمة في بعض الحالات ضدا يتو تواتج عن طدمة المعروف في الأدب النولتي تو ترم لبعء طدمة (PTSD).
الهفالفار نيسي مه نالدر اسه هومقارنة حنولتو ترالدا دم لبعء طدمة لندل نسا لولو اتي خضعن لعملية قيصرية طارئة اللاتي خضعن لعملية قيصرية بل المخضن (برمجة). كان الهفالفار نيسي هومقارن نرض المجموعتين عن عدالية طام الطبي.

الوسائل:

هذ العمل هودر اسه صدفية من نوع المعوض (عملية قيصرية طارئة) \ وغير المعوض (عملية قيصرية مبرمجة) وذلك لخد الم تبيان تقيلط تو ترالدا لذي تم توزيعه على مريضات بين اليوم الثاني والخامس من بعد ولادة بمسشد في الأم بانويوم كنلون. استند شخيلو تو ترالدا د علي سدعمال . SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire) سلم

النتائج:

شركت 100 موية في الدر اسه وتبين أن كلبسة كانية لاتخذ تقيلصا نيا لبيجم وعتين، ماعد الاسر لأكثر لرفاعل لنجم وعلا لحوالم موية (0,033) ب كوية الأعلى لنجم وعلا م موية. هذ الخصا ط لا تو ث على ظهر ولات و.

لا يوجد فرق نو دلالة لحدائية من حيث وولتو ترالدا د بين مجموعة القيصرية طارئة ومجموعة القيصرية المبرمجة.

لم يظهري أي فرق بين المجموعتين في مدي تعلق برض المريضات ببعء ايل فريقل طبي، بينما يوجد تفاوت نو دلالة لحدائية بين رض المريضات ببعء ايل فريقل طبي ولاتو ترالدا د.

الاستنتاج:

نتا شج استنادا لافق المع تابات المشورقة تبين أن العملية القيصرية طارئة ليست عاملا في ظهور تو ترم ما بعد طدمة.

ANNEXES

Questionnaire Stress aigu chez les femmes ayant accouchées par césarienne

MODE D'EMPLOI: Voici une liste ci-dessous de la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. S'il vous plaît lire attentivement chacun des points suivants et indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore. Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous :

0	1	2	3	4	5
Pas du tout ressenti	Pratiquement pas ressenti	Rarement ressenti	Parfois ressenti	Souvent ressenti	Très souvent ressenti
1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e).					0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e).					0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté.					0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir.					0 1 2 3 4 5
5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement.					0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement.					0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e).					0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter.					0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire.					0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même.					0 1 2 3 4 5
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement.					0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e).					0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même.					0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement.					0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement.					0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement.					0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement.					0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont.					0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement.					0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions.					0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère.					0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement.					0 1 2 3 4 5
23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait.					0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences.					0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement.					0 1 2 3 4 5

- | | |
|--|-------------|
| 26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. | 0 1 2 3 4 5 |
| 27. J'ai des difficultés à me concentrer. | 0 1 2 3 4 5 |
| 28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. | 0 1 2 3 4 5 |
| 29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. | 0 1 2 3 4 5 |
| 30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. | 0 1 2 3 4 5 |

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

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

Comment qualifiez-vous votre relation avec le personnel soignant ?

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

Age :.....

Quel est votre niveau d'étude ?

- Collège
- Baccalauréat
- Supérieur

Quelle est votre activité professionnelle ?

- Emploi
- Sans emploi

Quel est votre statut conjugal ?

- Seule
- En couple

ATCD obstétricaux :.....

BIBLIOGRAPHIE

[1] Broche D.E.; Courtois L.; Maillet R.;Reithmuller D.

Césarienne

EMC Obstétrique 5-102-A-10

[2] Lopez, U, Habre W, Van der Linden M, Iselin-Chaves I.

Intraoperative awareness in children and posttraumatic stress disorder.

Anaesthesia. 2008 May;63:474-81.

[3] Ballard C.G., Stanley A.K., Brockington I.F.

Post-traumatic stress disorder after childbirth.

Br. J. Psychiatry 1995, 166: 525-528.

[4] Czarnoka J., Sladep.

Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth.

Br. J. Clin. Psycholo. 2000, 39: 35-51.

[5] Menage J.

Post-traumatic disorder in whomen who have undergone obstetric and/orgynecological procedures. A consecutives series of 30 cases of PTSD.

J. Reprod. Infant Psychol. 1993, 11 : 221-228.

[6] Lyons S.

A prospective study of post-traumatic stress symptoms 1 month following childbirth.

J.Reprod. Infant. Psychol. 1998, 16: 91-105.

[7] Sodrquit J., Wijma B., Wijma K.

The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth.

J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2006, 27(2): 113-119.

[8] Melender H.L.

Experience of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women.

Birth 2002, 29(2): 101-111.

[9] Birmes P., Brunet A.

Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique.

In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, p. 34-39.

[10] Baro P.

Les implications psychologiques de la césarienne.

In La Césarienne, p. 399-407. RACINETC., Sauramps Médical, 2002.

[11] Serge Kernbaum, ProsérKamoun, Alain Hauzy, Bernard Rouveix.

Césarienne

Dictionnaire de médecine Flammarion ,5 ème édition, p.171

[12] Mongbo V. ,Ouendo E.-M., Brouwere V.,Alexander S.,

Dujardin B., Makoutodé M., Zhang W.-H.

La césarienne de qualité : étude transversale dans 12 hôpitaux au Bénin.

Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 64 (2016) 281-293

[13] Lansac J. ; Pierre F.

La césarienne

Pratique de l'accouchement, 4ème édition Masson, pages 449-474.

[14] Hohlfeld P. ; Marty F.

La césarienne sur demande maternelle

Le livre de l'interne obstétrique, 3ème édition, page 316-318

[15] Seguy B.

Dystocies liées au bassin

Nouveau manuel d'obstétrique tome 2, 4ème édition pages 208-225.

[16] Racinet C. ; Meddoun M.

Césarienne

EMC Techniques chirurgicales gynécologies 41-900 2001

[17]Crocq L.

Traumatismes psychiques.

Prise en charge psychologique des victimes. Elsevier-Masson. 2007.

[18]Swinnen 1997 la couleur du stress; édition Standaard.

[19] Pallavicini F, and al.

Interreality for the management and training of psychological stress: study protocol for a randomized controlled trial.

Trials. 2013;14:191

[20] - [21] Organisation internationale du travail (1996) bilans des causes de stress chez les groupes à haut risque.

[22]- [23] Onkelinx L. (2001) conférence inaugurale de la campagne 2001 de lutte contre le stress au travail, colloque : « la lutte contre le stress du diagnostic à l'intervention collective » Bruxelles.

[24]Jacque et Thurin, 2002.

[25] Maheu et Lupien, 2003 ; Pardon, Perez-Diaz & Joubert, 2000.

[26]- [27] Lazarus RS, Folkman S.

Stress, Appraisal, and Coping.

Springer Publishing Company; 1984. 461 p.

[28]Taché J, Selye H.

On stress and coping mechanisms.

Issues Ment Health Nurs. 1985;7(1-4):3- 24.

[29] Lazarus RS.

Stress and Emotion: A New Synthesis.

Springer Publishing Company; 1999. 366 p.

[30] Lazarus RS, Folkman S.

Stress, Appraisal, and Coping.

Springer Publishing Company; 1984. 461 p.

[31]. Thurin J-M.

Mécanismes d'ajustement au stress.

EMC - Psychiatr. janv2008;5(3):1- 13.

[32]. Lazarus RS.

From Psychological Stress to The Emotions: A History of Changing Outlooks.

Annu Rev Psychol. 1993 ;(44):1- 21.

[33]. Cohen S, Kessler RC, Gordon LU.

Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists.

Oxford University Press; 1997. 254 p.

[34]. Stress control | IAPT [Internet]. [Cité 27 mai 2015]. Disponible

sur:<http://www.talkingsense.org/how-we-can-help/our-therapy/group-therapy/stress-control/>.

[35]. Anisman H, Griffiths J, Matheson K, Ravindran AV, Merali Z. Posttraumatic stress symptoms and salivary cortisol levels.

Am J Psychiatry. Sept 2001 ; 158 (9) : 1509- 11.

[36]. Steptoe A, Cropley M, Griffith J, Kirschbaum C.

Job strain and anger expression predict early morning elevations in salivary cortisol.

Psychosom. Med. avr 2000;62(2):286- 92.

[37] Sayal K, Checkley S, Rees M, Jacobs C, Harris T, Papadopoulos A, et al.

Effects of social support during weekend leave on cortisol and depression ratings: a pilot study.

J Affect Disord. Sept 2002;71(1-3):153- 7.

[38] Decker SA.

Salivary cortisol and social status among Dominican men.

HormBehav. Août 2000;38(1):29- 38.

[39] Weibel L.

Methodological guidelines for the use of salivary cortisol as biological marker of stress.

Presse Médicale Paris Fr 1983. 24 mai 2003;32(18):845- 51.

[40]. Kennedy B, Dillon E, Mills PJ, Ziegler MG.

Catecholamines in human saliva.

Life Sci. 25 mai 2001;69 (1):87- 99.

[41]. Gröschl M.

Données actuelles sur l'analyse hormonale salivaire.

Ann BiolClin (Paris). 1 sept 2009;67(5):493- 504

[42] DSM IV; 1998.

[43]. Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V.

Posttraumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces.

Encephale2003;29(1):20-7.

[44]. Reynolds JL.

Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth.

Cmaj 1997;156(6):831-5.

[45] Goldbeck S.

Post-traumatic stress disorder may follow childbirth.

BMJ 1996;313:774.

[46] Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA.

The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders.

J NervMent Dis 1992;180(4):271-2.

[47] Wijma K, Soderquist J, Wijma B.

Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study.

J AnxietyDisord1997;11(6):587-97.

[48] Bydlowsky.

La névrose traumatique post-obstétricale- «signal symptôme" dans la prophylaxie des accidents périnataux.

Médecine et Hygiène 1978;1272:352-354.

[49] Ryding EL, Wijma B, Wijma K.

Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section.

Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1997; 76: 856-61.

[50] Garel M, Lelong N, Kaminski M.

Conséquences de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant.

J GynecolObstetBiolReprod 1987; 16: 219-228.

[51] Hemminki E, Merilainen J.

Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems.

Am J ObstetGynecol 1996; 174: 1569–74.

[52] F. Vial, P. Guerci, P.Y. Dewandre et D. Benhamou

Posttraumatic Stress Disorder and Cesarean Section

Douleuranalg. (2016) 29:84–87

[53] Ryding E.L., Wijma K., A B.

Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery.

J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1998, 19(3) : 135-144.

[54] Rauh, C.; Beetz, A.; Burger, P.; Engel, A.; Haberle, L.; Fasching, PA.; Kornhuber, J.; Beckmann, M.; Goecke, T. &Faschingbauer, F. (2012).

Delivery mode and the course of pre– and postpartum depression.

Arch Gynecol. Obstet., 286(6), 1407–1412.

[55] Verdoux, H.; Sutter, AL.; Glatigny–Dallay, E. &Minisini, A.(2002)

Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort.

ActaPsychiatraScandinavica, 106(3), 212–219.

[56] Rowlands, I. &Redshaw, M. (2012).

Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period.

BMC Pregnancy and Childbirth, 12(138), 1–11.

[57] Patel R, R.; Murphy J, D. & Peters J, T. (2005).

Operative delivery and postnatal depression: a cohort study.

British Medical Journal, Vol. 330 (7496), 1– 4.

[58] Sword.; Kurtz Landy, C.; Thabane, L.; Watt, S.; Krueger.; Farine, D. & Foster, G. (2011).

Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study.

BJOG, 118(8), 966–977.

[59] Adams, S.S.; Eberhard–Gran, M.; Sandvik, A.R. & Eskild, A. (2011).

Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women.

BJOG, 119(3), 298–305.

[60] Lobel, M. & DeLuca, R.S. (2007).

Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications.

Science & Medicine, 64(11), p2272–2284.

[61] Sutter A.L., Bourgeois M.

Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale.

1 Vol., PUF, Nodules, Paris, à paraître, 1995

[62] Lépine J.P., Lellouche J.

Etude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans la population générale.

Ann. Med. psychol., 151, 9, pp. 618–623, 1993.

[63] Cardena E., Koopman C., Classen C., Spiegel D.

Psychometric properties of the Scoring of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress.

Journal of traumatic stress 2000, 13(4): 719–734

[64] DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manuel of mental Disorder, 4th edition
Text Revised.

American Psychiatric Association, Masson 2000.

[65] Denis A., Callahan S.

Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature.

J. de Thérapie Comportementale et Cognitive 2009, 19 : 116-119.

[66] Fisher J., Astbury J., Smith A.

Advers Psychological impact of operative obstetric interventions: prospectivelongitudinal study.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997, 31: 728-738.

[67] Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D.

Meta-Analysis of a Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed Adults.

Journal of Consulting and clinical Psychology 2000, 68(5): 749-766.

[68] Ozer E.J., Best S.R., Tami L.L., Weiss D.S.

Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: a metaanalysis.

Psychological bulletin 2003, 129(1) : 52-73.

[69] PrietoN., Rouillon F.

Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques.

In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, 9-14.

[70] Vermeiren E.

Importance du soutien social

In Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Masson 2005, 65-69.

[71] Demier R.L., Hynan M.T., Harris H.B., Manniello R.L.

Perinatal Stressors as Predictors of Symptoms of Posttraumatic Stress in Mother of Infants at High Risk.

Journal of Perinatology 1996, 16(4).

[72] Claire Sion.

Evaluation du stress aigu chez les femmes césarisées en urgence.

Gynécologie et obstétrique. 2012. <dumas-00743929>

[73] Boulier-Dubois A.F.

Trouble psychotraumatiques du post-partum : étude de prévalence de l'état de stress post-traumatique après une césarienne en urgence.

Thèse de Médecine, Lille, 2007

[74] AzijadaSrkalovicImsiragic, Drazen Begic, LivijaSimicevic, ZarkoBajic.

Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth – A Croatian longitudinal study.

Women Birth (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.007>

[75] Adewuya A., Ologun Y., Ibigbami O.

Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors.

BJOG 2006; 113:284–288.

[76] Salmon P., Drew NC.

Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to the obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history.

J Psychosom Res 1992; 36(4): 317–27.

[77] Fawcett J., Pollio N., Tully A.

Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery; another look. Res Nurs Health 1992; 15: 43946.