



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N°162

# La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/09/2020

PAR

**Mme Hajar AOUADE**

Née le 03 Février 1994 à SAFI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

**MOTS-CLES :**

Prévalence-Trouble de stress post traumatique  
Post partum-Facteurs de risque

---

**JURY**

<b>Mr.</b>	<b>S.AIT BENALI</b> Professeur de Neurochirurgie	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mme.</b>	<b>I.ADALI</b> Professeur de Psychiatrie	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mme.</b>	<b>F.MANOUDI</b> Professeur de Psychiatrie	} <b>JUGES</b>
<b>Mme.</b>	<b>B. FAKHIR</b> Professeur de Gynécologie obstétrique	

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ  
نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ  
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا  
تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ  
لِي فِي دِينِي  
إِنِّي تَوَّابٌ  
وَإِنَّ مِنَ  
الْمُسْلِمِينَ

سورة النمل





## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





# *Liste des Professeurs*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale

ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie

BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne

CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro- entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale

AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie

BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

**LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019**



*Dédicaces*



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

*Marcel Proust.*



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse ...* 

الله أكبر

*Louange à Dieu tout puissant,  
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

### *A mes précieux parents : El Mostafa & Hajiba*

*Aucune expression au monde ne saura montrer le degré d'amour, de gratitude et d'affection que j'approuve envers vous. Vous étiez toujours là à me soutenir, à m'écouter attentivement me plaindre de tout et de rien durant toute ma vie et surtout durant ces 8 ans de médecine et à toujours essayer de me diriger vers le bon chemin et de me relever à chaque fois que je baisse les bras.*

*Maman, papa vous m'avez bien éduqué, vous m'avez tout donné sans compter. Malgré tous les mauvais moments passés, on a pu tout surmonter ensemble, en croyant en moi.*

*Je vous aime du plus profond de mon cœur et je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain, et je ferai de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir.*

### *A mon cher petit frère Nassim*

*Tu étais toujours là pour moi et à m'écouter. Je ne pourrai jamais t'exprimer à quel point je suis heureuse d'avoir un frère avec qui j'ai partagé autant de souvenirs, de fous rires et des disputes fraternelles qui font preuve de notre complicité.*

*Tous ces moments qu'on a passé ensemble et cet amour me rappellent à quel point je suis chanceuse d'avoir un frère comme toi, affectueux et compréhensible.*

*Puisse Dieu le tout puissant t'aider à achever tous tes rêves.*

*A mon très cher époux Yassine*

*Merci d'être toujours là à mes côtés, pour tes encouragements et ton soutien. Je serai reconnaissante à toi à jamais, à ton amour inconditionnel, qui me comble chaque jour, ta tendresse et ta compréhension qui arrivaient à me faire sortir de tous les moments pénibles, de souffrance et de démotivation.*

*Tu es ma source d'inspiration et tu le seras pour toujours.*

*Puisse Dieu nous éloigne de tous les yeux malveillants et nous comble de santé et de bonheur.*

*A la mémoire de mes grands-parents*

*A toute la famille AOUADE*

*A toute la famille JADIDI*

*A mes beaux-parents et mes belles sœurs*

*Je vous remercie et je vous dédie ce travail en reconnaissance de vos encouragements et votre amour.*

*A ma meilleure amie d'enfance Salma*

*Tu étais toujours là pour moi, depuis le primaire et jusqu'à présent, à me soutenir et à m'écouter. Tu me connais mieux que quiconque.*

*Je suis très reconnaissante à ta présence, ton amour et à tous les fous rires qu'on a eu ensemble.*

*A mes chers amis Hamza, Meryem, Sanae, Dr Kaoutar*

*Merci de toujours être à mes côtés durant les moments de joie et surtout pendant les moments les plus malheureux de ma vie.*

*Puisse la joie et le bonheur venir et rester avec vous durant toute votre vie.*

*A ma binôme d'externat Dr Meryem AOUROUD*

*Je ne pourrai d'aucune manière exprimer ma profonde gratitude et joie de t'avoir ma binôme depuis notre premier passage d'externat : La chirurgie viscérale.*

*Malgré notre mécompréhension parfois, tu étais la meilleure des binômes.*

*A mon groupe d'externat A*

*J'ai eu le plaisir de vous avoir et côtoyer. Vous êtes des personnes qui ont toujours rendu l'environnement de travail agréable. Merci pour votre solidarité et complicité.*

*A tous mes enseignants depuis la maternelle jusqu'à mon cursus universitaire*

*Je vous dédie ce travail, afin de vous exprimer le respect que je porte à votre égard et le désir que j'avais depuis toujours de vous honorer.*

*A DOCTEURS. ENNAZEK*

*Médecin résident au service de Psychiatrie universitaire au CHU MED VI de  
Marrakech*

*Votre aide pour nous dans ce travail était d'une grande valeur. Votre compréhension  
et votre simplicité resteront pour nous le meilleur exemple.*

*Veillez trouver chère Docteur, dans ce travail l'expression de notre reconnaissance  
et notre profonde gratitude.*

*A tout le personnel des centres de santé de Safi*

*En témoignage de mon respect et de mes remerciements.*



# *Remerciements*



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE MONSIEUR LE

PROFESSEUR S. AIT BENALI

*Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours suscité notre admiration. Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.*

A MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEUR

I. ADALI

*Pour l'honneur et la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger et d'encadrer ce travail doctoral, vous m'avez encadrée tout au long de cette thèse et partagée avec moi vos brillantes intuitions. Que vous soyez aussi remerciée pour votre gentillesse et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigués. Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable.*

*J'aimerais également vous dire à quel point j'ai apprécié votre disponibilité permanente et votre respect des délais serrés de relecture des documents que je vous ai adressés. Enfin, j'ai été extrêmement sensible à vos qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail doctoral. Votre souci du travail bien fait m'a beaucoup éclairée dans la réalisation de ce travail. Ce travail est bel et bien le vôtre.*

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR F. MANOUDI*

*Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Permettez-nous chère maître de vous exprimer notre profond respect et sincère gratitude.*

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR B. FAKHIR*

*C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.*

*C'est ici l'occasion pour nous de vous rendre hommage, vous dire combien de fois nous avons été séduit par la qualité de votre enseignement.*

*Nous avons pu au cours de notre stage d'externat passer sous votre direction, apprécier vos qualités humaines, votre savoir-faire et vos compétences scientifiques.*

*Veillez accepter chère maître, l'expression de nos sincères remerciements.*



# *Abréviations*



## Liste des abréviations

<b>ATCD</b>	:	Antécédents
<b>DPN</b>	:	Dépression post natale
<b>DSM-5</b>	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ou Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux)
<b>ESTP</b>	:	Acronyme en anglais « extraversion, sensation, thinking, perception », signifiant : Extraversion, Sensation, Pensée, Perception
<b>EVA</b>	:	L'échelle visuelle analogique
<b>ITG</b>	:	Interruption thérapeutique de grossesse
<b>IV</b>	:	Intra veineux
<b>J1, J2</b>	:	Jumeau numéro 1, jumeau numéro 2
<b>PCL-5</b>	:	Post Traumatic Stress Disorder Check List 5
<b>PTSD</b>	:	Post Traumatic Stress Disorder
<b>PP</b>	:	Post-Partum
<b>TA</b>	:	Troubles anxieux
<b>TAG</b>	:	Trouble d'anxiété généralisé
<b>TOC</b>	:	Trouble Obsessionnel Compulsif
<b>TSPT</b>	:	Trouble de stress post traumatique



# *Plan*



<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>PATIENTS ET MÉTHODES</b>	<b>04</b>
<b>I. Patients</b>	<b>05</b>
1. Type d'étude	05
2. L'échantillonnage	05
2.1 Critères d'inclusion	05
2.2 Critères d'exclusion	05
3. Le questionnaire	06
4. Le déroulement de l'enquête et consentement éthique	07
<b>II. Méthode statistique</b>	<b>07</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>08</b>
<b>I. L'Analyse descriptive :</b>	<b>09</b>
1. Données Socio démographiques :	09
2. Antécédents toxiques	11
3. Antécédents Obstétricaux au cours de la grossesse actuelle	11
4. Antécédents Néonataux durant les grossesses précédentes	16
5. Antécédents Néonataux durant la grossesse actuelle	16
6. Antécédents psychiatriques personnels	17
7. Antécédents psychiatriques familiaux	20
8. Evaluation de la douleur lors de l'accouchement selon l'échelle : EVA	20
9. Prévalence de TSPT actuel	21
<b>II. L'analyse bi variée :</b>	<b>22</b>
1. L'étude de TSPT PP	22
<b>DISCUSSION</b>	<b>44</b>
<b>I. Généralités</b>	<b>45</b>
1. Trouble de stress post traumatique (TSPT)	45
2. Trouble de stress post traumatique en post partum	49

<b>II. Discussion des résultats</b>	<b>54</b>
1. L'étude de Trouble de stress post traumatique en post partum	54
2. Comparaison de TSPT en PP selon les différentes variables	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>72</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>75</b>
<b>I. Informer et repérer les facteurs de risque</b>	<b>76</b>
1. L'anamnèse, un outil de dépistage	76
2. L'entretien prénatal précoce	76
3. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité	76
<b>II. Dépistage en post partum</b>	<b>76</b>
1. L'entretien post natal précoce	76
2. Les séances post natales	76
3. La visite post natale	77
<b>III. Prise en charge thérapeutique</b>	<b>77</b>
<b>IV. La formation des professionnels de santé du TSPT en PP</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>78</b>
<b>RESUMES</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>91</b>



# *Introduction*



*Au* Maroc, la mortalité maternelle représente un large problème de santé publique.

*La* naissance d'un enfant est généralement perçue comme un évènement de vie positif pour la mère, mais pour certaines femmes, l'accouchement est vécu comme une expérience psychologiquement traumatisante.

*Depuis* quelques années, il a été admis qu'un accouchement peut conduire certaines parturientes à développer un trouble de stress post traumatique en post partum {1} chose qui peut altérer la relation mère - enfant, le développement du bébé et la relation du couple {2,3}. Mais il reste malheureusement moins étudié par rapport aux autres troubles, tels que DPN, TA, baby blues ... Pourtant, selon Maggioni et al. {4} et d'autres auteurs {5}, il y' a une corrélation entre la dépression pré natale, dépression dans le post partum et TSPT PP. Ainsi, de nombreuses études soulignent l'association entre les troubles anxieux (anxiété état) et le TSPT dans le post partum. {6}

*D'*après les études menées au fil de ces 2 dernières décennies, le développement du TSPT est lié à plusieurs facteurs gynéco obstétricales, environnementales et psychiatriques. {7-11}

*La* prévalence de TSPT selon les dernières études, varie de 0.8 à 5.6% post accouchement puis diminuent de manière significative avec une prévalence moyenne de 1.5% à 6 mois du post partum {9,10,12-17}. En outre, il y'a des études qui confirme cette prévalence mais à neuf mois et demi post partum {18} ce pourcentage dépend également des facteurs de risque.

*N*otre étude est la première, au Maroc, à évaluer la prévalence de TSPT en post partum.

*T*out cela montre la nécessité de mener cette étude, à propos de la prévalence de TSPT en post partum, qui ne manque pas d'importance par rapport aux autres troubles psychiques en post partum et même à la mortalité maternelle, car il peut conditionner la qualité de vie de la mère.

L'étude des caractéristiques de ces troubles, nous permettra d'agir sur les facteurs qui sont associés à une prévalence élevée de TSPT PP dans le but d'améliorer l'état psychique des femmes en post partum.

Objectifs de l'étude :

- Objectif principal : déterminer la prévalence de TSPT en PP.
- Objectifs secondaires : étudier le rapport entre le TSPT en PP et le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.



# *Patients et Méthodes*



## **I. Patients :**

### **1. Type de l'étude :**

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin de déterminer la prévalence des troubles de stress post traumatique en post partum chez les femmes de la ville de Safi.

### **2. L'échantillonnage :**

Notre enquête a intéressé un échantillon de 302 femmes en post partum dans la ville de Safi.

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence selon la littérature du TSPT en post partum (3%) {1} et de la précision souhaitée (5%).

La taille est obtenue par la formule suivante :  $N = P (1 - P) (Zx / D)^2$

N : taille de l'échantillon

P : Prévalence du TSPT PP selon la littérature

Zx : Degré de confiance

D : écart d'imprécision

#### **2.1 Critères d'inclusion :**

- Des femmes informées et volontaires
- Les femmes de 1 à 6 mois post partum.

#### **2.2 Critères d'exclusion :**

- L'absence de consentement.
- Les femmes ne respectant pas le délai post partum posé par l'étude.

### 3. Le questionnaire : (voir annexes)

Le questionnaire est subdivisé en trois parties :

La 1ere partie comprend :

- Les caractéristiques sociodémographiques des parturientes.
- La consommation de toxique.
- Les ATCDS personnels obstétricaux et néonataux de la grossesse actuelle et les grossesses précédentes.
- Les ATCDS personnels et familiaux psychiatriques. (Selon DSM-5)

La 2eme partie vise l'évaluation de la douleur lors de l'accouchement selon l'échelle visuelle analogique : EVA

La 3eme partie concerne le TSPT PP actuel selon « **Perinatal Post-Traumatic StressDisorder Questionnaire (PPQ)** » à l'aide d'un questionnaire qui comporte 14 items, Les 14 items sont notés sur une échelle de 5 points allant de 1 : "Non du tout" à 5 : "très souvent, plus d'un mois " (PPQ & PTSD Checklist for DSM-5. PCL-5). {18}

0 : non du tout

1 : une fois ou deux

2 : parfois

3 : souvent, mais moins d'un mois

4 : souvent mais plus d'un mois

Dans notre étude nous avons considéré qu'une parturiente à un TSPT Post partum quand le score est supérieur ou égal à 19. {18}

#### **4. Le déroulement de l'enquête et consentement éthique :**

L'enquête a débuté en janvier 2019 et s'est étalé sur une période d'une année.

La prise de contact avec les femmes se faisait dans 7centres de santé à Safi.

Après leur avoir expliquer tous les points du questionnaire et obtenir leur consentement éclairé, un entretien a été réalisé avec chacune, et les réponses ont étaient recueillis sur place, ce qui nous a évité d'emblée les non réponses.

Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

## **II. Méthode statistique :**

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

Une analyse descriptive à deux variables : qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes.

Une analyse bi variée : la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment :

- Le test de student pour comparer deux moyennes.
- Le test khi-deux pour la comparaison de pourcentages.
- Lorsque les conditions des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est SPSS 22. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



# *Résultats*



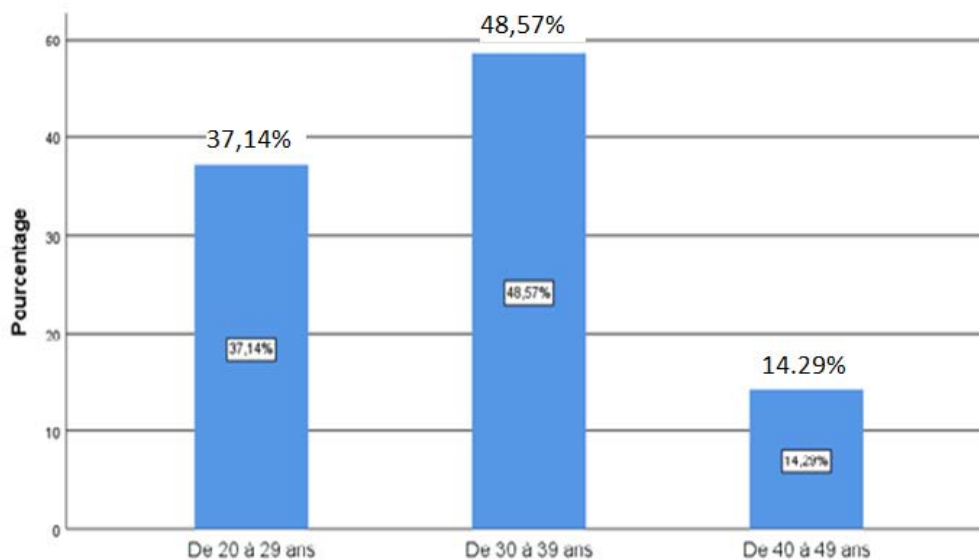
## I. L'Analyse descriptive :

### 1. Données Socio démographiques :

#### 1.1. Age :

La moyenne d'âge était de 31 ans +/- 2,5 ans.

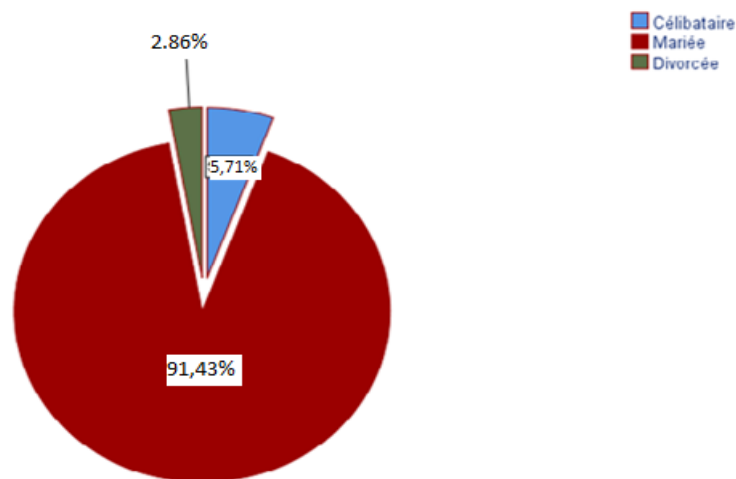
La tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentative dans notre échantillon soit **48.57%**, alors que **14.29%** des parturientes avaient entre 40 et 49 ans et **37.14%** avaient un âge entre 20 et 29 ans. (Figure n° 1)



**Figure n° 1 : Répartition des parturientes selon l'âge**

#### 1.2. Situation maritale :

La majorité des parturientes étaient mariées **91.43%**. (Figure n° 2).



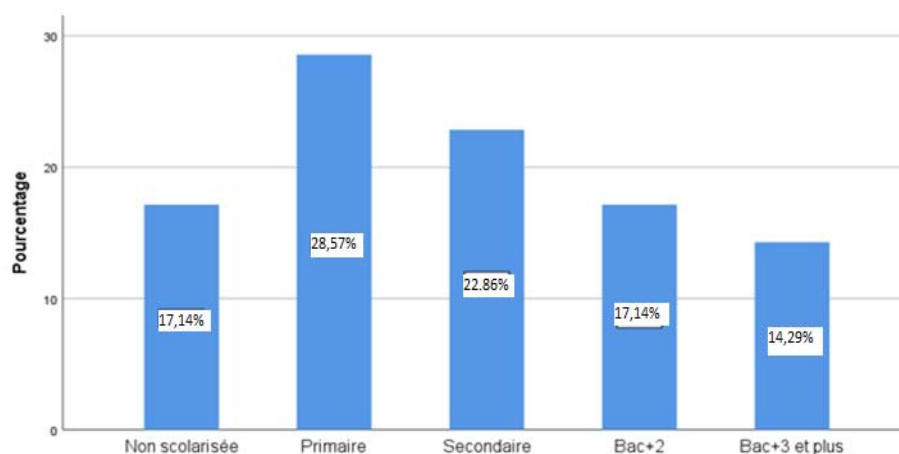
**Figure n° 2 : Répartition des parturientes selon la situation maritale**

**1.3. Parité :**

Plus que le 2 tiers des parturientes dans notre échantillon étaient des multipares (68,57%).

**1.2 Niveau d'étude :**

Les parturientes ayant un niveau d'étude un baccalauréat + 2 et plus, représentaient la majorité de notre échantillon 31.43%. (Figure n° 3).



**Figure n° 3 : Répartition des parturientes selon le niveau d'étude**

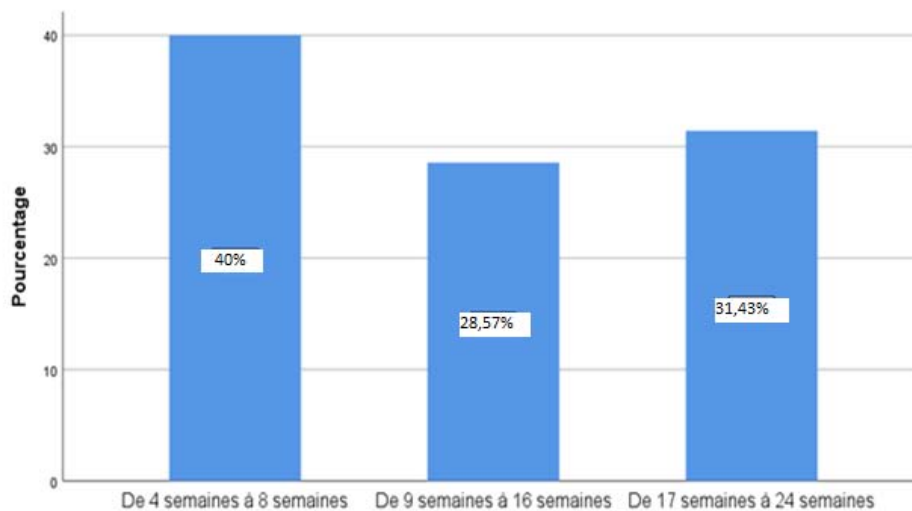
## 2. Antécédents toxiques :

Aucune parturiente dans notre échantillon n'a déclaré avoir des antécédents de prise de toxique.

## 3. Antécédents Obstétricaux au cours de la grossesse actuelle :

### 3.1. Nombre de semaines après l'accouchement :

Durant notre étude menée, la majorité des parturientes avaient entre un et deux mois post partum (40%), alors que les femmes qui avaient entre trois et quatre mois représentaient un peu plus que 28%, et enfin 31,43% des participantes avaient entre 17 et 24 semaines de post partum.

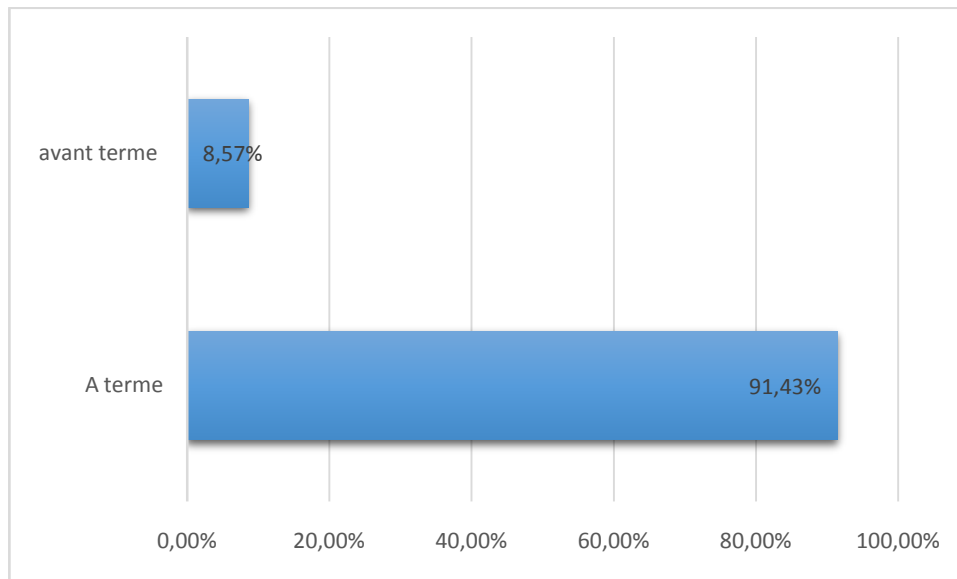


**Figure n° 4 : Répartition des parturientes selon le nombre de semaines après l'accouchement**

### 3.2. Terme de grossesse :

La majorité des parturientes (91.43%) dans notre échantillon étaient à terme.

(Figure n° 5).



**Figure n° 5 : Répartition des parturientes selon le terme de grossesse**

**3.3. Type de grossesse :**

Presque la moitié de notre échantillon (**48.57%**) avait planifié leur grossesse, cependant **20%** des femmes avaient réclamé une grossesse non planifiée et non désirée, et **31,43%** des parturientes n'avaient pas planifié cette grossesse mais comme même elle était désirée.

**3.4. Les interventions obstétricales et mode d'accouchement :**

Dans notre échantillon, les parturientes qui avaient accouché par **voie basse** représentaient **71.43%**.(Figure n° 6).

Alors que **60%** des femmes qui avaient donné naissance par voie basse, avaient accouché à l'aide d'une **épisiotomie**. (Figure n° 7).

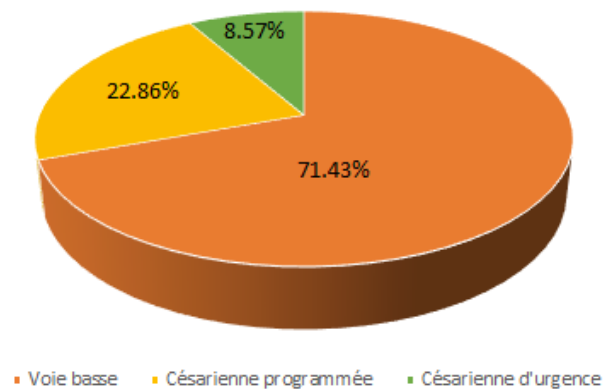
Cependant, les femmes qui avaient subi **un accouchement instrumental** à l'aide du forceps ou ventouse représentaient **12%** de toutes les accouchées par voie basse.

(Figure n° 7).

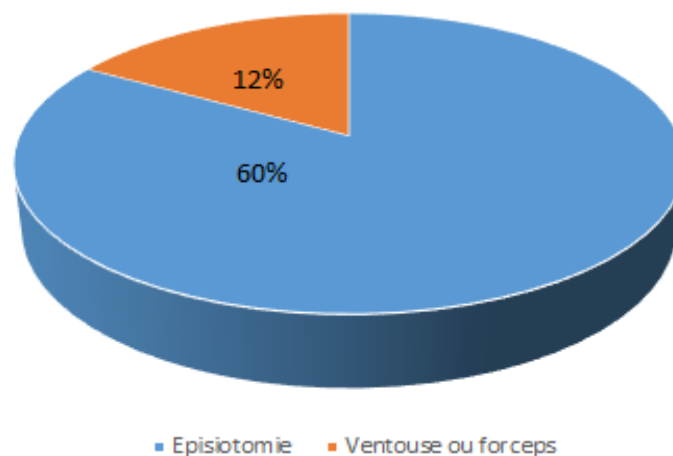
Par ailleurs, les césariennes programmées représentaient **22.86%**, alors que plus que **8%** avaient subi une **césarienne d'urgence** pour différentes causes (Oligoamnios, placenta prævia, hématome rétro placentaire ...). (Figure n° 6).

En revanche, toutes les femmes qui avaient accouché par voie basse n'avaient pas bénéficié d'une **péridurale**. (**25.71%**).

Or, il faut mentionner le cas d'une parturiente qui avait donné naissance à des jumeaux prématurés, J1 mort-né par voie basse, et J2 a pu bénéficier en urgence d'une césarienne (sauvetage foetal).



**Figure n° 6 : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement**

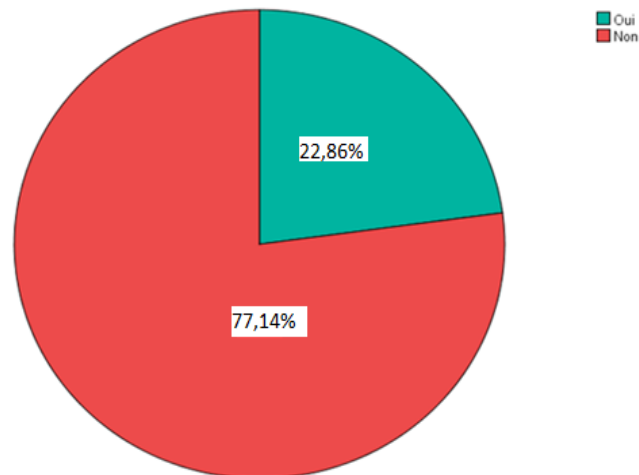


**Figure n° 7 : Répartition des parturientes selon les interventions obstétricales**

**3.5. Durée de travail avant l'accouchement :**

Moins du quart des femmes avait estimé une longue durée de travail (22.9%).

(Figure n° 8)



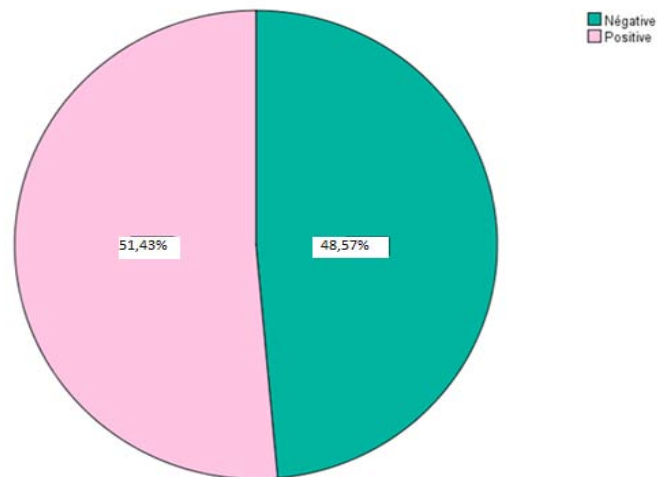
**Figure n° 8: Répartition des parturientes selon leur estimation de la longueur de la durée de travail avant l'accouchement**

**3.6. Administration d'ocytocine intra veineux pendant le travail :**

Plus que le tiers des parturientes (37.14%) avaient reçu, probablement, l'ocytocine en IV pendant le travail.

**3.7. Attitude du personnel hospitalier :**

L'attitude du personnel hospitalier a été perçue négative pour un peu près la moitié (48.6%) des parturientes participantes dans notre échantillon. (Figure n° 9)

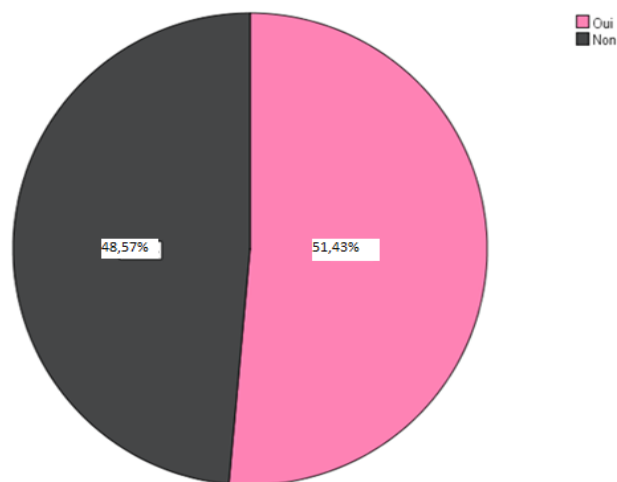


**Figure n° 9 : Répartition des parturientes selon leur perception de l'attitude du personnel hospitalier**

**3.8. Satisfaction de l'accouchement :**

Plus que la moitié (51.4%) des parturientes étaient satisfaites de leur accouchement.

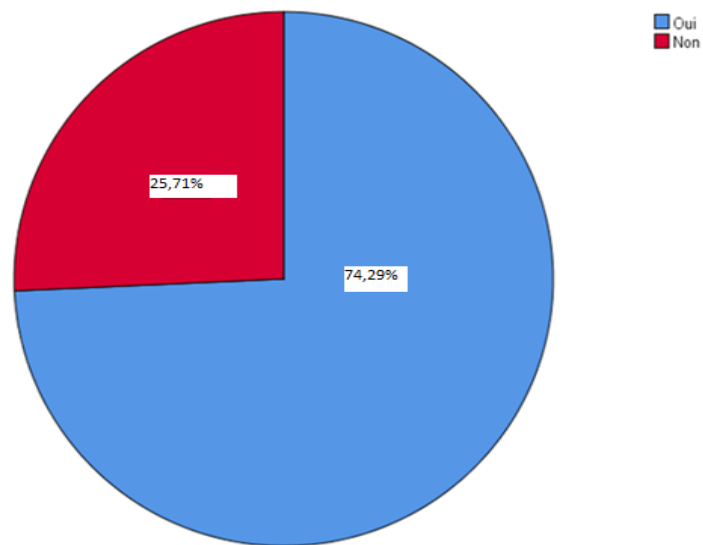
(Figure n° 10)



**Figure n° 10 : Répartition des parturientes selon leur satisfaction de l'accouchement**

**3.9. Sentiment de perte de contrôle et /ou d'impuissance pendant l'accouchement :**

A peu près les trois quarts des parturientes (74.29%) avaient ressenti une perte de contrôle et/ ou d'impuissance pendant leur accouchement. (Figure n° 11)



**Figure n° 11 : Répartition des parturientes selon le ressenti de la perte de contrôle et /ou d'impuissance pendant l'accouchement**

#### **4. Antécédents Néonataux durant les grossesses précédentes :**

Dans notre échantillon 5.71% des parturientes avaient un ATCD d'infertilité, alors que plus du quart des femmes (25.71%) avaient vécu un ATCD de fausse couche ou mort-né.

Cependant, l'ATCD de décès précoce d'un nouveau-né représentait 8.57% .

A noter qu'aucune femme n'avait interrompu volontairement une grossesse précédente. Néanmoins, l'ITG présentait 5.71%.

#### **5. Antécédents Néonataux pendant la grossesse actuelle :**

8.76% des nouveaux nés dans notre échantillon avaient une souffrance fœtale ou néonatale. Alors que les accouchements prématurés représentaient 8.57%

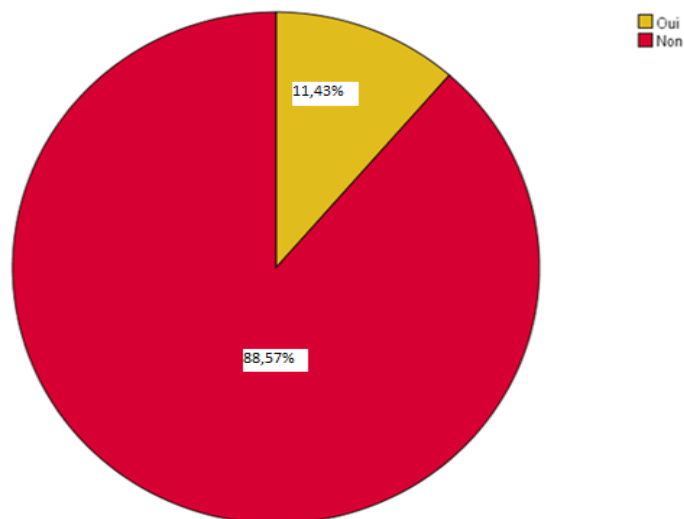
Cependant, pendant notre étude, on était face à un seul cas de grossesse gémellaire avec premier jumeau mort-né et deuxième jumeau prématuré (0.33%)

## 6. Antécédents psychiatriques personnels :

### 6.1. Pathologie psychiatrique connue :

Dans notre échantillon, plus que 10% des parturientes (**11.43%**) (Figure n° 12) avaient déclaré avoir des antécédents de pathologies psychiatriques, (les troubles anxieux représentaient **5.71%** et la dépression **8.57%**, mais aucune des parturientes n'avaient des antécédents de trouble bipolaire ou schizophrénie).

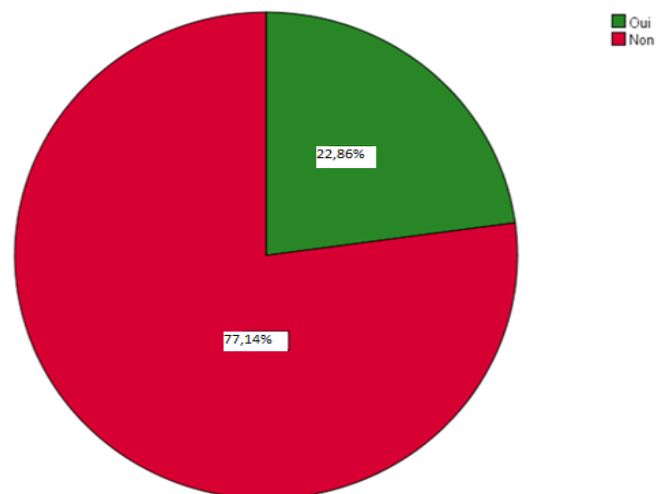
Cependant, **5.79%** des femmes avec ces antécédents prenaient un traitement psychiatrique.



**Figure n° 12 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'antécédents de pathologies psychiatriques**

### 6.2. Dépression pré natale :

A peu près le quart des parturientes (**22.86%**) se plaignaient de dépression pré natale, sachant que **60%** de ces femmes étaient des primipares. (Figure n° 13)



**Figure n° 13 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de dépression pré natale**

**6.3. Peur antérieure de l'accouchement :**

L'accouchement faisait peur à **80%** de nos parturientes.

A noter que toutes les primipares avaient une peur antérieure de l'accouchement.

**6.4. Évènement traumatique antérieur dans les 24 mois précédant l'accouchement :**

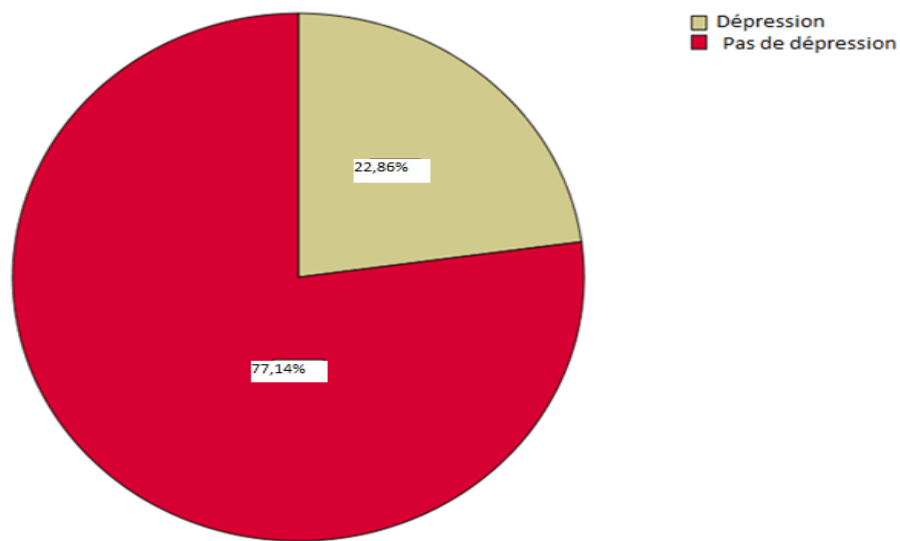
Moins du quart des parturientes (**22.9%**) avaient vécu un évènement traumatisant dans les deux années précédant l'accouchement.

**6.5. Dépression au cours de la grossesse :**

Plus que le tiers des femmes de notre échantillon (**34.3%**) affirmaient ressentir des symptômes de dépression au cours de la grossesse actuelle.

**6.6. Dépression en post partum :**

D'après notre étude **22.86%** présentaient des signes d'une dépression en post partum. (Figure n° 14).



**Figure n° 14 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de dépression en post partum**

**6.7. Baby blues :**

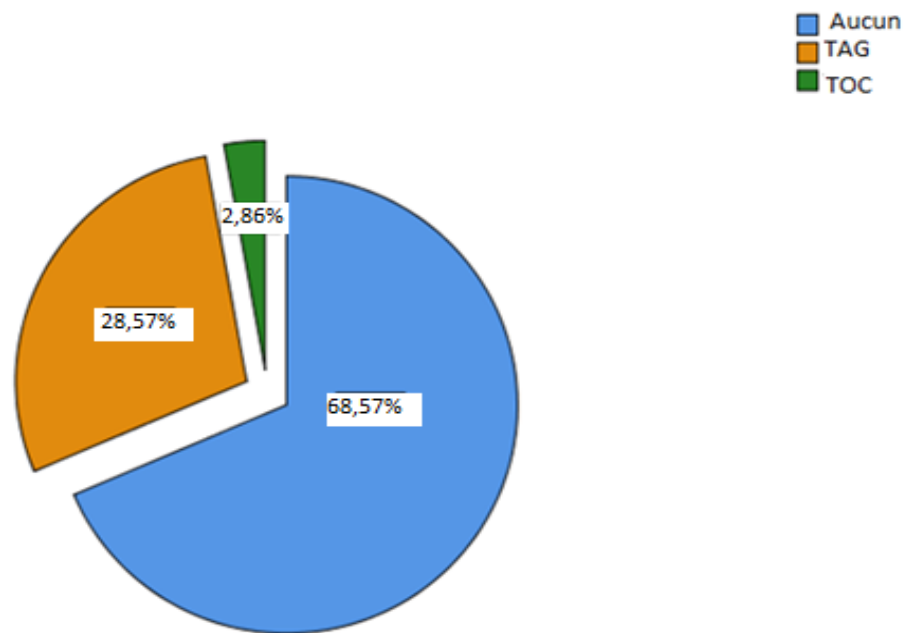
Dans notre échantillon, à peu près la moitié des femmes (42.86%) se disaient avoir eu un baby blues.

**6.8. Troubles anxieux au cours de la grossesse :**

D'après nos parturientes 28% d'entre elles, se plaignaient de troubles anxieux au cours de la grossesse actuelle.

**6.9. Trouble anxieux en post partum :**

Selon notre étude, plus que les deux tiers (68.57%) des parturientes ne présentaient aucun trouble anxieux en post partum, or, plus que le quart des femmes de notre échantillon (28.57% ) présentaient un trouble d'anxiété généralisé, tandis que les femmes restantes se plaignaient de troubles obsessionnels compulsifs (Figure n° 15).



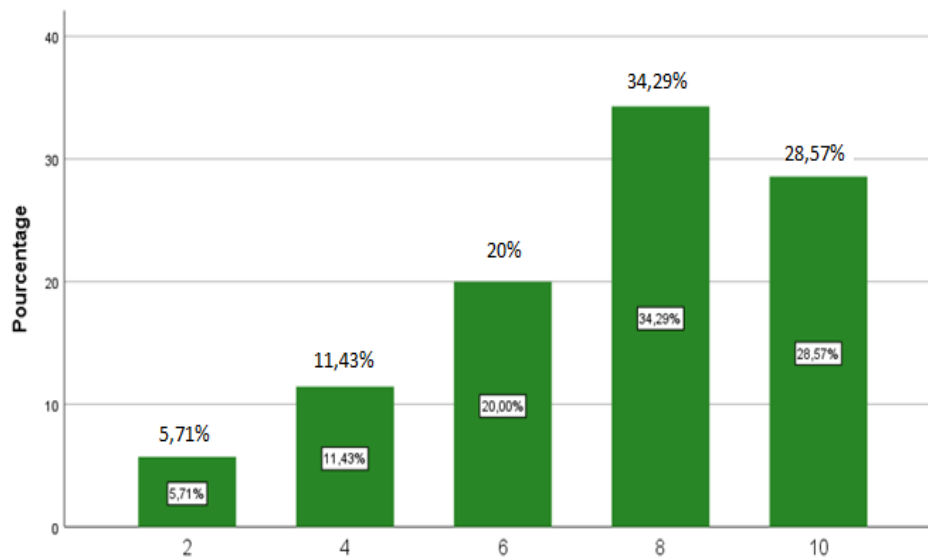
**Figure n° 15 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de troubles anxieux en post partum**

**7. Antécédents psychiatriques familiaux :**

A peu près le quart des parturientes de notre échantillon (20,81%) avaient déclaré avoir une personne ou plus de la famille qui souffraient de pathologies psychiatrique (Dépression, Schizophrénie).

**8. Evaluation de la douleur lors de l'accouchement selon l'échelle : EVA :**

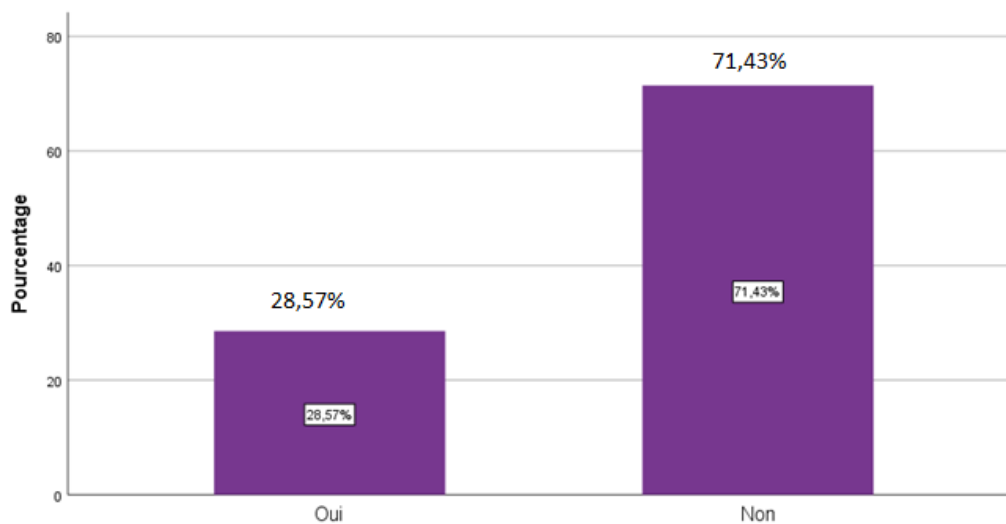
La majorité des parturientes (62.86%) avaient un score de douleur élevé, entre 8/10 et 10/10 selon EVA. (Figure n° 16).



**Figure n° 16 : Répartition des parturientes selon leur estimation de la douleur pendant l'accouchement selon EVA**

### 9. Prévalence du TSPT actuel :

Selon notre questionnaire de TSPT, la prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum dans notre étude était de **28.57%** (Figure n° 17).



**Figure n° 17: Répartition des parturientes selon la prévalence de TSPT**

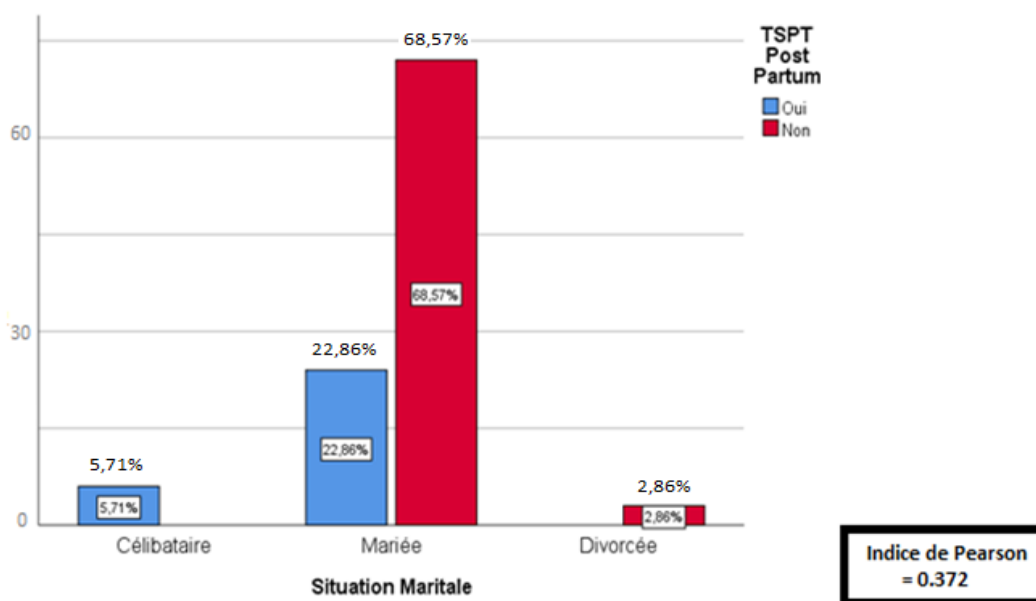
## II. L'Analyse bi variées :

### 1. L'étude de TSPT PP :

#### 1.1. Corrélation entre la situation maritale et le TSPT PP :

Toutes les femmes célibataires dans notre échantillon (5.71%) présentaient un TSPT en PP, alors que plus de 22% des femmes mariées avaient un TSPT. (Figure n°18).

La corrélation est significative : 0.028 (bilatéral).



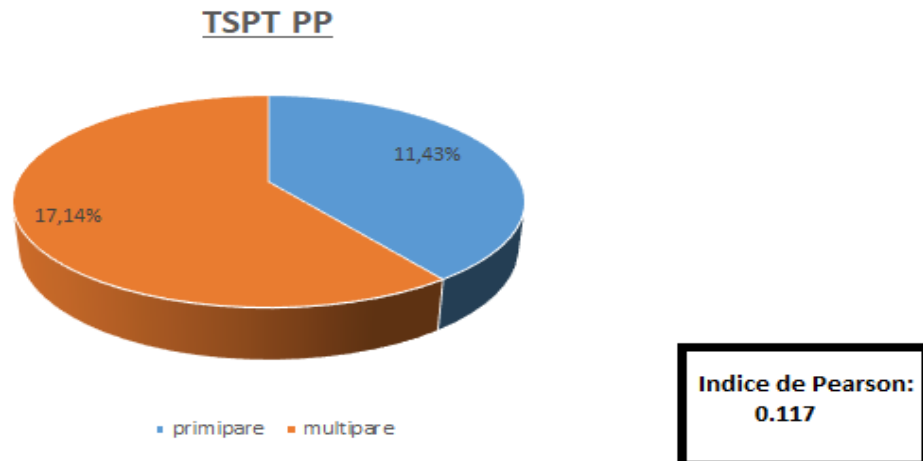
**Figure n° 18 : La répartition des parturientes en fonction de leur situation maritale et la présence ou non de TSPT**

#### 1.2. Corrélation entre la parité et TSPT :

Plus que le tiers des primipares avaient un TSPT en PP.

En revanche, le quart des multipares présentaient des signes de TSPT en PP. (Figure n° 19).

La corrélation n'est pas significative : 0.504 (bilatéral).

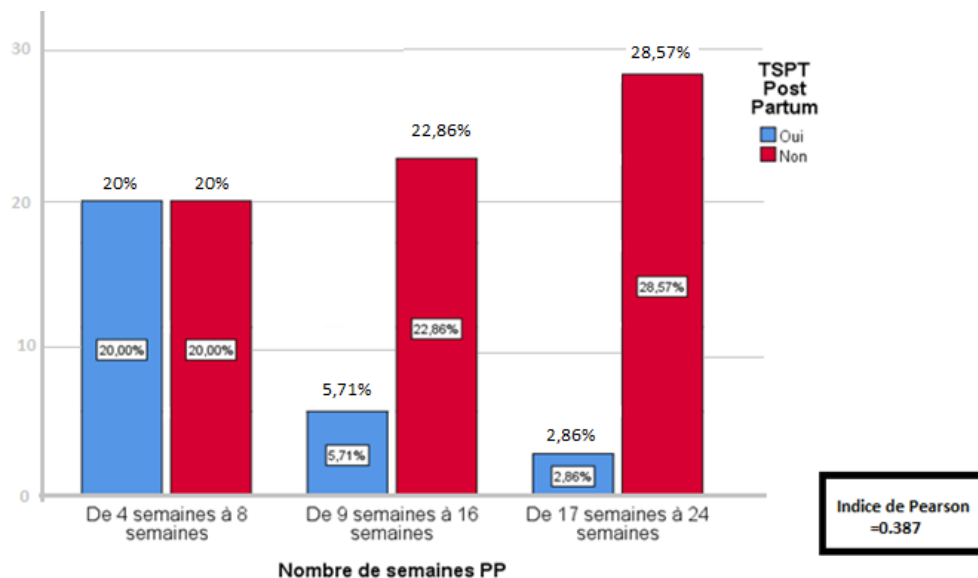


**Figure n° 19 : La répartition des parturientes en fonction de la parité et la présence ou non de TSPT**

**1.3. Corrélation entre le nombre de semaines post partum et TSPT :**

Un lien a été trouvé entre le nombre de semaines après l'accouchement et la prévalence de TSPT : Plus le nombre de semaines est diminué, plus la prévalence de TSPT est élevée. (Figure n° 20).

La corrélation est significative 0.022 (bilatéral).

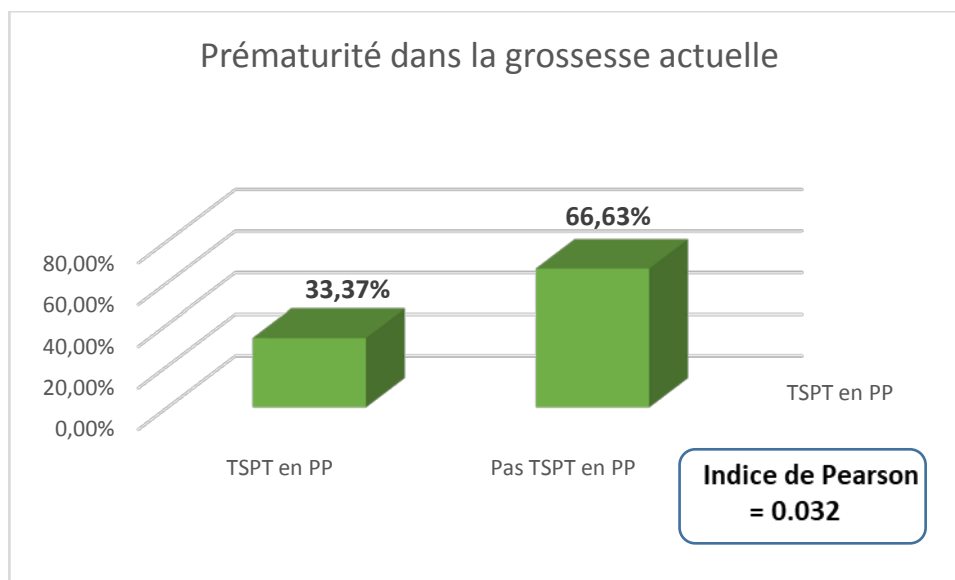


**Figure n° 20 : la répartition des parturientes en fonction de nombre de semaine en PP et la présence ou non de TSPT**

**1.4. Corrélation entre un accouchement avant terme et TSPT :**

Dans notre échantillon, le tiers des femmes qui avaient subi un accouchement prématuré présentaient un TSPT en PP. (Figure n°21).

La corrélation n'est pas significative : 0.854 (bilatéral).



**Figure n° 21 : La répartition des parturientes en fonction de la prématurité dans la grossesse actuelle et la présence ou non de TSPT**

**1.5. Corrélation entre le type de grossesse et TSPT :**

A peu près le quart (37.14%) des parturientes qui avaient planifié leur grossesse, présentaient des symptômes de TSPT en PP. (Figure n° 22).

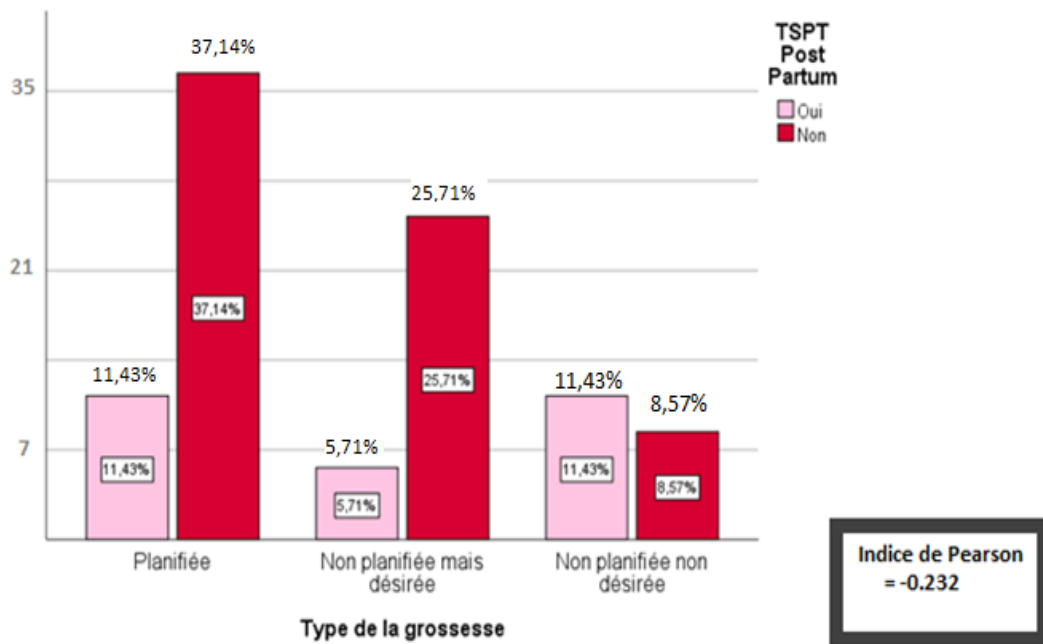
Presque un cinquième (5.71%) des femmes qui n'avaient pas planifié leur grossesse mais pour qui elle était quand même désirée, présentaient un TSPT en PP. (Figure n° 22).

La corrélation n'est pas significative : 0.179 (bilatéral).

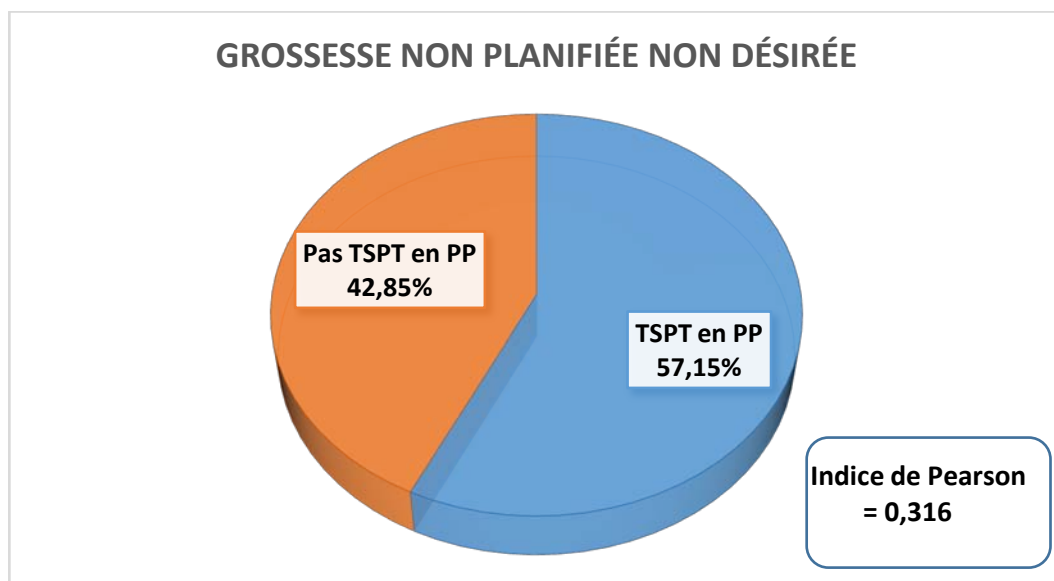
Néanmoins, Plus que la moitié des parturientes pour qui la grossesse n'était ni planifiée ni désirée avaient un TSPT (Figure n° 22 et 23).

La corrélation est peu significative : 0.064 (bilatéral).

**La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum**



**Figure n° 22 : La répartition des parturientes en fonction de type de grossesse et la présence ou non de TSPT**

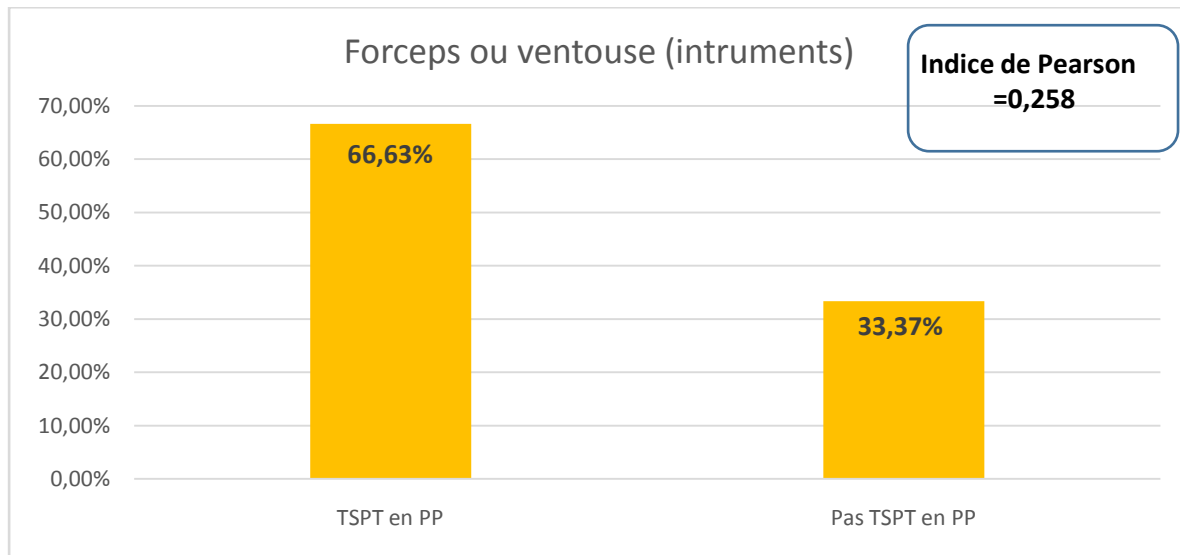


**Figure n° 23 : La répartition des parturientes en fonction de type de grossesse (planifiée et non désirée) et la présence ou non de TSPT**

**1.6. Corrélation entre accouchement instrumentale et TSPT :**

Plus que la moitié des parturientes qui avaient accouché à l'aide d'un instrument, présentaient des symptômes de TSPT. (Figure n° 24).

La corrélation n'est pas significative : 0.134 (bilatéral).



**Figure n° 24 : La répartition des parturientes en fonction de type de l'utilisation d'instrument et la présence ou non de TSPT**

**1.7. Corrélation entre mode d'accouchement et TSPT :**

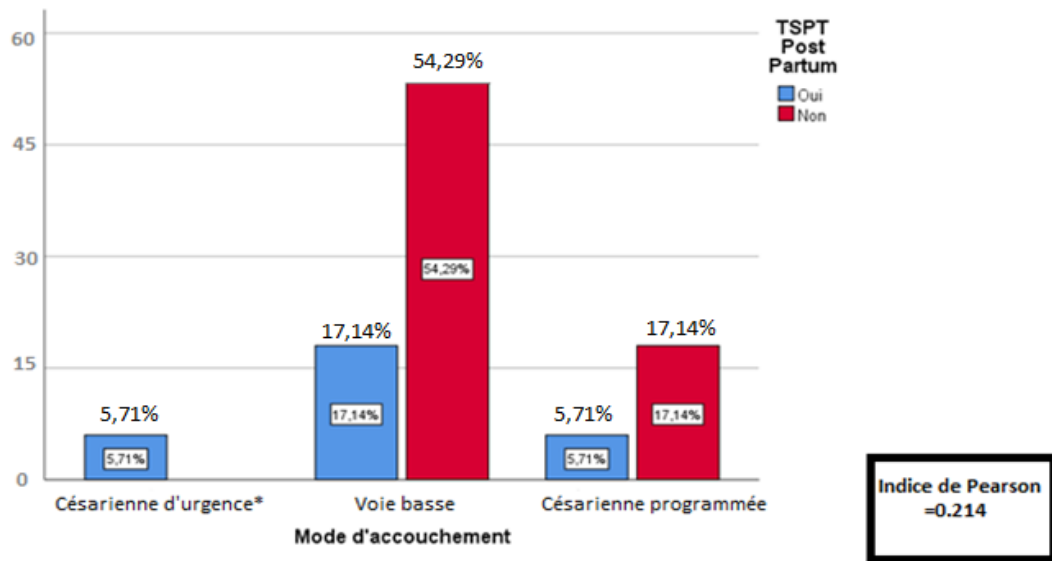
Moins que le quart (17.14%) des parturientes qui avaient accouché par voie basse, présentaient un TSPT. (Figure n°25).

En outre, le quart (5.71%) des parturientes avaient accouché par césarienne programmée, présentaient un TSPT. (Figure n°25).

La corrélation n'est pas significative : 0.217 (bilatéral).

Toutes les femmes qui avaient accouché par césarienne d'urgence, à l'exception de la grossesse gémellaire (J1 voie basse mort-né et J2 césarienne d'urgence), présentaient un TSPT PP. (Figure n°25 et 26).

La corrélation n'est pas significative : 0.134 (bilatéral).



\*: Les césariennes d'urgence sauf le cas de la grossesse gémellaire (2.86%).

Figure n° 25 : La répartition des parturientes en fonction du mode d'accouchement et la présence ou non de TSPT

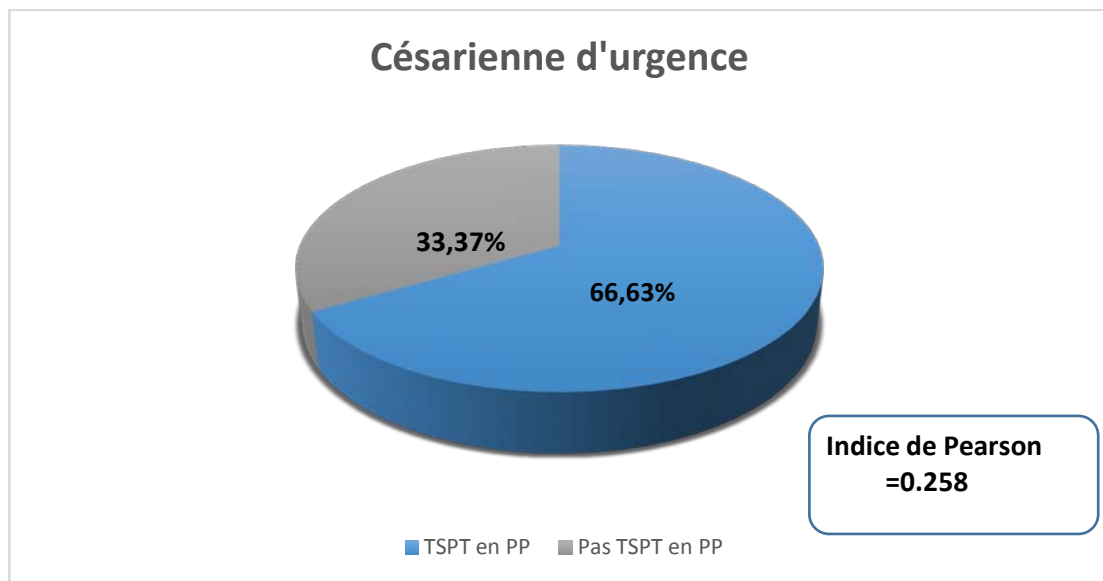
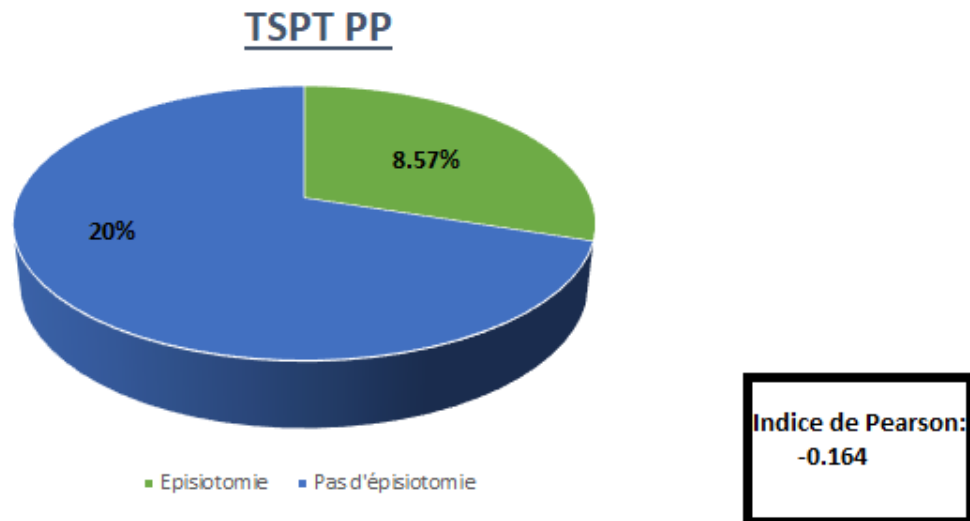


Figure n° 26 : La répartition des parturientes en fonction d'accouchement par césarienne d'urgence et la présence ou non de TSPT

**1.8. Corrélation entre l'épisiotomie et TSPT :**

Un cinquième des femmes qui avaient enduré une épisiotomie, présentaient un TSPT en PP. (Figure n°27).

La corrélation n'est pas significative : 0.346 (bilatéral).

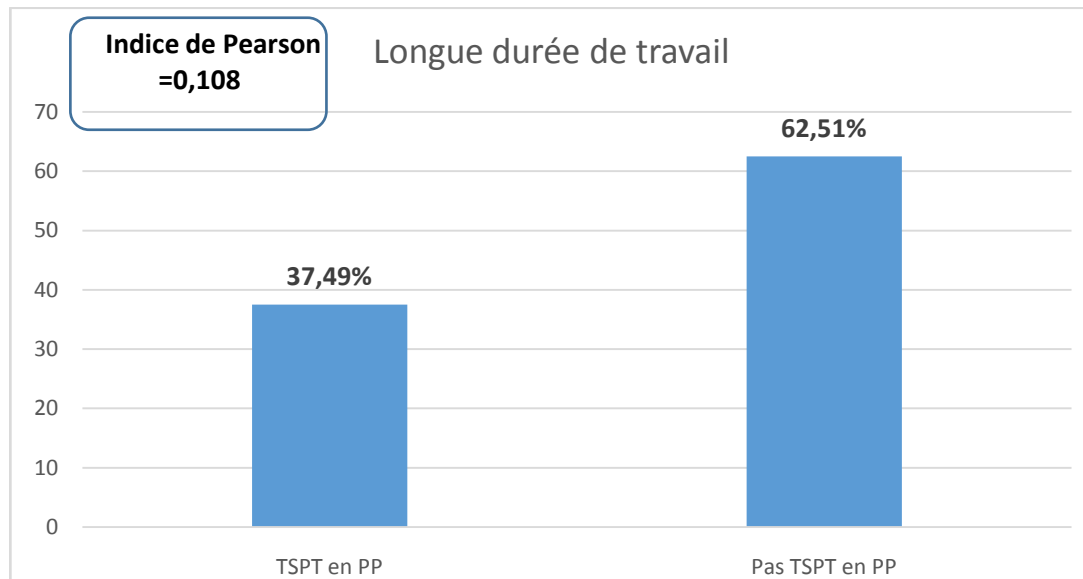


**Figure n° 27 : La répartition des parturientes en fonction d'accouchement à l'aide d'épisiotomie et la présence ou non de TSPT**

**1.9. Corrélation entre la durée de travail pendant l'accouchement et TSPT :**

Plus que le tiers des parturientes qui avaient estimé que la durée du travail pendant l'accouchement était longue, présentaient des signes de TSPT. (Figure n°28).

La corrélation n'est pas significative : 0.538 (bilatéral).

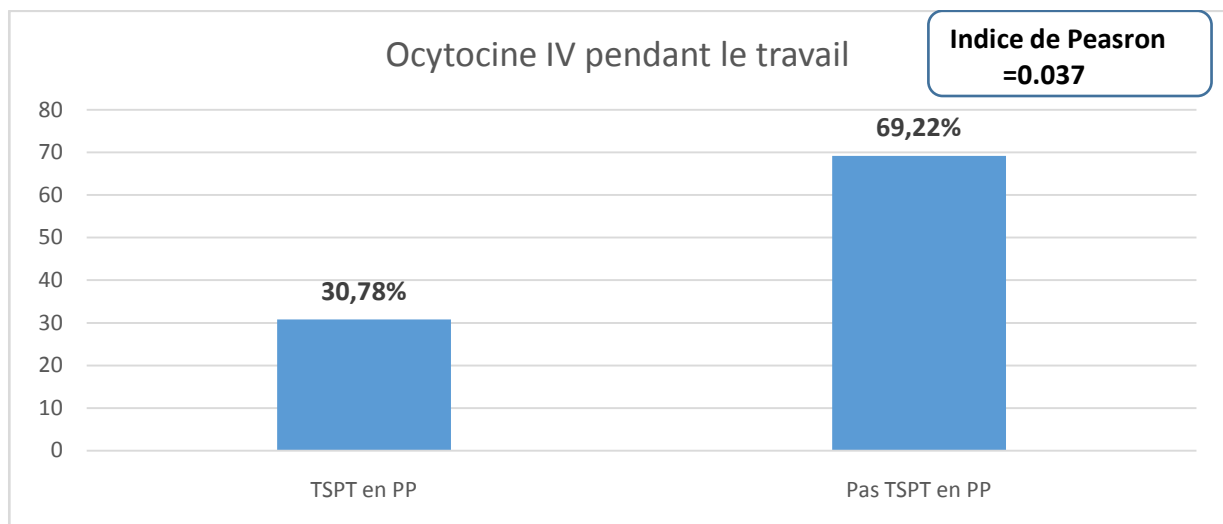


**Figure n° 28 : La répartition des parturientes en fonction de la durée de travail pendant l'accouchement et la présence ou non de TSPT**

**1.10. Corrélation entre l'administration de l'ocytocine et TSPT :**

Environ le tiers des femmes chez qui l'ocytocine intra veineux a été administré pendant le travail avaient développé un TSPT en PP. (Figure n°29).

La corrélation n'est pas significative : 0.831 (bilatéral).

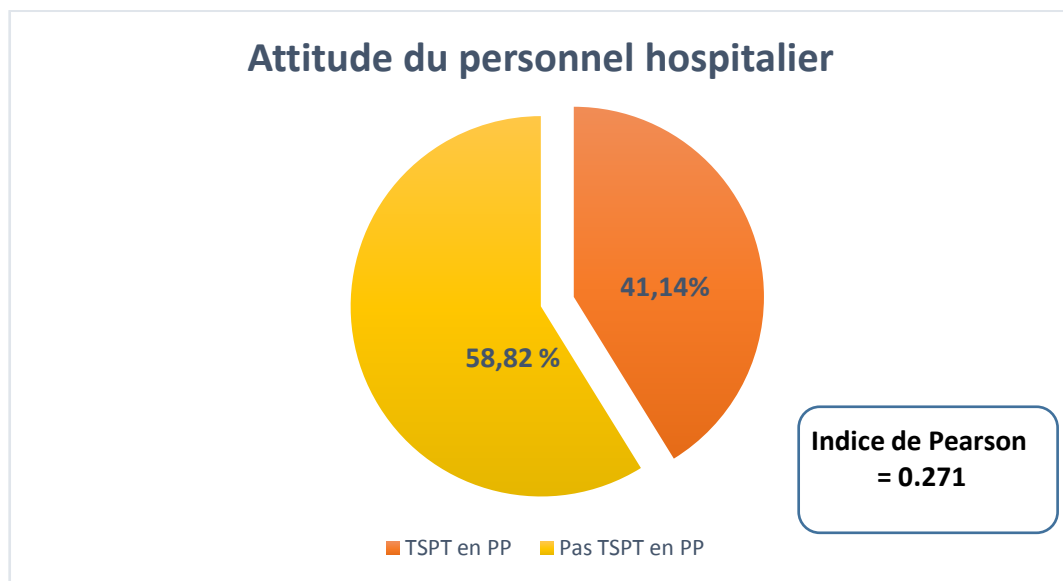


**Figure n° 29 : la répartition des parturientes en fonction de l'administration d'ocytocine en IV pendant le travail et la présence ou non de TSPT**

**1.11. Corrélation entre l'attitude du personnel hospitalier et TSPT :**

A peu près la moitié des parturientes qui avaient vécu négativement l'attitude du personnel hospitalier que ça soit en admission ou pendant leur séjour post accouchement, présentaient des signes de TSPT en PP.

La corrélation n'est pas significative : 0.115 (bilatéral).

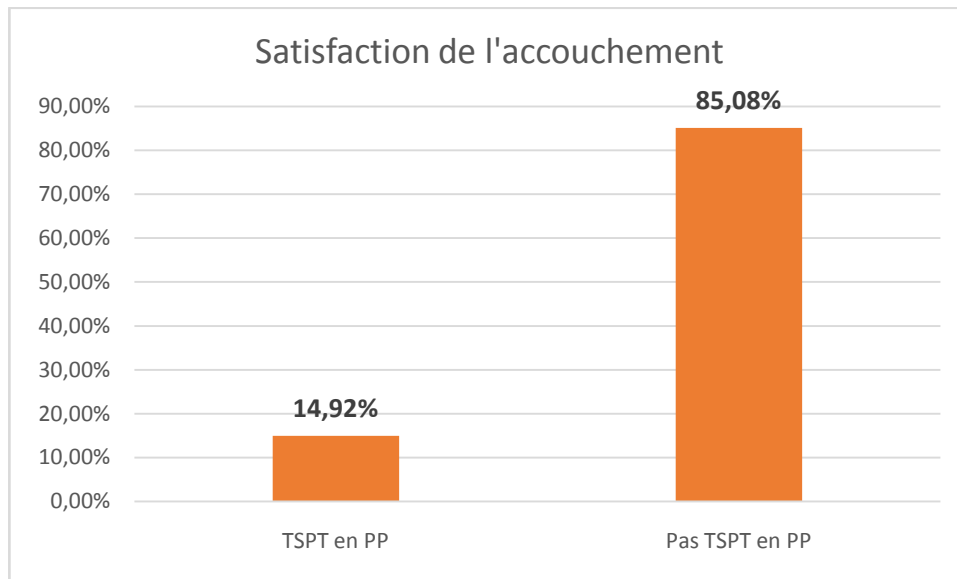


**Figure n° 30 : La répartition des parturientes en fonction de l'attitude du personnel hospitalier et la présence ou non de TSPT**

**1.12. Corrélation entre la satisfaction de l'accouchement et TSPT :**

Environs la moitié des femmes non satisfaites de leur accouchement présentaient un TSPT en PP. (Figure n°31).

La corrélation n'est pas significative : 0.115 (bilatéral).

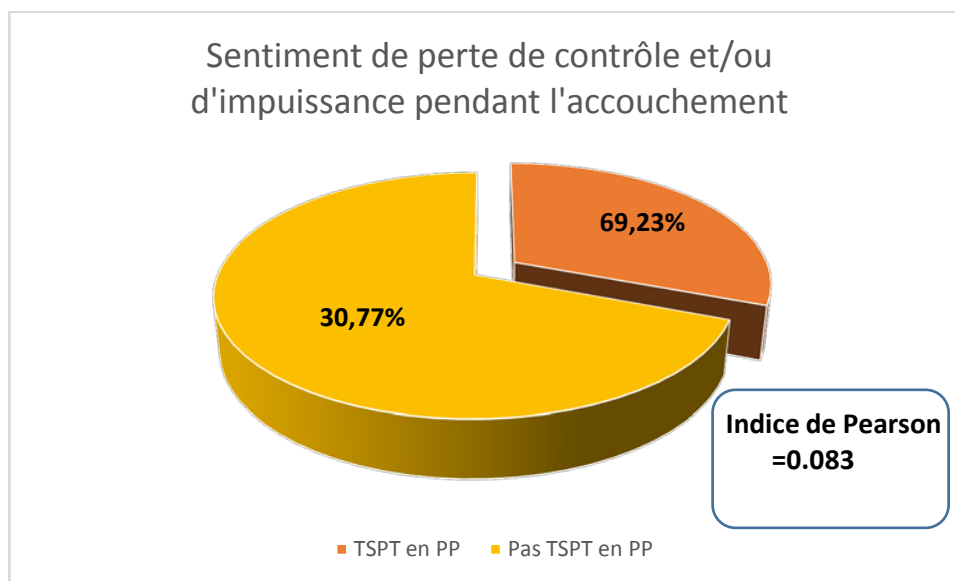


**Figure n° 31 :La répartition des parturientes en fonction de leur satisfaction de 'accouchement et la présence ou non de TSPT**

**1.13. Corrélation entre Sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance pendant l'accouchement et TSPT :**

Moins que la moitié des parturientes qui avaient un sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance avaient un TSPT en PP. (Figure n°32).

La corrélation n'est pas significative : 0.637 (bilatéral).

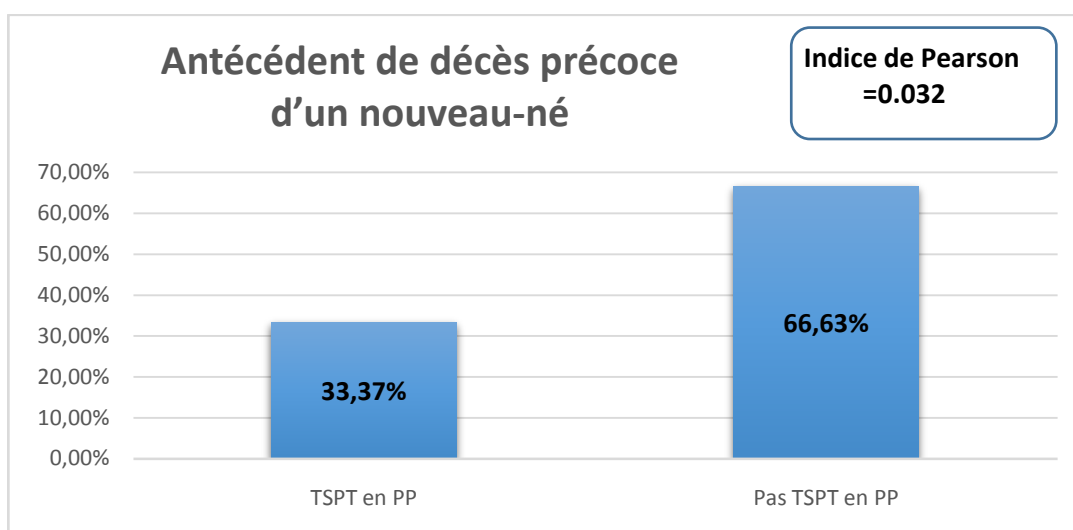


**Figure n° 32 : La répartition des parturientes en fonction de Sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance pendant l'accouchement et la présence ou non de TSPT**

**1.14. Corrélation entre antécédent de décès précoce d'un nouveau-né et TSPT :**

Plus que le tiers des parturientes de notre échantillon qui avaient un antécédent de décès précoce d'un nouveau-né, présentaient un TSPT en PP. (Figure n°33).

La corrélation n'est pas significative : 0.854 (bilatéral).

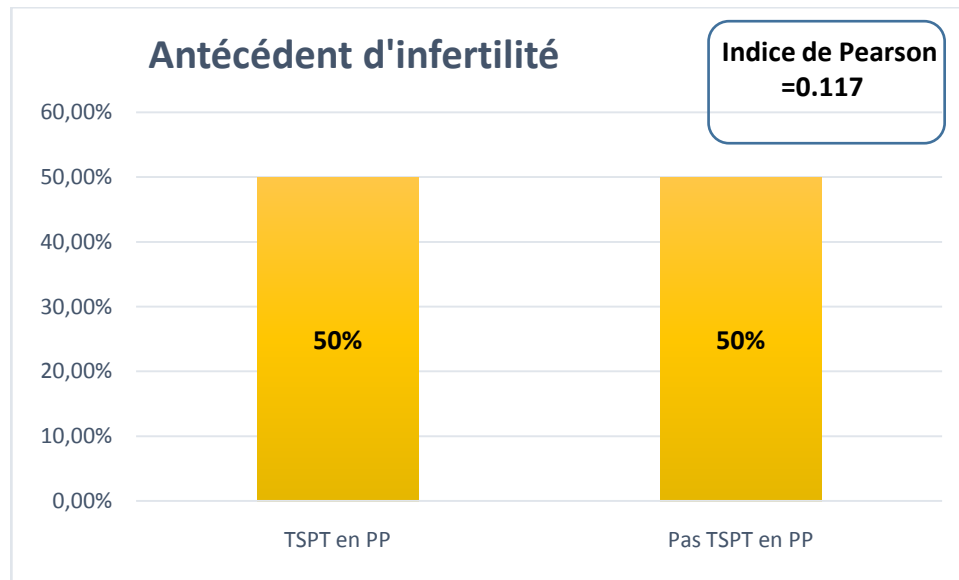


**Figure n° 33 : La répartition des parturientes en fonction d'ATCD de décès précoce d'un nouveau-né et la présence ou non de TSPT**

**1.15. Corrélation entre l'antécédent d'infertilité et TSPT :**

La moitié des parturientes qui avaient vécu un antécédent d'infertilité pour une cause ou pour une autre, présentaient des symptômes de TSPT. (Figure n°34).

La corrélation n'est pas significative : 0.117 (bilatéral).

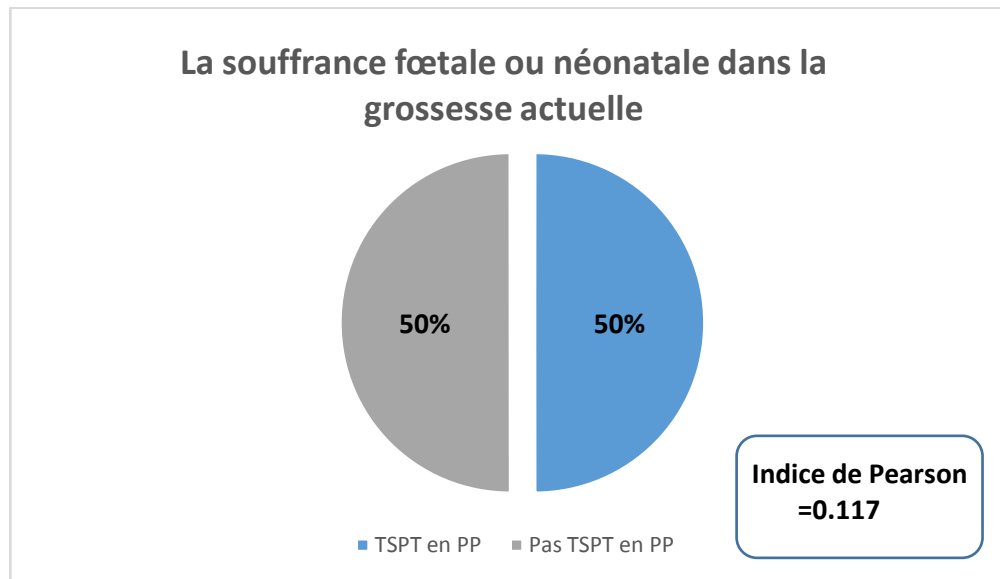


**Figure n° 34 : La répartition des parturientes en fonction d'ATCD d'infertilité et la présence ou non de TSPT**

**1.16. Corrélation entre la souffrance fœtale ou néonatale dans la grossesse actuelle et TSPT :**

La moitié des femmes qui avaient vécu une grossesse avec un fœtus souffrant ou une souffrance néonatale, avaient développé un TSPT en PP. (Figure n°35).

La corrélation n'est pas significative : 0.504 (bilatéral).



**Figure n° 35 : La répartition des parturientes en fonction de la souffrance fœtale ou néonatale pendant la grossesse actuelle et la présence ou non de TSPT**

**1.17. Corrélation entre l'antécédent d'interruption thérapeutique de grossesse et TSPT :**

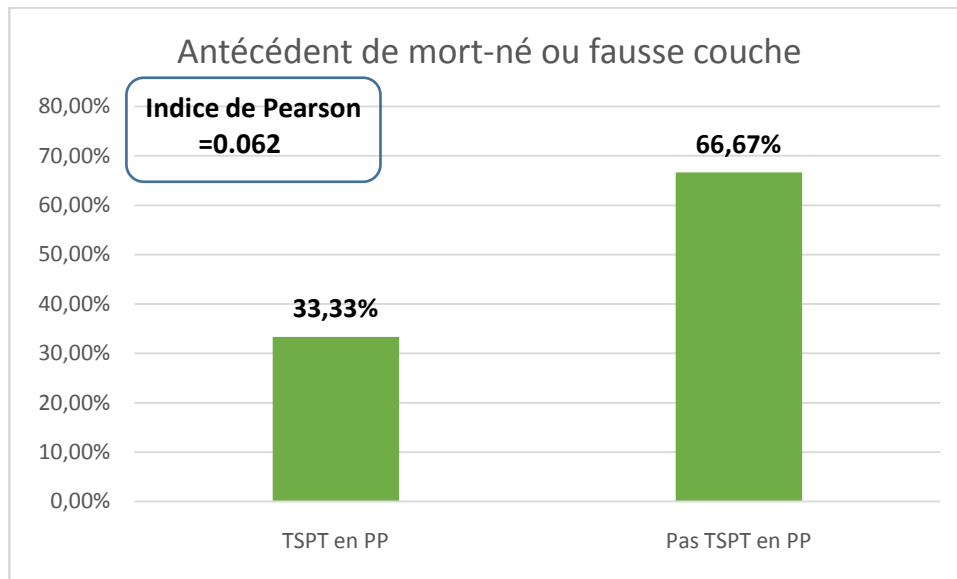
Les mêmes statistiques que l'antécédent d'infertilité et la souffrance fœtale ou néonatale pendant la grossesse actuelle, et leur corrélation entre la présence ou non de TSPT.

(Indice de Pearson = 0.117 ; La corrélation n'est pas significative : 0.504 (bilatéral)).

**1.18. Corrélation entre antécédent de mort-né et fausse couche et la présence ou non de TSPT :**

Le tiers des parturientes qui avaient vécu un antécédent de mort-né ou fausse couche, présentaient des symptômes de TSPT. (Figure n°36).

La corrélation n'est pas significative : 0.723 (bilatéral)



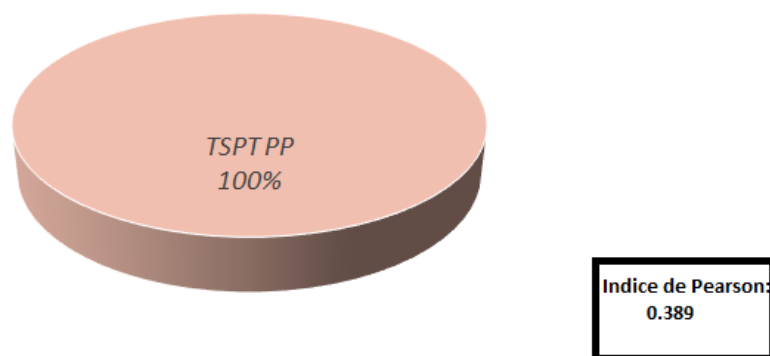
**Figure n° 36 : La répartition des parturientes en fonction de l'antécédent de mort-né ou fausse couche et la présence ou non de TSPT**

**1.19. Corrélation entre l'antécédent de prise de traitement psychiatrique et TSPT :**

Toutes les parturientes de notre échantillon qui avaient un antécédent de prise de traitement psychiatrique (5.71%) avaient des symptômes de TSPT (Figure n°37).

La corrélation est significative : 0.021 (bilatéral).

ATCD de Prise de traitement psychitrique

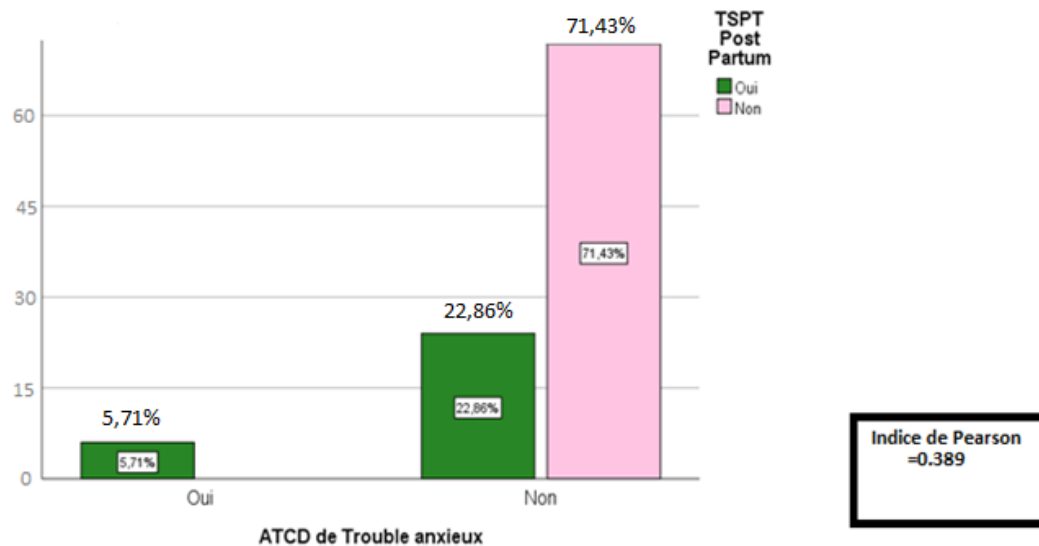


**Figure n° 37 : La répartition des parturientes en fonction de l'antécédent de prise de traitement psychiatrique et la présence ou non de TSPT**

**1.20. Corrélation entre l'antécédent de trouble anxieux et TSPT :**

Toutes les femmes qui avaient des troubles anxieux, que ça soit sous ou sans traitement, (5.71%), présentaient un TSPT. (Figure n°38).

La corrélation est significative 0.021 (bilatéral).

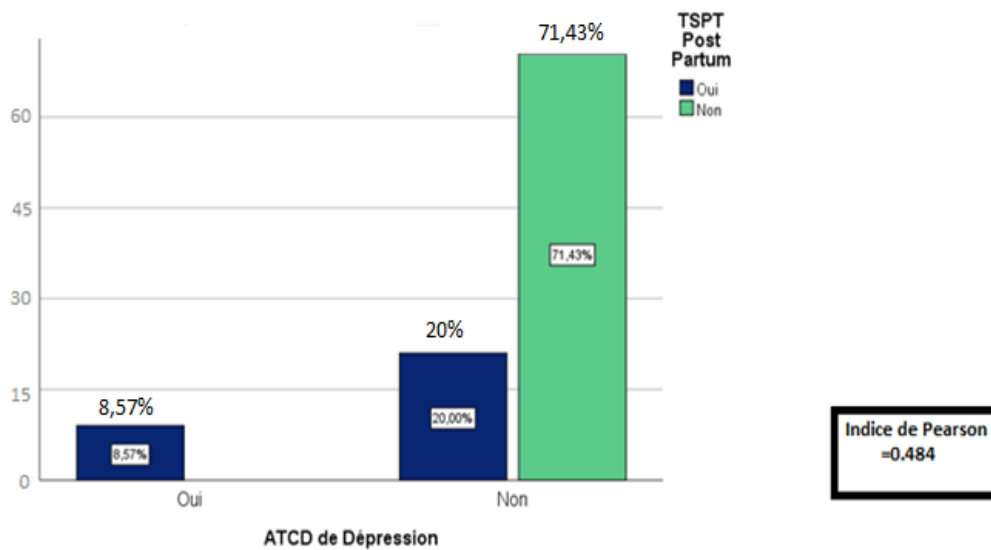


**Figure n° 38 : La répartition des parturientes en fonction de l'antécédent de trouble anxieux et la présence ou non de TSPT**

**1.21. Corrélation entre l'antécédent de dépression et TSPT :**

Toutes les parturientes de notre échantillon qui avaient une dépression, avec ou sans traitement, (8.57%), présentaient des symptômes de TSPT. (Figure n°39).

La corrélation est significative 0.003 (bilatéral).

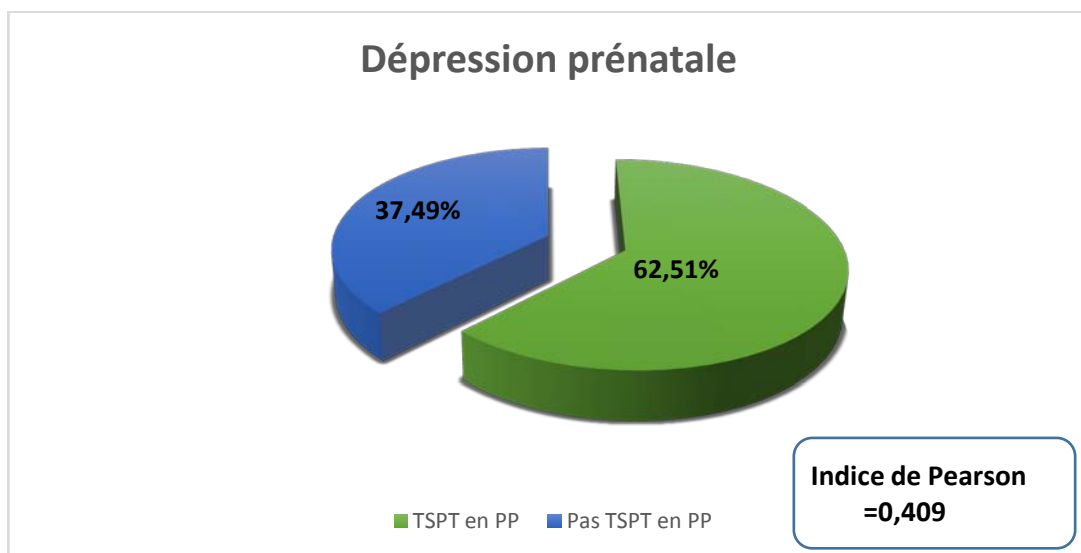


**Figure n° 39 : La répartition des parturientes en fonction de l'antécédent de dépression et la présence ou non de TSPT**

**1.22. Corrélation entre le dépression pré natale et TSPT :**

Presque les deux tiers des femmes qui présentaient une dépression pré natale au cours de la grossesse actuelle, présentaient un TSPT en PP. (Figure n°40).

La corrélation est significative 0.015 (bilatéral).

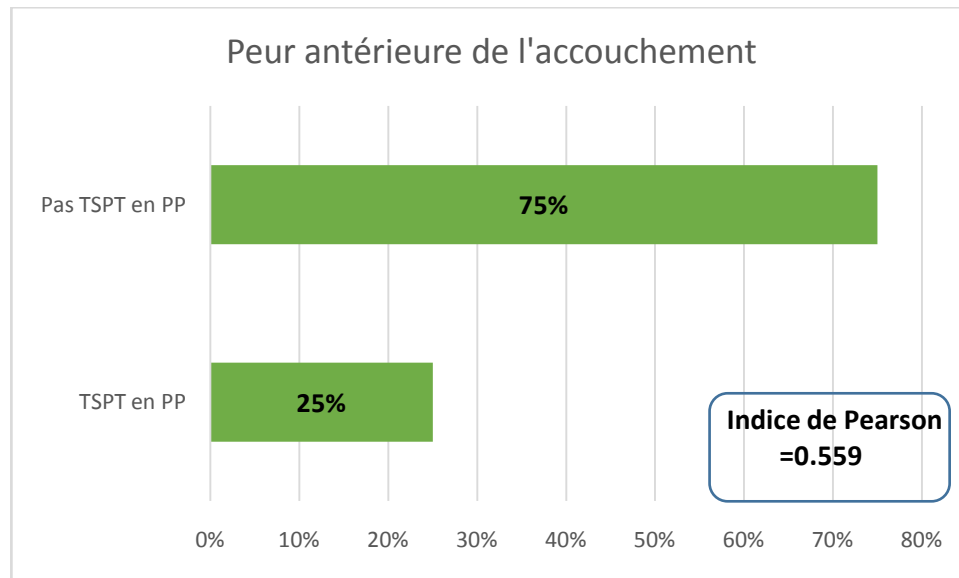


**Figure n° 40 : La répartition des parturientes en fonction de la dépression pré natale et la présence ou non de TSPT**

**1.23. Corrélation entre la peur antérieure de l'accouchement et TSPT :**

Le quart de nos parturientes qui avaient une peur antérieure de l'accouchement, avaient développé par la suite un TSPT. (Figure n°41).

La corrélation est significative 0.000 (bilatéral).

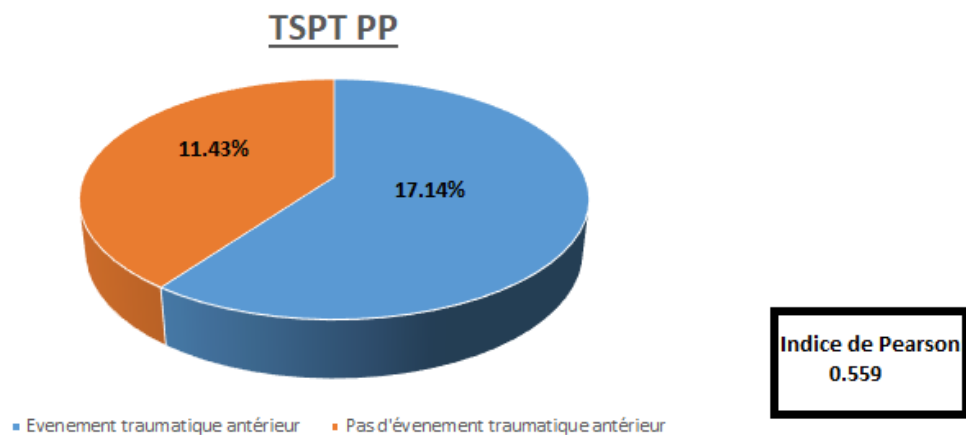


**Figure n° 41 : La répartition des parturientes en fonction de la peur antérieure de l'accouchement et la présence ou non de TSPT**

**1.24. Corrélation entre l'évènement traumatique antérieur et TSPT :**

Le trois quart des parturientes qui avaient subi un évènement traumatique antérieur dans les 24 mois précédant l'accouchement, présentaient des symptômes de TSPT en PP. (Figure n°42).

La corrélation est significative 0.000 (bilatéral).

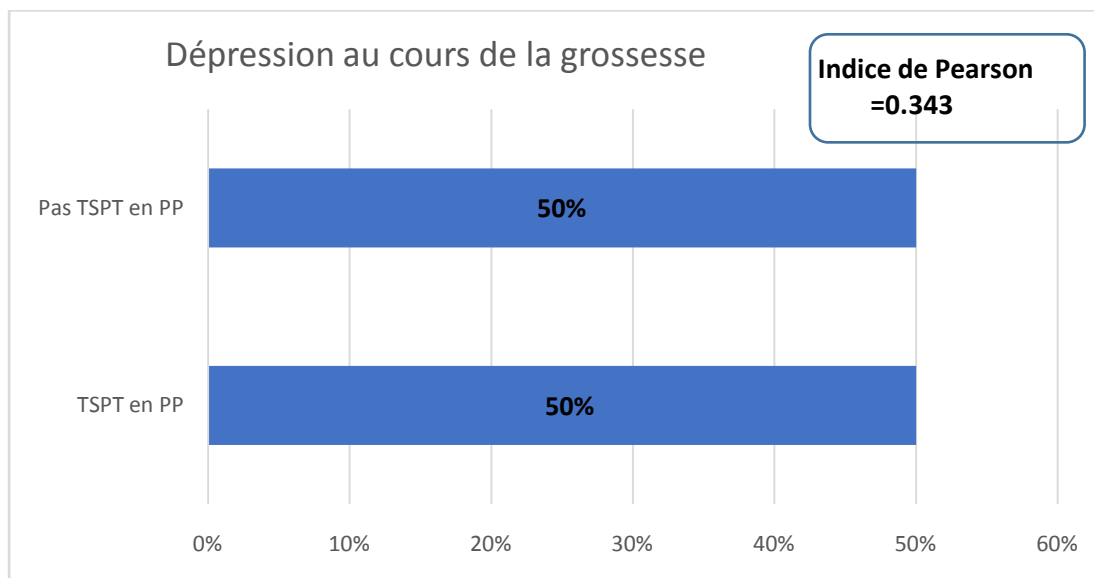


**Figure n° 42 : La répartition des parturientes en fonction de l'évènement traumatique antérieur et la présence ou non de TSPT**

**1.25. Corrélation entre la dépression au cours de la grossesse actuelle et TSPT :**

La moitié des parturientes qui avaient une dépression au cours de la grossesse, présentaient un TSPT. (Figure n°43).

La corrélation est significative 0.044 (bilatéral).

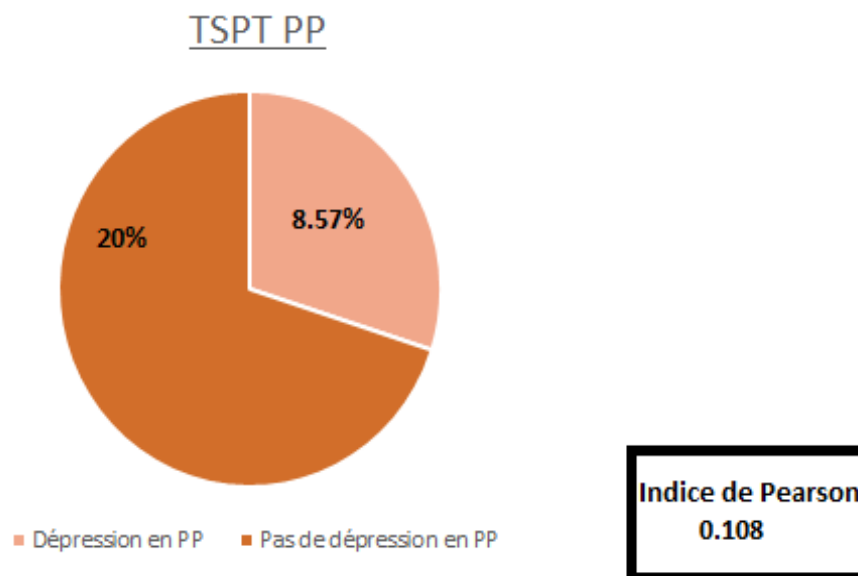


**Figure n° 43 : La répartition des parturientes en fonction de la dépression au cours de la grossesse et la présence ou non de TSPT**

**1.26. Corrélation entre la dépression en post partum et TSPT :**

Plus que le tiers des femmes qui avaient une dépression en post partum présentaient un TSPT. (Figure n°44).

La corrélation n'est pas significative 0.538 (bilatéral).

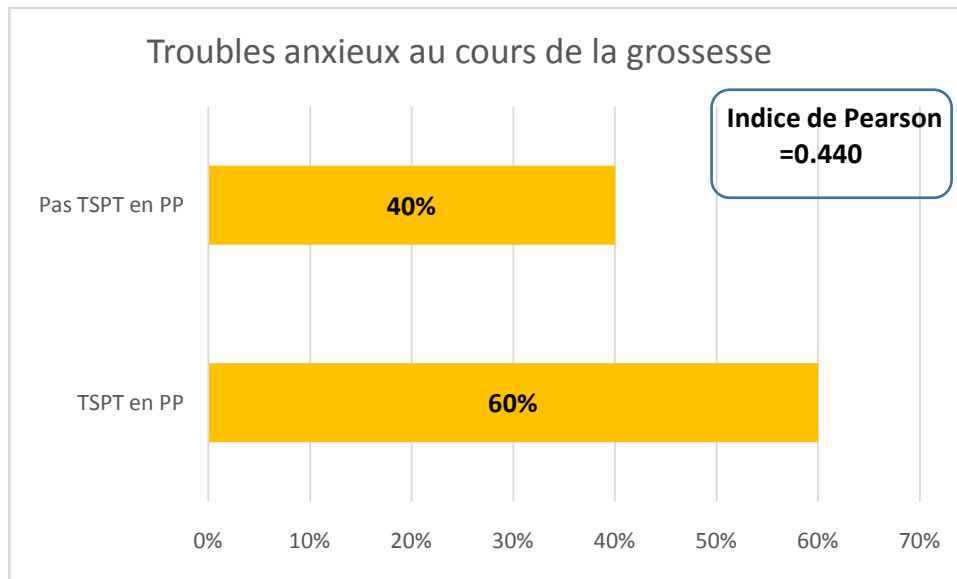


**Figure n° 44 : La répartition des parturientes en fonction de la dépression en post partum et la présence ou non de TSPT**

**1.27. Corrélation entre les troubles anxieux au cours de la grossesse et TSPT :**

A peu près les deux tiers des parturientes qui présentaient des troubles anxieux au cours de la grossesse actuelle avaient un TSPT. (Figure n°45).

La corrélation est significative 0.008 (bilatéral).



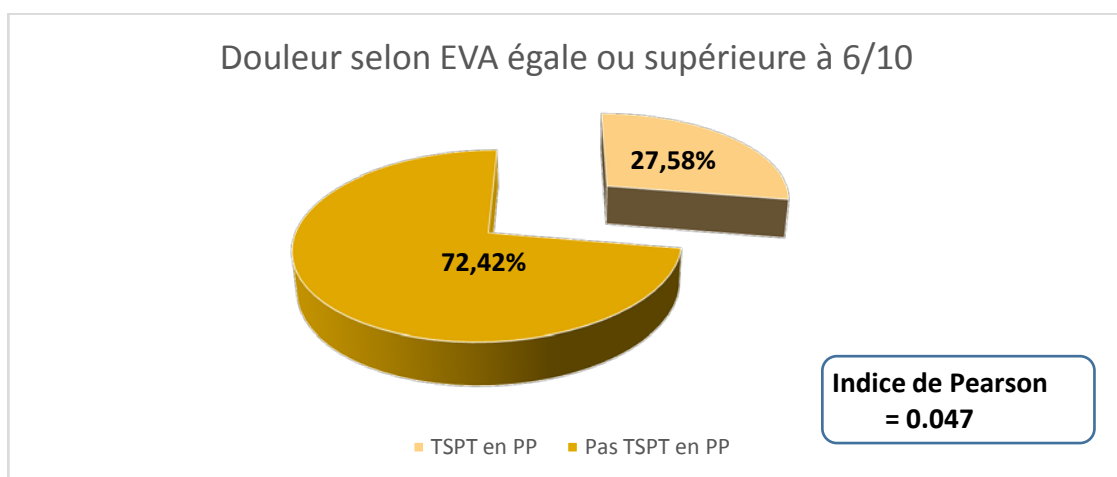
**Figure n° 45 : La répartition des parturientes en fonction des troubles anxieux au cours de la grossesse et la présence ou non de TSPT**

**1.28. Corrélation entre la douleur au cours de l'accouchement selon EVA et TSPT :**

Plus que le quart des parturientes qui avaient un score de douleur, selon EVA, égale ou supérieur à 6/10, présentaient un TSPT en PP.

En effet, plus le score d'EVA est élevée plus le TSPT en PP est plus présent. (Figure n°46).

La corrélation n'est pas significative 0.791 (bilatéral).



**Figure n° 46 : La répartition des parturientes en fonction du ressenti de la douleur selon EVA pendant l'accouchement et la présence ou non de TSPT**

Tableau I récapitulatif des corrélations de TSPT en PP avec les différentes caractéristiques

Les caractéristiques	Corrélation significatif	Indice de Pearson
Situation maritale	Oui	0.372
Parité	Non	0.117
Nombre de semaines en PP	Oui	0.387
Accouchement avant terme	Non	0.032
Type de grossesse :		
-Planifiée	Non	-0.232
-Non planifiée mais désirée	Non	-0.232
-Non planifiée non désirée	+/-	0.316
Accouchement instrumental	Non	0.258
Mode d'accouchement :	Non	
-Voie basse		0.214
-Césarienne programmée		0.214
-Césarienne d'urgence		0.258
Episiotomie	Non	-0.164
Durée de travail pendant l'accouchement	Non	0.108
Ocytocine IV	Non	0.037
Attitude du personnel hospitalier	Non	0.271
Satisfaction de l'accouchement	Non	-0.271
Sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance	Non	0.083
ATCD décès précoce de nouveau-né	Non	0.032
ATCD infertilité	Non	0.117
Souffrance fœtale ou néonatale dans la grossesse actuelle	Non	0.117
ITG	Non	0.117
ATCD mort-né ou fausse couche	Non	0.062

---

**La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum**

---

ATCD prise de traitement psychiatrique	Oui	0.389
ATCD troubles anxieux	Oui	0.389
ATCD dépression	Oui	0.484
Dépression prénatale	Oui	0.409
Peur antérieure de l'accouchement	Oui	0.559
Evènement traumatique antérieure	Oui	0.559
Dépression au cours de la grossesse	Oui	0.343
Dépression en PP	Non	0.108
Troubles anxieux au cours de grossesse	Oui	0.440
Douleur au cours de l'accouchement	Non	0.0407



## *Discussion*



## I. Généralités :

### 1. Trouble de stress post traumatique (TSPT) :

Le TSPT est défini dans la classification psychiatrique du DSM-V {19} par huit critères (de A à H) qui comprennent les causes, les manifestations et les conséquences de TSPT.

**Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans**

**Critères A :**

**Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

- 1) En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
- 2) En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
- 3) En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
- 4) En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

**Remarque :** Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

**Critères B :**

**Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

- 1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
- 2) Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- 3) Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;
- 4) Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
- 5) Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

**Critères C :**

**Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

- 1) Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;

- 2) Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

**Critères D :**

**Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

- 1) Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
- 2) Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;
- 3) Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
- 4) État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
- 5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- 6) Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- 7) Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

**Critère E :**

**Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

- 1) Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
- 2) Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
- 3) Hyper vigilance ;
- 4) Réaction de sursaut exagéré ;
- 5) Problèmes de concentration ;
- 6) Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère F :**

**La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.**

**Critère G :**

**La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.**

**Critère H :**

**La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

Spécifier le type :

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

- 1) **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
- 2) **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

**Remarque** : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

**Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat.

## **2. Trouble de stress post traumatique en post partum : {20}**

Au moment de la naissance, la mère est dans un état psychique particulier appelé préoccupation maternelle primaire : elle est totalement disponible pour le nourrisson, ce qui facilite les soins maternels et l'attachement au bébé. Il est alors primordial que la mère se sente en sécurité, qu'elle soit confiante dans les gestes qu'elle prodigue au bébé : elle a besoin pour cela d'être soutenue par son entourage, en particulier son conjoint.

La première rencontre avec le bébé est le moment où se confronte l'enfant imaginaire, fantasmatique avec l'enfant réel. Les représentations parentales vont devoir se concilier avec l'existence propre du nouveau venu. Les interactions vont témoigner d'échanges complexes entre le bébé et ses parents. Elles sont comportementales et affectives, imaginaires et

fantasmatiques. Elles sont réciproques, et le nourrisson lui-même agit sur ses parents du fait de compétences propres. Ces interactions précoces sont à l'origine du lien d'attachement qui s'édifie progressivement entre les parents et l'enfant.

Le trouble de stress post-traumatique peut marquer les suites d'un accouchement d'autant qu'il a lieu en urgence, émaillé de complications obstétricales. Le sentiment de mort imminente concernant la mère et/ou le bébé lors de la mise au monde est à l'origine de ce trouble anxieux. Il peut être isolé ou associé à d'autres entités cliniques du post-partum. Il peut aussi être l'expression de troubles anxieux préexistants. Le post-partum est une période propice à leur aggravation.

D'autres troubles psychiatriques sont fréquents lors du post-partum, Il s'agit principalement de dépression et de psychose du post-partum, avec un risque de suicide et/ou d'infanticide. Le « post-partum blues » n'est pas pathologique.

Ce sont des manifestations qui ont lieu dans la première année qui suit l'accouchement.

En effet, tous ces troubles psychiatriques maternels peuvent retentir sur la relation mère-bébé. Les interactions sont perturbées tant au niveau quantitatif que qualitatif. Les soins sont rigides, peu adaptés aux besoins manifestes du bébé ; ils sont opératoires, réalisés sans plaisir. Des moments de sollicitude anxieuse démesurée peuvent alterner avec une indisponibilité totale à l'égard du bébé, voire par exemple une intolérance aux pleurs du bébé. Il existe un risque de maltraitance du bébé par négligence grave ou sévices de la part de la mère.

L'attention et les soins apportés à ces premiers échanges permettent de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez le bébé, puis chez l'enfant.

Différents types de troubles doivent alerter quant à une possible souffrance psychique du bébé : des troubles du comportement (agitation ou apathie), des troubles du développement psychomoteur, des troubles relationnels ou encore des troubles somatiques.

Les facteurs de risque de trouble de stress post traumatique en post partum sont liés au terrain et/ou aux antécédents des patientes. Il s'agit de facteurs favorisant et de situations de vulnérabilité qui ne sont pas des facteurs de causalité directe. Ils doivent être repérés pendant le suivi de la grossesse et au décours de l'accouchement :

- **Facteurs liés à une vulnérabilité psychique :**

- Fragilité de l'identité et conflits psychiques liés à la grossesse ;
- Antécédents de carences affectives, de maltraitance, d'abus sexuels pendant l'enfance ;
- Antécédents personnels de troubles psychiatriques ;
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

- **Facteurs biologiques :**

Ce sont essentiellement l'ampleur et la rapidité des bouleversements endocriniens autour de l'accouchement.

- **Facteurs gynécologiques et obstétricaux :**

- La primiparité ;
- L'interruption de grossesse, volontaire ou médicale ;
- La suspicion de malformation anténatale ;
- L'accouchement prématuré ;
- L'accouchement dystocique ;
- La césarienne, surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale.

- **Facteurs psychosociaux et histoire personnelle :**

- La grossesse non désirée ;
- L'âge jeune, notamment adolescence ;
- La mère célibataire ;

- Les conflits conjugaux ;
- Le décès d'un enfant ;
- Le deuil périnatal d'une personne proche ;
- Les événements de vie stressants pendant la grossesse ;
- L'isolement familial et social ;
- La précarité socio-économique.

- **Facteurs culturels**

Ils concernent particulièrement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la naissance.

**Principes de prise en charge pluridisciplinaire**

❖ Principes généraux

La santé de la mère et du bébé dans la période périnatale est une priorité de santé publique.

❖ Prévention et dépistage :

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont étroitement corrélés avec des facteurs psychoaffectifs et des facteurs obstétricaux. Aussi la prévention et le dépistage de ces troubles dépendent-ils de la façon dont est abordée la dimension psychique lors du suivi de la grossesse et du postpartum.

Lors des consultations de suivi de grossesse, il faut prendre le temps d'informer mais aussi d'écouter attentivement la femme enceinte, le couple, afin d'appréhender leur situation dans sa globalité, c'est-à-dire selon ses aspects médico-psychosociaux.

Il faut être soucieux de toute situation de vulnérabilité et de toute forme d'insécurité. Il est alors possible de proposer une consultation supplémentaire, notamment en début de grossesse (consultation du 4e mois) et/ou d'orienter vers une prise en charge spécifique.

### ❖ Organisation des soins

Pendant les périodes de la grossesse et du post-partum, du fait de l'état de «perméabilité psychique», l'abord psychothérapeutique tant préventif que curatif est d'une particulière efficacité.

Les soins concernent d'une part la mère, d'autre part le lien mère-bébé et les relations père-mère-bébé. Ils ont pour objectif de traiter la pathologie maternelle mais aussi d'éviter que celle-ci ne se répercute sur le développement psychoaffectif de l'enfant par l'intermédiaire de dysfonctionnements interactifs.

L'abord de la situation dans sa globalité implique des professionnels multiples dont la concertation et la coordination sont fondamentales. Il s'agit de soins organisés en réseau. Les équipes concernées sont celles de la maternité, de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie, de la protection maternelle et infantile (PMI), du secteur social et parfois les services judiciaires (juge pour enfants).

La prise en charge des troubles anxieux se fait en ambulatoire le plus souvent. Une hospitalisation est indiquée, au mieux en unité mère-enfant, en cas de complications dépressives et/ou suicidaires ou d'un retentissement important sur la relation mère bébé. Des mesures hygiéno-diététiques sont préconisées. Le traitement psychothérapeutique se fait selon différentes modalités que peuvent être associées : techniques de relaxation, psychothérapie de soutien, thérapie Cognitive Comportementale ou d'inspiration analytique.

## II. Discussion des résultats :

### 1. L'étude de Trouble de stress post traumatique en post partum :

Dans notre étude, la prévalence de TSPT chez les femmes en post partum est de **28.57%**, un pourcentage qui dépasse la plupart des études menées dans ce sens.

- ✓ D'après Dennis et al. {1}, une revue de littérature faite en France, la prévalence de TSPT est de 1.3 à 6%, cette étude a pu inclure plusieurs recherches :
  - L'étude de Wijma et al. {15}, qui ont mesuré une prévalence de 1.7% dans un échantillon de 1640 femmes en post partum
  - Ayers et Pickering {21}, ont confirmé la même prévalence que {15}, auprès d'un échantillon de 289 parturientes.
  - La recherche de Soet et al. {7}, qui ont mesuré une prévalence de 1.9% chez 103 femmes en Post partum.
  - Selon Ayers et al. {16}, la prévalence était à 2.5% chez un échantillon de 1423 parturientes.
  - Pour l'étude menée par Czarnocka et Slade {22} sur 264 femmes, le pourcentage des parturientes présentant un TSPT était de 3%.
  - Un travail de Creedy et al. {10}, suggère une prévalence de 5.6% chez 499 femmes.
  - Une prévalence de 6% était retrouvée dans une étude de Zaers et al. {23}.
- ✓ Selon Nicole H et al. {18} qui ont réalisé une étude à Portland aux Etats Unis, la prévalence de TSPT est aux alentours de 2.8% et 5.6% dans la population générale, un résultat eu après analyser plusieurs études sur PubMed, PsycINFO, Cochrane Library et Scopus.
- ✓ Et d'autres chercheurs à Israël, Inbal Shlomi Polachek et al. {24}, ont trouvé à peu près la même prévalence que celle des autres études, 3.4%, chez 102 femmes en post partum.
- ✓ Selon Zainab Shaban et al. {25}, une étude menée sur 600 femmes à Iran, la prévalence de TSPT en post partum était de 17.2%.

## La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum

La prévalence élevée dans notre échantillon (28.57%) par rapport aux autres études faites dans différents pays, peut être expliqué par le fait que notre étude était effectuée dans une ville (Safi) qui ne possède qu'un CHP, où les infrastructures et les ressources humaines également sont insuffisantes. Ce manque important peut causer un surmenage sur le personnel soignant et par conséquent affecter négativement le déroulement de tout type de soin, y compris l'accouchement et causer par la suite un TSPT.

Néanmoins, peut-être, qu'on aurait constaté une prévalence encore plus élevée si on avait effectué l'étude au CHU, vu le nombre important des urgences obstétricales et les grossesses à risque transférés vers ce centre hospitalier. Cela peut causer d'éventuelles complications, et par conséquent les parturientes peuvent développer un TSPT suite au vécu négatif de leur accouchement.

**Tableau II : Comparatif de la prévalence de TSPT en post partum des différents pays.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Résultats
Notre étude	Aouade et al.	2019	302	28.57%
France	Dennis et al.	2009	36 études	Entre 1.3% et 6%
Suède	Wijma K et al.	1997	1640	1.7%
Royaume-Uni	Ayers S. et Pickering	2001	289	1.7%
Etats-Unis	Soet JE et al.	2003	103	1.9%
Royaume-Uni	Ayers et al.	2009	1423	2.5%
Royaume-Uni	Czarnocka et Slade	2000	264	3%
Australie	Creedy DK et al.	2000	499	5.6%
Suisse	Zaers et al.	2008	60	6%
Etats-Unis	Nicole H et al.	2019	Population générale	De 2.8% à 5.6%
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al.	2012	102	3.4%
Iran	Zainab Shaban et al.	2013	600	17.2%

## **2. Comparaison de TSPT PP selon les différentes variables :**

### **2.1. Situation maritale :**

Selon notre étude, toutes les femmes célibataires, avaient un trouble de stress post traumatique en post partum, avec une corrélation significative entre le statut marital et le TSPT PP.

Cela peut être expliqué par l'absence de soutien social surtout conjugal chez les mères célibataires.

- ✓ Selon Soet JE et al. aux états Unis {7}, Soderquist J et al. au Suède {17}, Montmasson H et al. à l'université de tours en France {26}, et l'étude de Melender HL au Finlande {27}, le manque de support social ou la solitude incluant le célibat, augmente le risque de TSPT PP.
- ✓ Plusieurs études avaient identifié le manque de soutien social comme étant un facteur de risque de TSPT PP, tels que Creedy Dk et al en Australie {10}, Nicole H et al. aux Etats Unis {18}, et P. Gosselin et al. à Canada {39}.
- ✓ Alors que d'autres études, comme celle faite à Israël et ainsi de Goutaudier N et al. en France {24,28}, n'avaient pas trouvé une corrélation entre le statut marital et TSPT PP.

A noter que durant notre entretien avec les parturientes, il y'avait certaines d'entre elles qui n'ont pas pu supporter les visites familiales que ça soit lors de leur séjour en post partum à l'hôpital ou dès leur retour avec leur bébé à la maison, et trouvaient ces visites épuisantes, alors qu'elles auraient préféré rester au calme après leur accouchement.

**Tableau III : Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la situation maritale des différents pays**

Pays	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Oui
Etats-Unis	Soet JE et al.	2003	Oui
Suède	Soderquist J et al.	2006	Oui
France	Montmasson et al.	2012	Oui
Finlande	Melender HL	2002	Oui
Australie	Creedy DK	2000	Oui
Etats-Unis	Nicole H	2019	Oui
Canada	P. Gosselin et al.	2016	Oui
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al.	2012	Non
France	Goutaudier N et al.	2014	Non

**2.2. La parité :**

D'après notre étude, la parité des femmes n'avait aucune corrélation significative avec le TSPT PP.

- ✓ Notre résultat est similaire à Inbal Shlomi Polachek et al. {24} et Goutaudier et al. {28} qui ont trouvé que les femmes primipares n'ont pas rapporté significativement plus de symptômes de TSPT PP que les multipares.
- ✓ Alors que selon Maron M et al., Denis A et al. et Wijma K et al. {11,12,15}, la primiparité est un des facteurs prédictifs de TSPT PP.
- ✓ Pour d'autres chercheurs, que ça soit Montmasson et al. ou Séjourné N et al. en France ou aussi Cigoli V et al. en Italie {26,29,30}, l'accouchement peut représenter une expérience traumatisante chez les primipares et peuvent par la suite développer un TSPT en post partum.

**Tableau IV : Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la parité des différents pays**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al.	2012	Non
France	Goutaudier et al.	2014	Non
France	Maron M et al.	2006	Oui
France	Denis A et al.	2011	Oui
Suède	Wijma K et al.	1997	Oui
France	Montmasson et al.	2012	Oui
France	Séjourné N et al.	2018	Oui
Italie	Cigoli V et al.	2006	Oui

**2.3. Le nombre de semaines PP :**

D'après notre étude, on a trouvé une différence statistiquement significative de la prévalence de TSPT PP entre les différents nombres de semaines post accouchement.

On constate que la prévalence de TSPT PP diminue en parallèle avec l'élévation du nombre de semaines post accouchement.

Ceci peut être expliquer par le fait que les parturientes après un ou deux mois PP, se souviennent encore de chaque détail de leur accouchement, que ça soit bien ou mal vécu, et pour elles les souvenirs sont toujours présents dans leurs mémoires et surtout si l'expérience était traumatisante.

- ✓ D'autres chercheurs Dennis A et al en France {1}, Soet JE et al. aux Etats-Unis {7}, Soderquist J et al. {9}, Creedy DK et al. à l'Australie {10}, Ayers S et al. au Royaume -Uni {16} et Zaers S et al. en Suisse {23}, la prévalence élevée du TSPT PP était aux alentours de la 4 ème et 6 ème semaine PP.
- ✓ Selon Denis A et al., Goutaudier N et Séjourné N. et Ford E et al. {12-14}, le taux de TSPT PP diminue de manière significative au fils des semaines qui suivent l'accouchement.

Ayers S et Pickering, Czarnoka J et Slade P et Goutaudier N et al. {21,22,28}, partageaient aussi le même résultat.

**2.4. La prématurité :**

Dans notre étude, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre la prématurité et le TSPT PP.

- ✓ D'après l'étude de Goutaudier N, et al. faite en France {28}, la prévalence de TSPT chez les femmes ayant accouché avant terme était de 30%, alors que dans notre étude le pourcentage était de 2.86%.
- ✓ Selon Goutaudier N, Bui THE et al. {31}, Goutaudier N, Lopez A et al. {32}, Pierrehumbert B et al. {33}, et l'étude de Gamba Szijarto S et al. faite en suisse {34}, les mères d'enfants prématurés ont une probabilité plus forte de développer un TSPT PP.
- ✓ D'autres chercheurs aux Etats Unis DeMier RL et al. {35}, ont trouvé que les mères d'enfants à haut risque (prématurés ou hospitalisés en USI), ont plus de symptômes de TSPT que les mères d'enfants sains.

**Tableau V : Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la prématurité des différents**

**pays**

<b>Etudes</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Corrélation</b>
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
France	Goutaudier N et al.	2014	Oui
France	Goutaudier N, Bui THE et al.	2013	Oui
France	Goutaudier N, Lopez A et al.	2011	Oui
Suisse	Pierrehumbert B et al.	2003	Oui
Suisse	Gamba Szijarto S et al.	2009	Oui
Etats-Unis	DeMier RL et al.	2000	Oui

**2.5. Type de grossesse : (Non planifiée et non désirée)**

On a trouvé une corrélation peu significative entre la grossesse non planifiée et non désirée et le TSPT PP.

Cela peut être expliqué par les conditions défavorables où ces parturientes vivent, que ça soit le célibat (toutes les femmes célibataires de notre échantillon n'avait ni planifié ni désiré cette grossesse), le manque de soutien social, le regard de notre société envers les mères célibataires, bas niveau économique ... Plusieurs facteurs qui peuvent prédire la survenue de TSPT PP.

- ✓ Néanmoins, aucune différence de prévalence de TSPT n'a été retrouvé chez les parturientes ayant planifiée leur grossesse ou non, ou la désirée ou pas, selon l'étude de Inbal Shlomi Polachek et al. réalisée à Israël {24}.

**2.6. L'accouchement instrumental :**

Aucune corrélation significative n'a été retrouvé entre l'accouchement instrumental et TSPT PP.

- ✓ Selon l'étude de Soderquist J et al. faite au suède et celle de Moczygamba CK et al. réalisée aux Etats Unis {36,37}, l'utilisation de forceps ou ventouse peut conduire au développement d'une symptomatologie de TSPT PP.
- ✓ Saisto T et al. {38}, ont constaté un lien significatif entre l'accouchement vaginal avec instrument et la manifestation de TSPT PP.
- ✓ Alors que selon d'autres étude, Maggioni C et al. en Italie {4}, Zaers S et al. en Suisse {23}, et Inbal Shlomi Polachek et al. en Israël {24}, les interventions obstétricales (ex. accouchement instrumental) ne sont ni associés ni prédictifs de TSPT PP.
- ✓ Néanmoins, une hypothèse plausible posée par Creedy DK et al. {10}, serait que les facteurs obstétricaux deviennent traumatiques dans certaines circonstances, notamment en fonction du vécu subjectif de l'accouchement et/ou des antécédents personnels.

**Tableau VI :Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et l'accouchement instrumental  
des différents pays**

<b>Etudes</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Corrélation</b>
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Suède	Soderquist J et al.	2002	Oui
Etats-Unis	Moczygamba CK et al.	2012	Oui
Finlande	Saisto T et al.	2001	Oui
Italie	Maggioni C et al.	2006	Non
Suisse	Zaers S et al.	2008	Non
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al	2012	Non

**2.7. Mode d'accouchement :**

Selon notre étude, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le mode d'accouchement que ça soit accouchement par voie basse ou césarienne programmée ou non et TSPT PP.

Mais il faut bien noter que toutes les femmes qui avaient accouché par césarienne d'urgence, sauf la grossesse gémellaire (dont J1 mort-né par VB et J2 accouché par une césarienne d'urgence), présentaient des symptômes de TSPT.

Cela nous permet de considérer que le recours à la césarienne d'urgence peut être vécu comme un traumatisme, vu que c'est un évènement soudain et imprévu pour les parturientes, qui peut s'accompagner d'une sensation d'échec et de frustration traumatisante pour la mère et qui leur causera par la suite un TSPT PP, selon l'étude de P. Gosselin et al. faite à Canada {39}.

Alors que le bas pourcentage de TSPT PP chez les femmes qui avaient accouché par césarienne programmée (5.71%), peut être expliqué, d'après Inbal Shlomi Polachek et al. {24}, par la possibilité que la péridurale (utilisée uniquement lors des césariennes) peut protéger contre le TSPT PP, en diminuant le ressenti de la douleur pendant l'accouchement,

## La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum

- ✓ Selon l'étude faite aux Etats Unis par Moczygamba CK et al. {37}, la césarienne d'urgence est une intervention obstétricale qui pouvait conduire au développement de TSPT PP.
- ✓ D'après Soderquist J et al. et l'étude de P. Gosselin et al. {36,39}, un lien fort retrouvé entre les femmes ayant accouché par césarienne non planifiée y compris d'urgence et la présence de TSPT PP.
- ✓ D'autres chercheurs, Creedy DK et al., Saisto T et al., {10,38}, avaient constaté un lien significatif entre la césarienne d'urgence et TSPT PP.
- ✓ Sauf que pour Montmasson et al., {26}, une césarienne d'urgence ou programmée ne prédit pas un TSPT PP.

**Tableau VII comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la césarienne d'urgence des différents pays**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Etats-Unis	Moczygamba CK et al.	2012	Oui
Suède	Soderquist J. et al.	2002	Oui
Canada	P. Gosselin et al.	2016	Oui
Australie	Creedy DK et al.	2000	Oui
Finlande	Saisto S et al.	2001	Oui
France	Montmasson et al.	2014	Non

### **2.8. La longue durée de travail pendant l'accouchement :**

Dans notre étude, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre la longue durée de travail estimé par les parturientes pendant l'accouchement et TSPT PP.

- ✓ Cependant plusieurs chercheurs tels que Fairbrother et Woody {40}, ont vérifié les liens entre la durée du travail et les symptômes de TSPT PP.

- ✓ Selon Montmasson H et al., et leur étude faite en France {26}, le temps de travail estimé long peut causer un TSPT PP.
- ✓ D'après Creedy Dk et al. et l'étude faite à La Finlande par Saisto et al. {10,38}, un très long travail pendant l'accouchement constitue un facteur prédictif de TSPT PP.

**2.9. L'attitude du personnel hospitalier :**

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre l'attitude négative du personnel hospitalier et le TSPT PP.

Ceci peut être expliqué par le besoin de la parturiente, de notre échantillon, d'un soutien de la part du conjoint ou les membres proches de sa famille et non pas du personnel hospitalier.

Ou bien le fait que les parturientes viennent déjà avec l'idée qu'elles ne seront pas bien traité ou bien soutenu par l'équipe médical dans les hôpitaux publics.

A noter que toutes les femmes dans notre échantillon qui avaient accouché dans une clinique privée (14.28%) avaient positivement perçu l'attitude du personnel médical.

- ✓ L'attitude négative du personnel hospitalier et le vécu négatif de l'accouchement, ont été identifiés dans nombreuses recherches comme un facteur de risque de TSPT PP, tels que l'étude de Soet JE et al. aux Etats Unis {7}, Creedy DK et al. en Australie {10}, Montmasson H et al. en France {26}, et celle de Van Son M et al. aux pays bas {41}.
- ✓ Alors que selon Maron M et al. en France {11}, Czarnocka J et al. au Royaume-Uni {22}, et également Melender HL en Finlande {27}, le faible niveau de soutien social en provenance de l'équipe médical est corrélé avec la manifestation des symptômes de TSPT PP.

**2.10. Le Sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance pendant l'accouchement :**

Selon notre étude aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le sentiment de perte de contrôle et/ou d'impuissance pendant l'accouchement et le développement de TSPT PP.

- ✓ Néanmoins, d'après l'étude de Maggioni C et al. réalisée à l'Italie et celle de Denis A et al. en France {4,12}, le sentiment de perte de contrôle durant l'accouchement et/ou l'impuissance avaient un lien significatif avec le TSPT PP.

- ✓ Selon plusieurs chercheurs, Denis A et al. en France, les études de Czarnocka J et al., Ballard CG et al., Menage J et Lyons S, toutes faites au Royaume-Uni, {1,22,42-44}, la manifestation de TSPT PP est majoritairement retrouvée liée à une perte de contrôle et sentiment d'impuissance.

**2.11.Les antécédents néonataux :**

D'après notre étude, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les antécédents néonataux (l'antécédent de décès précoce d'un nouveau-né, l'antécédent d'infertilité, la souffrance fœtale ou néonatale dans la grossesse actuelle, l'antécédent d'ITG, l'antécédent de mort-né ou fausse couche) et la présence de symptômes de TSPT PP.

Par contre plusieurs études ont prouvé le contraire et avaient trouvé une corrélation significative entre les deux :

- ✓ Selon Fairbrother et Woody, la souffrance fœtale peut prédire les symptômes de TSPT PP. {40}.
- ✓ Pour Creedy Dk et al. et Maron M et al. {10,11}, les antécédents d'accouchement d'un mort-né ou le décès précoce d'un nouveau-né favorisent le développement de TSPT PP.
- ✓ Montmasson et al., {26}, avaient trouvé que l'antécédent d'infertilité est prédictif de TSPT PP., tel que Noleman N et al. {45}.
- ✓ Plusieurs études y compris celle de Maggioni C et al. faite en Italie {4}, notent que les femmes ayant connu une précédente expérience de fausse couche ou de mort périnatale, peuvent développer un TSPT PP.
- ✓ Alors que pour Inbal Shlomi Polachek et al. {24}, aucune relation n'a été retrouvée entre la souffrance fœtale et les autres complications néonatales et le développement de TSPT PP.

**Tableau VIII : Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et les antécédents néonataux**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Canada	Fairbrother et Woody	2007	Oui
Australie	Creedy DK et al.	2000	Oui
France	Maron M et al.	2006	Oui
France	Montmasson M et al.	2012	Oui
Etats-Unis	Noleman N et al.	1992	Oui
Italie	Maggioni C et al.	2006	Oui
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al.	2012	Non

**2.12.L'antécédent de prise de traitement psychiatrique, antécédent de troubles anxieux et antécédent de dépression :**

Selon notre étude, une corrélation significative a été trouvée entre la prise de traitement psychiatrique et le TSPT PP.

Toutes les parturientes de notre échantillon ayant suivi un traitement psychiatrique pour trouble anxieux et/ou dépression avaient développé un TSPT après leur accouchement.

En fait, toutes les femmes de notre étude qui présentaient des antécédents de troubles anxieux ou de dépression traités ou non, avaient un TSPT PP.

On peut expliquer ceci par la présence initial d'une vulnérabilité psychique (dépression, troubles anxieux, soins psychiatriques) chez ses femmes, associée ou non à des facteurs obstétricaux, et qui leur a facilité et prédisposé à développer par la suite un TSPT PP.

- ✓ D'après Inbal Shlomi Polachek et al. {24} et Borjesson K et al. à la Suède {46}, l'antécédent de prise de traitement psychiatrique, ainsi que les troubles de personnalité, peuvent induire au développement de TSPT PP.

## La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum

- ✓ Alors que pour Séjourné N et al. {29}, Robertson E et al. {47} et White T {48}, l'antécédent de dépression est parmi les principaux facteurs de risque retrouvés du TSPT PP.
- ✓ Bien que pour Blasio P et al. {49}, Soet JE et al., Czarnocka J et al. et Zaers S et al. {7,22,23}, l'antécédent d'anxiété est aussi bien impliqué dans la présence des symptômes de TSPT PP.
- ✓ L'antécédent de soins psychologiques constitue un facteur de risque de TSPT PP. L'étude de Wijma K et al. réalisée au Suède {15} ont constaté que les femmes souffrant de TSPT suite à leur accouchement ont reçu plus de soins psychiatriques ou psychologiques dans leur histoire de vie que les autres femmes.
- ✓ La personnalité anxieuse est prouvée étant un facteur de risque de TSPT PP selon Keogh E et al. {50}.

**Tableau IX comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et l'antécédent de prise de traitement psychiatrique, antécédent de troubles anxieux et antécédent de dépression**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Oui
Israël	Inbal Shlomi Polachek et al.	2012	Oui
Suède	Borjesson K et al.	2007	Oui
France	Séjourné N et al.	2018	Oui
Canada	Robertson E et al.	2004	Oui
Australie	White T	2006	Oui
Italie	Blasio P et al.	2015	Oui
Etats-Unis	Soet JE et al.	2003	Oui
Royaume-Uni	Czarnocka J et al.	2000	Oui
Suisse	Zaers S et al.	2008	Oui
Suède	Wijma K et al.	1997	Oui
Royaume-Uni	Keogh E et al.	2002	Oui

**2.13.Dépression au cours de la grossesse et la dépression pré natale :**

Selon note étude, il y'avait une corrélation significative entre la dépression au cours de la grossesse, dépression pré natale et le développement de TSPT PP.

Nos résultats sont concordants avec ceux de plusieurs études, tels que :

- ✓ Maggioni et al {4} qui ont retrouvé une corrélation entre la dépression prénatale et TSPT après l'accouchement.
- ✓ Il y'avait aussi Montmasson et al. {26} qui pour eux la dépression prénatale et au cours de la grossesse sont fortement associées au développement de TSPT PP.
- ✓ Un lien a été aussi trouvé entre la dépression prénatale et le TSPT PP par Séjourné N et al. et Robertson E et al. {29,47}.

Ceci peut être expliqué par la prédisposition des parturientes présentant une dépression, au cours de leur grossesse ou juste avant l'accouchement, à vivre un accouchement traumatisant et à peut-être par la suite développer un TSPT PP.

**Tableau X comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la dépression au cours de la grossesse et la dépression prénatale**

<b>Etudes</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Corrélation</b>
Notre étude	Aouade et al.	2019	Oui
Italie	Maggioni et al.	2006	Oui
France	Montmasson et al.	2012	Oui
France	Séjourné N et al.	2018	Oui
Canada	Robertson E et al.	2004	Oui

**2.14.La peur antérieure de l'accouchement :**

D'après notre étude, une corrélation significative a été retrouvée entre la peur antérieure de l'accouchement et TSPT PP.

On peut expliquer cette corrélation, par les idées négatives que la peur d'accouchement illustre dans la mémoire des parturientes. Chose qui peut par la suite attribuer au mauvais déroulement de l'accouchement et le développement du TSPT PP.

- ✓ Selon Czarnocka J et al. au Royaume-Uni, Inbal Shlomi Polachek et al. à Israël et Fones C {22,24,51}, le TSPT PP est associé à la peur antérieure, que ça soit une peur de douleur pendant l'accouchement ou la peur de complications pour elle ou pour le bébé pendant l'accouchement.
- ✓ Wijma K et al. {15} et Fairbrother et Woody {40} suggèrent un lien entre la peur et les symptômes de TSPT PP.

#### **2.15.L'évènement traumatique antérieur :**

Une corrélation significative a été trouvée entre l'évènement traumatique antérieur et le TSPT PP dans notre échantillon.

Cet évènement traumatisant était soit le décès d'un être cher, une maladie grave chez un proche, ou la séparation du conjoint.

On peut expliquer ceci par le fait que l'accouchement peut constituer une réactualisation de précédents traumatismes.

Plusieurs études ont prouvé le lien entre l'évènement traumatique antérieur et le TSPT PP :

- ✓ La présence d'anciens traumatismes résolus constitue un facteur de risque au développement de TSPT en post partum d'après l'étude de Zaers S et al. faite en Suisse {23}.
- ✓ Goutaudier et al. {28}, ont confirmé que l'exposition traumatique antérieure dans les 24 mois précédant l'accouchement favorise le risque de développer des symptômes de TSPT PP. Néanmoins, ils n'avaient pas précisé le type d'évènement.
- ✓ Selon Guedeney N {52}, la corrélation a été confirmée, mais ils avaient insisté sur les antécédents d'abus sexuels.

**Tableau XI : Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et l'évènement traumatique antérieur**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Oui
Suisse	Zaers S et al.	2008	Oui
France	Goutaudier et al.	2014	Oui
France	Guedeney	1998	Oui

**2.16. La dépression en post partum :**

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée d'après notre étude entre la dépression en post partum et le TSPT PP.

Contrairement à notre étude, plusieurs chercheurs ont trouvé un lien bien fort entre la présence de dépression après l'accouchement et le développement de TSPT PP.

- ✓ Selon White T et al. {48}, une comorbidité fréquente retrouvée entre la dépression post natale et le TSPT qui tendrait à se chroniciser.
- ✓ Maggioni et al. {4}, ont prouvé une corrélation entre la dépression dans le post partum et le TSPT PP.
- ✓ D'après l'étude de Van Son M et al. réalisée aux Pays Bas {41}, la présence de symptômes dépressifs en post partum est apparue comme un prédicateur de symptômes de TSPT PP.
- ✓ Par ailleurs, Goutaudier et al. {28}, ont considéré la dépression post natale comme un « signe avant-coureur » de TSPT, il semble important de prêter une attention particulière à la dépression postnatale. Selon eux, la mise en place d'un dispositif préventif tel que l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) {52}, pourrait permettre de cibler les femmes à risque de développer une dépression postnatale et de prévenir la survenue de symptômes de TSPT PP.

**Tableau XII :Comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la dépression en post partum**

<b>Etudes</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Corrélation</b>
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Australie	White T et al.	2006	Oui
Italie	Maggioni et al.	2006	Oui
Pays Bas	Van Son M	2005	Oui
France	Goutaudier et al.	2014	Oui

**2.17.Les troubles anxieux au cours de la grossesse :**

Une corrélation significative trouvée dans notre étude entre les troubles anxieux au cours de la grossesse.

Par ailleurs, plusieurs études avaient confirmé ce lien, y compris celle de Séjourné N et al. faite en France {29}, et Robertson E et al. réalisée à Canada {47} qui ont trouvé que l'anxiété prénatale constitue un facteur de risque principal dans la survenue du TSPT après l'accouchement.

**2.18.La douleur au cours de l'accouchement selon EVA :**

Selon notre étude aucune corrélation n'a été trouvée entre la douleur au cours de l'accouchement quel que soit son intensité (Selon EVA).

Contrairement à notre étude, plusieurs études avaient confirmé l'association entre la douleur et le TSPT PP :

- ✓ Selon Soet JE et al. aux Etats Unis {7}, la douleur intense est parmi les facteurs de risque principaux de TSPT PP.
- ✓ Pour N. Séjourné et al. {29}, la douleur de l'accouchement était significativement corrélée aux symptômes de TSPT PP. C'est pour cela, Hiltunen P et al. {53} ont montré que le

## La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum

soulagement de la douleur lors de l'accouchement aurait un impact sur la symptomatologie psychique des parturientes en postnatale.

- ✓ D'après Wijma K et al. {15} et P. Gosselin et al. {39}, la douleur de l'accouchement pourrait aussi prédisposer les mères à développer des symptômes de TSPT PP.
- ✓ Aussi pour Boudou M et al. et Goutaudier N et al. {8,13} La douleur est un facteur de risque pouvant conduire au développement d'une symptomatologie de TSPT PP.
- ✓ Diverses études rapportent un impact significatif de la douleur physique perçue par les femmes au moment du travail et de l'expulsion sur le développement de TSPT PP, tel que Ballard CG et al. {42}.

Une seule étude n'a pas pu trouver cette association, c'est celle de Van Son M et al. {41}.

**Tableau XIII comparatif de la corrélation de TSPT en post partum et la douleur de l'accouchement selon EVA**

Etudes	Auteurs	Année	Corrélation
Notre étude	Aouade et al.	2019	Non
Etats-Unis	Soet JE et al.	2003	Oui
France	N. Séjourné et al.	2018	Oui
Finlande	Hiltunen P et al.	2004	Oui
Suède	Wijma K et al.	1997	Oui
Canada	P. Gosselin et al.	2016	Oui
France	Boudou M et al.	2007	Oui
France	Goutaudier N et al.	2012	Oui
Royaume-Uni	Ballard CG et al.	1995	Oui
Pays-Bas	Van Son M et al.	2005	Non



# *Conclusion*



L'étude de la santé mentale des parturientes en post partum, est d'une importance majeure, et surtout le TSPT, c'est pour cela que les chercheurs ont commencé à donner plus d'importance à ce trouble pendant ces deux dernières décennies et à travers les quatre coins du monde.

L'analyse des données que nous avons recueillie dans notre étude, sur la prévalence, les caractéristiques et les facteurs de risque de TSPT en PP chez les parturientes de notre échantillon, nous a permis de dégager les points suivants :

- ✓ La prévalence du TSPT en PP chez nos parturientes est de 28.57%.
- ✓ La prévalence du trouble de stress post traumatique post partum dans notre échantillon est très élevée par rapport aux autres études menées dans ce sens.
- ✓ Le TSPT PP est prédominant chez les femmes célibataires.
- ✓ Prévalence du TSPT en PP diminue en parallèle avec l'élévation du nombre de semaines après l'accouchement.
- ✓ La grossesse non planifiée et non désirée est liée au développement de TSPT PP.
- ✓ Le TSPT PP est présent chez les parturientes qui ont un antécédent de prise de Traitement psychiatrique ou ATCD de troubles anxieux ou de dépression.
- ✓ La dépression au cours de la grossesse et également la dépression pré natale, corrént avec une prévalence élevée du TSPT PP chez nos parturientes. Par contre, la dépression post natale ne corréle pas avec le TSPT en PP.
- ✓ La peur antérieure de l'accouchement est fortement liée à la prévalence du TSPT PP.
- ✓ Le vécu d'un évènement traumatique antérieur est significativement corrélé à la prévalence du TSPT PP.

- ✓ Avoir un trouble anxieux au cours de la grossesse est associé à une prévalence élevée du TSPT PP.

*T*outes ces données imposent une intervention auprès des parturientes en post partum qui souffrent des troubles psychiques ou qui ont des conditions qui les exposent à les développer. Un dépistage des parturientes qui ont des ATCD psychiatriques personnels au cours de la grossesse ou en dehors de la grossesse est souhaitable afin de bien suivre et prévenir le développement du TSPT PP.



# *Recommandations*



## **I. Informer et repérer les facteurs de risque en prénatal :**

### **1. L'anamnèse, un outil de dépistage :**

Les consultations prénatales représentent le premier lieu d'échange, permettent d'évaluer l'environnement de la patiente et représentent un premier temps important de repérage des patientes à risque de TSPT en post partum.

### **2. L'entretien prénatal précoce**

Peut être réalisé au cours du quatrième mois, par un professionnel médical formé et dure de quarante-cinq minutes à une heure. Il permet de connaître les besoins singuliers des femmes enceintes, de répondre aux questions du couple et d'assurer la coordination du suivi de grossesse.

Doit être proposé systématiquement. Permet d'accorder aux futurs parents un environnement propice à l'échange, de s'assurer de la sécurité somatique, psychique et émotionnelle de la femme, et d'identifier les vulnérabilités en prénatal.

### **3. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité**

## **II. Dépistage en post-partum :**

### **1. L'entretien post-natal précoce**

Cet entretien devrait être réalisé entre 8 à 15 jours après l'accouchement. Il permettrait aux parents d'exprimer leurs besoins et leurs difficultés lors d'une prise de parole d'environ une heure.

### **2. Les séances postnatales**

### **3. La visite postnatale :**

Une visite postnatale peut être réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle permet de faire le point sur l'état de santé global de la femme et de l'enfant. Elle représente un moment de repérage important puisque c'est à distance de l'évènement traumatique et le diagnostic du TSPT peut être posé.

### **III. Prise en charge thérapeutique**

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

### **IV. La formation des professionnels de santé du TSPT en PP :**

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.

Il faut aussi mettre en place un psychologue pour accompagner la parturiente et/ou la mise en place d'un soutien psychosociologique systématique, par l'équipe de soin.



# *Annexes*



## Questionnaire du TSPT Post Partum

### A/ Données Socio démographiques :

- Age : .....

- Situation maritale :

Célibataire                  Mariée                  divorcée                  veuve

- Parité :

Primipare :                  Multipare :                  Si Oui, nombre des enfants :

- Nombre de fratrie :                  rang de fratrie :

- Niveau d'instruction :

Non scolarisées :    primaire :                  secondaire :                  supérieur :

- Profession :

Occasionnelle :    Femme au foyer :    Fonctionnaire :    Employée :

Cadre supérieur :                  Autres :

- Niveau économique :

Aisé :                  Moyen :                  Bas :

- Milieu de vie :

Rural :                  Urbain :

### B/ Antécédents :

#### 1. Personnels :

- Toxique :

Oui                  Non                  Si Oui :

Consommation Tabac :                  Oui                  Non

Consommation du Cannabis :                  Oui                  Non

Consommation de l'alcool :                  Oui                  Non

Autres toxiques :                      Oui                      Non                      Si Oui, spécifiez :

• **Médicaux :**

✓ Au cours de la grossesse actuelle :

   Oui                      Non                      Si Oui, spécifiez :

Diabète :                      Pré éclampsie :                      Anémie :                      Maladie de système :

Autres :

✓ Avant La grossesse :

   Oui                      Non                      Si Oui, précisez :

   Aigue :                      Chronique :

• **Obstétricaux :**

✓ Au cours de la grossesse actuelle :

➤ Nombre de semaines après l'accouchement :

➤ Terme de grossesse :                      -à terme ....                      -avant terme ....

➤ Type de grossesse :                      - planifiée ....

   -non planifiée mais désirée ...

   -non planifiée et non désirée ...

➤ Séances de préparations de l'accouchement :

   Oui ....                      Non ....

➤ Les interventions obstétricales:- Césarienne d'urgence....

- Forceps ou ventouse (instruments) ....

-Péridurale ....

-Episiotomie ....

➤ Mode d'accouchement :                      -Voie basse ....

   - Césarienne programmée ....

➤ Durée de travail : si non connu, est-il estimé long : Oui ....                      Non ...

➤ Administration d'ocytocine intra veineux pendant le travail :

   Oui ....                      Non ...

➤ Traitement antalgique administré ou non après l'accouchement et pendant le séjour : Oui ....                      Non ....

➤ Type d'allaitement :                      -Naturel ....

-Artificiel ....

- Mixte ....

➤ Attitude du personnel hospitalier : Négative .... Positive ....

➤ Manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement :

Oui .... Non ....

➤ Satisfaction de la grossesse : Oui .... Non ....

➤ Satisfaction de l'accouchement : Oui .... Non ....

➤ Sentiment de perte de contrôle et /ou d'impuissance pendant l'accouchement : Oui .... Non ....

✓ Grossesses précédentes :

➤ Grossesses à terme :

Oui .... Non ...

➤ Les interventions obstétricales : - Césarienne d'urgence ...

- Forceps ou ventouse (instruments) ....

-Péridurale ....

-Episiotomie ....

➤ Mode d'accouchement : -Voie basse avec ou sans anesthésie ....

- Césarienne programmée ....

• **Néonataux :**

✓ Grossesses précédentes :

➤ Interruption volontaire de la grossesse :

Oui .... Non .... Si Oui, la cause :

➤ Interruption thérapeutique de la grossesse :

Oui .... Non ...

➤ Antécédent d'infertilité : Oui .... Non ...

➤ ATCD de mort-né ou fausse couche : Oui .... Non ....

➤ Décès précoce d'un nouveau-né : Oui .... Non ....

➤ Souffrance fœtale ou néonatale : Oui .... Non ....

✓ Grossesse actuelle :

- |                                    |          |           |
|------------------------------------|----------|-----------|
| ➤ Souffrance fœtale ou néonatale : | Oui ...  | Non ....  |
| ➤ Prématurité :                    | Oui ...  | Non ...   |
| ➤ Macrosomie :                     | Oui .... | Non ....  |
| ➤ Hypotrophie :                    | Oui .... | Non ....  |
| ➤ Malformations :                  | Oui ...  | Non ..... |

• **Psychiatrique :**

- |                                     |          |          |
|-------------------------------------|----------|----------|
| ✓ Pathologie psychiatrique connue : | Oui .... | Non .... |
|-------------------------------------|----------|----------|

Si Oui, Type : Trouble anxieux : ...

Dépression :

Trouble bipolaire :

Schizophrénie :

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| ✓ Dépression pré natale :   | Oui ...  | Non .... |
| ✓ ATCD de dépression post partum liée à une précédente grossesse :            | Oui ...  | Non .... |
| ✓ Peur antérieur de l'accouchement :  | Oui .... | Non ...  |
| ✓ Événement traumatique antérieur dans les 24 mois précédant l'accouchement : | Oui .... | Non .... |
| ✓ Dépression au cours de la grossesse :                                       | Oui ...  | Non .... |
| ✓ Dépression en post partum :   | Oui .... | Non .... |
| ✓ Est-ce qu'il t'est arrivé de penser à te faire du mal ?                     | Oui ...  | Non .... |
| ✓ Baby blues :  | Oui .... | Non .... |
| ✓ Trouble anxieux au cours de la grossesse :                                  | Oui .... | Non .... |
| ✓ Trouble anxieux en post partum :  | Oui .... | Non .... |

Si oui préciser :

TAG .... TP .... TOC ....

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| ✓ ATCD de prise de traitements psychiatriques : | Oui .... | Non .... |
|---|----------|----------|

Si Oui, Type:            –Antidépresseur :

–Neuroleptique :

–Anxiolytique :

–Thymorégulateurs :

–Autres :

## 2. Familiaux :

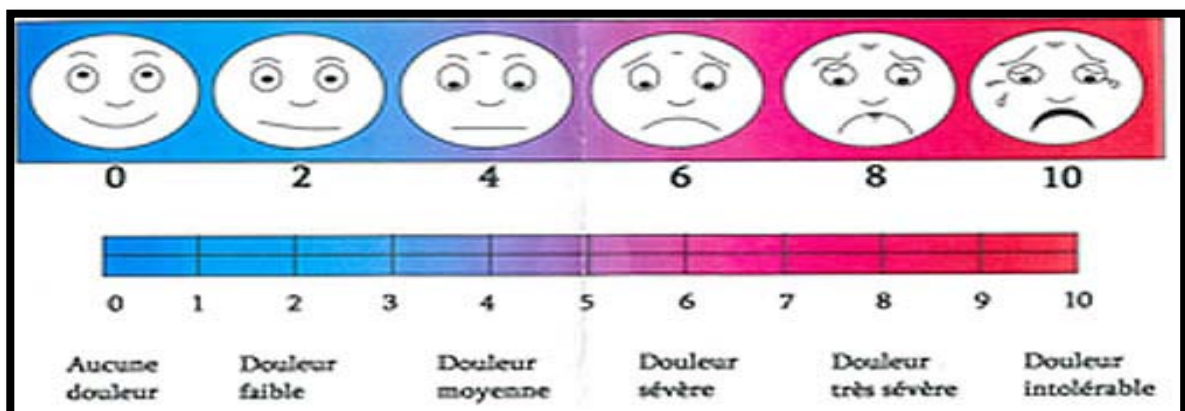
- Psychiatrique :

Oui ...

Non

Si Oui, précisez :

## 3. Evaluation de la douleur lors de l'accouchement selon l'échelle : EVA



4. TSPT Actuelle :

	Non du tout	Une fois ou deux	Parfois	Souvent, mais moins d'un mois	Très Souvent, plus d'un mois
1/ Est-ce que tu as déjà eu des cauchemars liés à l'accouchement ou à l'hospitalisation post partum ?					
2/ Est-ce que tu as des mauvais souvenirs de ton accouchement ou de ton séjour post partum ?					
3/ Est-ce que tu as eu, soudainement, l'impression de revivre l'accouchement et tu t'es sentie envahie d'un sentiment de peur intense ?					
4/ Est-ce que tu essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient te faire penser à l'accouchement ?					
5/ Est-ce que tu évites de faire de choses qui te font repenser à ton expérience d'accouchement ou ton séjour post partum (ne pas regarder des émissions télévisées de l'accouchement et des nouveau nés...) ?					
6/ Est-ce que tu ne t'en souviens plus de certains moments de ton séjour post partum ?					
7/ Est-ce que tu as perdu tout intérêt pour des activités qui te plaisaient avant la grossesse (voir la famille, le boulot...) ?					
8/ Tu te sens seule et rejeter par les autres comme si personne ne te comprend ?					
9/ Est-ce que c'est difficile pour toi maintenant de					

---

**La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum**

---

ressentir l'amour et la tendresse envers les autres ?					
10/ Est-ce que tu as développé, récemment, des difficultés de sommeils (insomnie, réveil nocturnes multiples, cauchemars répétitifs et terrifiants, dégradation de la durée total de sommeil) ?					
11/ Est-ce que tu te mets en colère et tu t'énerves envers les autres encore plus que d'habitude ?					
12/ Est-ce que tu as développé des problèmes de concentration par rapport à avant l'accouchement ?					
13/ Tu te sens plus nerveuse et soucieuse (sensible au bruit ou tu sursautes facilement) ?					
14/ Est-ce que tu te reproches d'être responsable quand les choses allaient mal ?					



## *Résumés*



## **Résumé**

La Prévalence et les conséquences du trouble de stress post traumatique en post partum en font un véritable enjeu de santé publique. Les données restent limitées et parfois contradictoires, en raison de différences méthodologiques sur le dépistage ou le diagnostic de TSPT, les moments d'évaluation et l'échantillonnage.

C'est seulement au cours de ces deux dernières décennies, que plusieurs auteurs se sont intéressés à étudier le développement du TSPT suite à un accouchement et les différents dimensions obstétricales et psychiatriques, vu leurs conséquences sur la qualité de vie des femmes et la relation mère-enfant.

Le but de notre étude est de préciser la prévalence et les caractéristiques du TSPT chez les parturientes en post partum.

Nous avons mené une étude transversale sur un échantillon de 302 femmes en post partum dans la ville de Safi, les résultats obtenus étaient confrontés à ceux de la littérature.

La prévalence du TSPT PP était de 28.57%. Le célibat, le nombre de semaine post accouchement diminué, ATCD psychiatriques personnels avec ou sans prise de traitement psychiatrique, la dépression pré natale et au cours de la grossesse, la peur antérieure de l'accouchement, l'évènement traumatique antérieur, et la présence de troubles anxieux au cours de la grossesse, étaient associés à une prévalence élevée du TSPT en PP.

La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum chez nos parturientes est très élevée par rapport aux études similaires.

En conclusion, si la plupart des parturientes vivent leur accouchement comme un évènement positif, il y'en a d'autres femmes qui développent des symptômes psychopathologiques en post partum, chose qui nécessite de dépister tous les facteurs de risque précocement, afin d'identifier les femmes les plus à risque de TSPT PP et leur proposer une prise en charge spécialisée.

## Abstract

The prevalence and consequences of postpartum post traumatic stress disorder are actually a real public health issue.

The methodological differences in post-traumatic stress disorder screening or diagnostic evaluation moments and sampling; effect the data and make it very small and sometimes conflicting.

It's only during these last two decades, that many authors became interested in studying the development of PP PTSD and learn more about the obstetric and psychiatric risk factors, because of their consequences on the quality of life of women and mother child relationship.

The aim of our study is to define the prevalence of PP PTSD and its characteristic.

We conducted a cross-sectional study on a sample of 302 parturient in postpartum in Safi city, the results were compared with those of literature.

The prevalence of PP PTSD was 28.57%. The celibacy, the low number of weeks after childbirth, the presence of personal psychiatric history with or without a psychiatric treatment, prenatal depression and during pregnancy, anterior fear of labour, previous traumatic event and anxiety disorders during pregnancy, were all associated with a high prevalence of PP PTSD.

The prevalence of PP PTSD in our study is very high comparing to others similar studies.

In conclusion, many women esteem their childbirth a happy event, while others women develop psychopathological symptoms after labour, for that reason, we must screen all risk factors to identify the women with exalted risk to develop PP PTSD and also to suggest a specialized care.

## ملخص

نسبة انتشار و عواقب اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة يمثلان مشكلا للصحة العامة.

وتظل المعطيات المتوفرة جد محدودة وأحيانا متناقضة، وذلك راجع إلى اختلاف الوسائل المتاحة من أجل الفحص المبكر أو تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة، للحظات التقييم وأخذ العينات.

شهد العقدين الأخيرين، توالي الدراسات حول تطور اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة، وحول الأبعاد النفسية

والمترتبة بالتوليد، نظرا لعواقبها على نوعية حياة المرأة وعلاقة الأم والطفل.

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة عند النساء بعد الولادة.

أجرينا دراسة مقطعية على عينة من 302 امرأة بعد الولادة في مدينة آسفي. النتائج المحصلة قورنت مع الأعمال السابقة المأخوذة من المراجع العلمية.

بلغت نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة % 28.57.

وجدنا أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة كانت مرتبطة بالعزوبية، عدد الأسابيع الموالية للولادة

المتضائل، سوابق نفسية شخصية التي كانت تحت أو بدون أدوية نفسية، اكتئاب قبل

الولادة وخلال الحمل، خوف ما قبل الولادة، حدث مخلف لصدمة واضطرابات القلق خلال فترة الحمل.

نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة في دراستنا مرتفعة جدا مقارنة مع المراجع المماثلة.

ختاما، تعد الولادة حدثا سعيدا لدى معظم النساء، عكس أخريات اللاتي تعانين من أعراض نفسية مرضية بعد الولادة، لهذا وجب التشخيص المبكر لكل عوامل الخطر، بغية تحديد النساء الأكثر عرضة لاضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة، واقتراح التكفل المختص.



# *Bibliographie*



1. **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.*
2. **Cramer B.**  
Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder?  
*Infant Ment Health J 1993;14(4):283-97.*
3. **Nicholls K, Ayers S.**  
Childbirth-related post traumatic stress disorder in couples: A qualitative study.  
*Br J Health Psychol 2007; 21:491-509.*
4. **Maggioni C, Margola D, Filippi F.**  
ESPT, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study.  
*J Psychosom Obstet Gynaecol 2006;27(2):81-90.*
5. **Poggi L, et al.**  
Du pré-partum au post-partum : étude des profils et des symptomatologies maternelles.  
*Journal de pédiatrie et de puériculture (2015)*
6. **Miller RL, Pallant JF, Negri LM.**  
Anxiety and stress in the post partum: is there more to postnatal distress than depression?  
*BMC Psychiatry 2006; 6:12.*
7. **Soet JE, Brack GA, Dilorio C.**  
Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth.  
*Birth 2003; 30:36-46.*
8. **Boudou M, Séjourné N, Chabrol H.**  
Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatale comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum.  
*Gynecol Obstet Fertil 2007 ;35 :1136-42.*

9. **Soderquist J, Wijma B, Wijma K.**  
Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth.  
*BJOG 2009; 116:672–80.*
10. **Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J.**  
Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence of contributing factors.  
*Birth 2000; 27:104–11.*
11. **Maron M, Delille S, Cussac I, Vaiva G.**  
Troubles psycho traumatiques du postpartum : prévalence de l'état de stress post-traumatique après une césarienne en urgence.  
*Seme Journée Pierre Deniker. Paris : Elsevier-Masson ; 2006 : 71-76*
12. **Denis A, Parant O, Callahan S.**  
Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population.  
*J Reprod Infant Psychol 2011 ;29 :125-35*
13. **Goutaudier N, Séjourné N, Rousset C, Lami C, Chabrol H.**  
Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of post-partum posttraumatic stress symptoms.  
*J Reprod Infant Psychol 2012 ;30(Suppl. 4) :352-62.*
14. **Ford E, Ayers S, Bradley R.**  
Exploration of a cognitive model to predict posttraumatic stress symptoms following childbirth.  
*J Anxiety Disord 2010 ;24 :353-9.*
15. **Wijma K, Soderquist MA, Wijma B.**  
Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross-sectionnal study.  
*J Anxiety Disord 1997; 11:587–97.*

16. **Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E.**  
Post-traumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling.  
*J Affect Disord* 2009;13.
17. **Soderquist J, Wijma B, Wijma K.**  
The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth.  
*J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(2):113—9.
18. **Volume 74, Number 6 Obstetrical and gynaecological survey**  
*Copyright © 2019 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.*
19. **DSM-V;2015.**
20. **Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum**  
La revue du praticien Vol. 61  
*Novembre 2011*
21. **Ayers S, Pickering AD.**  
Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence.  
*Birth* 2001;28(Suppl. 2) :111—8.
22. **Czarnoka J, Slade P.**  
Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth.  
*Br J Clin Psychol* 2000; 39:35-51.
23. **Zaers S, Waschke M, Ehlert U.**  
Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth.  
*J Psychosom Obstet Gynecol* 2008 ;29 :61—71.
24. **Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder symptoms:The Uninvited BirthCompanion.**  
IMAJ · Vol 14 · june 2012.

25. **Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors.**  
*Iran Red Crescent Med J. 2013 ;15(3)*
26. **Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W.**  
Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du post-partum chez la primipare.  
*J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012 ;41 :553-60.*
27. **Melender HL.**  
Experience of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women.  
*Birth 2002 ;29(2) :101-11.*
28. **Goutaudier N, et al.**  
L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptomes de stress posttraumatique et variables associées.  
*Gynécologie obstétrique & Fertilité (2014)*
29. **Séjourné N, et al.**  
Etude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques.  
*Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018).*
30. **Cigoli V, Gilli G, Saita E.**  
Relational factors in psychopathological responses to childbirth.  
*J Psychosom Obstet Gynaecol 2006 ;27 :91-7.*
31. **Goutaudier N, Bui THE, Lopez A, Mansour M, Chabrol H.**  
Posttraumatic stress disorder symptoms following preterm birth in a French population: prevalence and associated features.  
Poster session presented at the annual meeting of the Anxiety Disorders and Depression Conference, San Diego, CA, USA; 2013.

32. **Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A, Chabrol H.**  
Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study.  
*J Reprod Infant Psychol 2011;29(Suppl. 4):364-73.*
33. **Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F.**  
Parental post-traumatic reactions after premature birth : implications for sleeping and eating problems in the infant.  
*Arch Dis Child 2003 ;88(Suppl. 5) :400-4.*
34. **Gamba Szijarto S, Forcada Gex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, MullerNix C.**  
Etat de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences.  
*Neuropsychiatre Enfance Adolesc 2009 ;57(Suppl. 5) :385-91.*
35. **DeMier RL, Hynan MT, Hatfield RF, Varner MW, Harris HB, Maniello RL.**  
A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants.  
*J Clin Psychol 2000 ;56 :89-100*
36. **Söderquist J, Wijma K, Wijma B.**  
Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables.  
*J Psychosom Obstet Gynaecol 2002 ;23 :31-9.*
37. **Moczygamba CK, Paramsothy P, Meikle S, et al.**  
Route of delivery and neonatal birth trauma.  
*Am J Obstet Gynecol 2010 ;202(Suppl. 4) :361-6.*
38. **Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E.**  
Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study.  
*Acta Obstet Gynecol Scand 2001 ;80 :39-45.*

**39. P. Gosselin et al.**

La peur de l'accouchement chez les nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post traumatique et les symptômes dépressifs post-partum.

*L'Encéphale* 42 (2016) 191–196.

**40. Fairbrother N, Woody SR.**

Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder.

*JPsychosom Obstet Gynaecol* 2007 ;28 :239–42.

**41. Van Son M, Verkerk G, Van Der Hart O, Komproe I, Pop V.**

Prenatal depression, mode of delivery, and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study.

*Clin Psychol Psychother* 2005; 12:297–312.

**42. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF.**

Post-traumatic stress disorder after childbirth.

*Br J Psychiatry* 1995; 166:525–8.

**43. Menage J.**

Post-traumatic disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. A consecutive series of 30 cases of PTSD.

*J Reprod Infant Psychol* 1993 ;11 :221–8.

**44. Lyons S.**

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

*J Reprod Infant Psychol* 1998 ;16 :91–105.

**45. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA.**

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

*J Nerv Ment Dis* 1992 ;180 :271–2.

46. **Borjesson K, Ruppert S, Wager J, Bagedahl-Strindlund M.**  
Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden.  
*Midwifery 2007 ;23 :260–8.*
47. **Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE.**  
Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry 2004; 26:289-95.*
48. **White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B.**  
Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence and course of co-occurrence.  
*J Reprod Infant Psychol 2006 ;24 :107-20.*
49. **Blasio P, Miragoli S, Camisasca E, Vita AM, Pizzo R, Pipitone L.**  
Emotional distress following childbirth: An intervention to buffer depressive and PTSD symptoms.  
*Eur J Psychol 2015 ;11 :214-32.*
50. **Keogh E, Ayers S, Francis H.**  
Does anxiety sensitivity predict post-traumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report.  
*Cogn Behav Ther 2002 ;31(Suppl. 4) :145-55.*
51. **Fones C.**  
Post-traumatic stress disorder occurring after painful childbirth.  
*J Nerv Ment Dis 1996;184: 195-6.*
52. **Guedeney N, Fermanian J.**  
Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties.  
*Eur Psychiatr 1998 ;13 :83-9.*
53. **Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I.**  
Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression?  
*Acta Obstet Gynecol Scand 2004 ;83 :257-61.*

## قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم  
أن أراقب الله في مهنتي  
وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال  
بأدب وأوسع في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق .  
وأن أحفظ للناس كرامتهم ، وأستر عورتهم ، وأكتم سرهم .  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله مسخراً لكل  
معايبي الطبية للقريب والبعيد ، والصالح والطالح والصديق  
والعدو .

وأن أثار على طلب العلم المسخر لنفع الإنسان . . . لا لأداه  
وأن أوقر من علمي ، وأعلم من يصغرنى ، وأكون أخاً لكل زميل في  
المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى ،  
وأن تكون حياتي  
مصداقاً لإيماني  
في سيري وعلائي ،  
نقية مما يشينها  
تجاه الله ورسوله والمؤمنين ،  
والله على ما أقول شهيد .

## نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة اللاحق للولادة

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/09/29  
من طرف

### السيدة هاجر عواد

المزادة في 03 فبراير 1994 بأسفي  
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

### الكلمات الأساسية:

نسبة انتشار-اضطراب ما بعد الصدمة -اللاحق للولادة - عوامل الخطر

### اللجنة

الرئيس

س. أيت بنعلي

السيد

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب

المشرف

إ. عدلي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

الحكام

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

ب. فاخر

السيدة

أستاذة في طب النساء والتوليد