



HAL
open science

Impact des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un état de stress post-traumatique dans le post-partum : une revue qualitative et non exhaustive de la littérature

Julia Rouillay

► To cite this version:

Julia Rouillay. Impact des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un état de stress post-traumatique dans le post-partum : une revue qualitative et non exhaustive de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02074339

HAL Id: dumas-02074339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074339>

Submitted on 20 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Impact des antécédents psychiatriques sur la survenue
d'un état de stress post-traumatique dans le
post-partum : une revue qualitative et non exhaustive de
la littérature**

Julia Rouillay

► **To cite this version:**

Julia Rouillay. Impact des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un état de stress post-traumatique dans le post-partum : une revue qualitative et non exhaustive de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02074339>

HAL Id: dumas-02074339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074339>

Submitted on 20 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n°3086

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 14/09/2018

Par **Julia ROUILLAY**
Née le 14 Septembre 1988 à CAEN (14)

**Impact des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un état de stress
post-traumatique dans le post-partum
Une revue qualitative et non exhaustive de la littérature**

Directeur de thèse Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Juge

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU, Juge

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, Juge

Madame le Docteur Clémence CHAZAUD, Juge

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF, Rapporteur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au rapporteur :

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être rapporteur de ce travail.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous y portez.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Au directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER-DALLAY,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, et pour la bienveillance et la disponibilité dont vous avez fait preuve tout au long de ce parcours. Votre suivi attentif a été d'une aide précieuse. J'ai eu la chance de bénéficier également de la richesse de votre enseignement lors de mon semestre au Réseau de Psychiatrie Périnatale.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre accueil lors de mon arrivée à Bordeaux, et pour la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Aux juges :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'assurance de mon estime et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie pour le soutien et la bienveillance dont vous avez fait preuve au moment de mon droit au remord vers la psychiatrie. Je suis honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail qui se situe à la frontière de nos deux spécialités.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ,

Merci d'avoir accepté de me guider dans la préparation de cette soutenance. Ta présence et ta disponibilité ont été d'un soutien précieux. Je te remercie également pour la force de ton engagement auprès des internes de la subdivision Océan Indien.

Trouve ici l'expression de mon estime et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Clémence CHAZAUD,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. J'ai eu la chance de te rencontrer et de découvrir la psychiatrie périnatale auprès de toi. Je te remercie pour le soutien que tu m'as témoigné depuis le début de mon internat.

Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A ma famille :

A ma mère. Tu avais raison, on ne transmet toujours que ce que l'on est, et si j'en suis là aujourd'hui c'est beaucoup grâce à toi. Je te remercie pour ton soutien infaillible depuis toujours et pour toutes les oranges pressées en PCEMI.

A mon père, pour Dire Straits, Tracy Chapman et Wim Mertens les jours de pluie. Je te remercie de m'avoir transmis ton amour de la nature et ton côté rêveur.

A mon grand-père, Georges, qui est une source d'inspiration.

A Bruno, ma personne précieuse, merci pour ton amour inconditionnel qui fait pétiller ma vie.

A mon frère Thomas, merci de m'ouvrir la voie depuis toujours comme tu le fais. Je suis fière d'être ta petite sœur. Merci à Isa, Elsa, et Alicia.

A mon frère Léo, et à Laure, pour m'apporter tant de bonheur et de fierté.

A Valérie, Martin, Maia, Jacob, Nadia, Manon, Lola, René, Valérie, Léa, Georgia, Doris, Diego, Maria et Duna.

A Jacques et Alysse que je suis heureuse d'accueillir dans notre famille et qui veillent sur ma petite mère.

Je pense également à Mamima, Ricardo, Doudou, David, et Guillaume.

Au Professeur Gérard Levy, merci à toi qui est là depuis le début, et qui veille sur moi.

A mes amis :

A Jeanne et Aurélie, qui sont là depuis toujours.

A mes amis de Strasbourg, ma magic team, Vincent, Pierre-Louis et Mathilde, à Agathe, Léa, Lisa, Emma, Marie, Camille, Dany, Capucine, Alice, Chloé M, Chloé G, Fanny, Diane, Arnaud, Anthony.

A mes amis de la Réunion, Mag et JB, Lucile, Mathieu, Armelle, Jenny, Léo, Naick, Jeannou, Pierrot, Poapi, Delphine, Anthony, Elodie et surtout les copains de Terre Sainte qui ont activement participé à l'élaboration de ce travail, Claire, Andrian, Martin, Sarah, Pauline et Loris

A mes co-internes qui sont devenus mes amis, pour cette belle aventure ensemble et tous ces échanges, Claire, Martin, Héloïse, Lola, Siamak, Olivia, Amandine, Flora, Boris, Marine, Sandra, Pauline, Sarah

Aux équipes rencontrées lors de mes stages :

Merci aux services qui m'ont accueillie et qui m'ont permis de bénéficier de la richesse de leur enseignement, les services de maternité de Saint-Denis et de Saint-Pierre, le CAUMP, le service Jamrose, la Clinique des Gravières, le service Arguin, l'Hôpital de Jour Mère-Enfant à Bordeaux, l'unité Mère-Nourrisson de Strasbourg, l'UMPP de Saint Paul, le CMPEA du Port, et le CMPEA de Saint Louis.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
CADRE THEORIQUE.....	10
1. L'état de stress post-traumatique	10
1.1 Histoire de l'ESPT	10
1.2 Le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies Mentales.....	12
1.3 Prévalence de l'ESPT en population générale	13
1.4 Principaux facteurs de risques identifiés.....	14
2. ESPT dans la période périnatale	15
2.1 Contexte historique	15
2.2 L'accouchement comme évènement traumatisant ?.....	16
2.3 Retentissement de l'ESPT sur la grossesse et le nourrisson	17
REVUES DE LA LITTERATURE ET META-ANALYSES SUR L'ESPT DANS LA PERIODE PERINATALE	20
1. Revues qualitatives de la littérature	21
2. Revues de la littérature avec méta-analyse.....	25
3. Synthèse	28
4. Problématique posée	29
MATERIEL ET METHODE	30
1. Objectifs de notre travail.....	30
2. Mode de recherche des études.....	30
3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
3.1 Critères généraux	30
3.2 Evaluation de l'ESPT-PP	31
3.3 Evaluation des antécédents psychiatriques	31

3.4 Critères de qualité	31
RESULTATS	33
1. Description de l'inclusion des études	33
2. Etudes portant sur l'ESPT-PP et tenant compte d'antécédents psychiatriques ou psychologiques sans précision	34
2.1 Etudes transversales	34
2.2 Etudes longitudinales	41
2.3 Synthèse	48
3. Etudes portant sur l'ESPT-PP et tenant compte de l'antécédent de dépression ou d'ESPT	48
3.1 En population générale.....	49
3.2 En population ciblée.....	54
DISCUSSION	58
1. Analyse des résultats	58
1.1 Description de la prévalence de l'ESPT-PP	58
1.2 Corrélations entre les antécédents psychiatriques et l'ESPT-PP.....	61
2. Limites et points forts de notre travail	65
3. Implications cliniques de nos résultats	67
3.1 En anténatal	67
3.2 A l'accouchement.....	69
3.3 Dans le post-partum	69
4. Perspectives d'évolution avec le DSM 5.....	70
CONCLUSION	72
ANNEXES	74
BIBLIOGRAPHIE	78
SERMENT D'HIPPOCRATE	87

LISTE DES ABREVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CAPS	Clinician Administered PTSD Scale
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIM	Classification Internationale des Maladies
CQ	Critères de Qualité
DSM	Manuel de Diagnostic et Statistiques des Maladies Mentales
DPN	Dépression Post-natale
DTS	Davidson Trauma Scale
ESA	Etat de Stress Aigu
ESPT	Etat de Stress Post-traumatique
ESPT-PP	ESPT Post-partum
EVT	Evénement de Vie Traumatique
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IES	Impact Event Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MPP	Mois du Post-partum
MPSS-SR	Modified PTSD Symptoms Scale Self Report
NWS-PTSD	National Women's Study PTSD Module
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCL-C	Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian
PDS	Posttraumatic Disorder Scale
PE	Prééclampsie
PPQ	Perinatal Post Traumatic Disorder Questionnaire
PSS-SR	PTSD Symptom Scale Self-report Questionnaire
PTSD-Q	Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire
RPM	Rupture Prématuration des Membranes
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SG	Semaines de Grossesse
STACY	“The Stress, Trauma, Anxiety, and the Childbearing Year” project
SPP	Semaines du Post-partum
STAI	State Anxiety Inventory
TES	Traumatic Event Scale
TSPT	Trouble Stress Post-traumatique

INTRODUCTION

La période périnatale a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(1) comme la « période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (SG), soit environ le 6e mois, et le 7e jour de vie après la naissance ». En santé mentale, le terme « périnatalité » couvre une période plus large et concerne tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la première année de l'enfant(2). Pendant des siècles, la douleur et le risque vital liés à l'accouchement en Occident étaient acceptés avec une empreinte religieuse forte. Il aura fallu attendre la fin du XIXe siècle et le développement de nouveaux outils pour que la médicalisation des accouchements permette une réduction de la mortalité maternelle(3). Aujourd'hui, on reconnaît que la période périnatale est potentiellement dangereuse également sur le plan de la santé mentale, et qu'il faut protéger celle des femmes en couches. Si les troubles psychiatriques les plus fréquents et les mieux explorés durant cette période sont les troubles de l'humeur, notamment de type dépressif, la prise en compte de la dimension potentiellement traumatique de l'accouchement, même normal, est de plus en plus considérée par les équipes d'obstétrique. De ce fait, les publications sur les conséquences psychiques et psychiatriques de cet événement hors du commun qu'est l'accouchement sont de plus en plus nombreuses.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychiatrique qui peut découler d'un événement particulièrement stressant, et qui désigne un ensemble de symptômes psychiatriques faisant suite à l'exposition à un événement de vie traumatique (EVT) et confrontant à un risque de mort. Dans la population générale, la prévalence de l'ESPT vie-entière est d'environ 4% en Europe(4) et 7% aux Etats-Unis(5). Dans la période périnatale, la prévalence de ce trouble est de plus en plus explorée. Les quelques travaux existants retrouvent des chiffres aux environs de 7% d'ESPT pendant la grossesse(6,7), et entre 3% et 6% dans le post-partum(8). Contrairement aux événements potentiellement traumatiques dans la population générale, l'accouchement est un phénomène prédictible, permettant des démarches de dépistage et de prévention efficaces en terme de santé générale et donc mentale, d'autant plus que les femmes ont un accès facilité aux soins.

A travers une revue qualitative et non exhaustive de la littérature, notre travail a pour but d'explorer les liens entre les antécédents psychiatriques et la survenue ou la réactivation de l'ESPT dans le post-partum (ESPT-PP). Nous aborderons dans une première partie le cadre théorique afin de situer le contexte historique et nosographique de ce trouble, nous réaliserons une brève synthèse des revues de la littérature préexistantes afin de préciser notre propos, puis nous développerons notre travail et en discuterons les résultats.

CADRE THEORIQUE

1. L'état de stress post-traumatique

La notion de traumatisme psychique est une notion ancienne : des troubles psychiques et comportementaux survenant dans un contexte exceptionnellement angoissant sont déjà décrits dans la mythologie. Dans le mythe de Méduse, quiconque la regardait droit dans les yeux en restait pétrifié d'angoisse. Persée s'en était protégé en reflétant son regard sur la surface polie de son bouclier, lui évitant ainsi un face-à-face mortel.(9) Il aura fallu néanmoins plusieurs siècles pour que le terme de traumatisme psychique apparaisse dans le vocabulaire médical, et en particulier, le vocabulaire psychopathologique. La notion d'ESPT, elle, est une notion récente, qui regroupe les différents symptômes psychiatriques pouvant apparaître et perdurer suite à l'exposition à un EVT.

Nous allons aborder dans un premier temps l'histoire de l'ESPT, puis nous détaillerons sa définition au sens du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) et de la Classification Internationale des Maladies (CIM), puisqu'il s'agit de références communément utilisées dans la recherche clinique.

1.1 Histoire de l'ESPT

Le mot « traumatisme » vient du grec ancien *trauma*, qui signifie « blessure ». Il est initialement décrit dans la mythologie de Persée. L'utilisation de ce terme en médecine n'apparaît qu'au XIXe siècle pour décrire des blessures psychiques.

Le terme de « névrose traumatique » apparaît en 1888 avec Oppenheim(10). Il décrit chez des victimes d'accidents de chemin de fer une pathologie entièrement engendrée par l'événement traumatique. Il s'agit d'états psychiques secondaires à des commotions cérébrales et qui s'expriment notamment par des cauchemars et des souvenirs obsédants de l'EVT, survenant à distance de celui-ci.

De son côté, Charcot(11) émet l'hypothèse d'une étiologie héréditaire à ces troubles et il introduit le concept de l'« hystéro-neurasthénie ». Il décrit des « attaques hystériques » survenant à distance d'un EVT, provoqués par des stimuli rappelant la scène traumatique. A la différence d'Oppenheim qui considérait la névrose traumatique comme une séquelle d'accident, pour Charcot, l'EVT ne vient que révéler ou actualiser le potentiel pathologique de l'individu.

Quelques années plus tard, Kraepelin(12) introduit la notion de « névrose d'effroi » qui définit l'état psychique de l'individu au moment de l'événement. Pour lui, il n'est pas nécessaire d'avoir vécu l'EVT, mais en avoir été le spectateur peut suffire.

Au début du XXe siècle, avec la Première Guerre Mondiale, les psychanalystes proposent des travaux étiopathogéniques établissant la fixation du malade à son traumatisme comme l'hystérique à son symptôme. Il faut différencier ici l'EVT du traumatisme infantile à l'origine du symptôme hystérique. Dans le cas présent, le traumatisme est un événement qui constitue pour Ferenczi(13) la « fin de l'illusion de l'immortalité ».

Freud(14) complète qu'il s'agit là d'une confrontation au « réel de la mort ». C'est-à-dire que nous vivons chacun dans l'illusion d'une immortalité avec une irréprésentabilité de la mort dans l'inconscient. Nous n'avons qu'une représentation mentale de l'image de la mort, et, par définition nous n'en n'avons pas l'expérience. Il décrit des symptômes de névrose post-traumatique après trois types de situations. Dans le premier cas, le sujet est lui-même concerné de près par la mort. C'est le cas des victimes d'accident, ou d'agression. Le sujet est confronté au réel de sa propre mort dans le regard de son agresseur qui le menace avec une arme. Dans le second cas, le sujet est confronté de près à la mort « de l'autre », qui survient brusquement près de lui. Et enfin, dans le dernier cas, le sujet est confronté de près à « la mort horrible », que l'on retrouve dans les cas de mort extrêmement violente ou lors de la découverte de cadavres. C'est une situation qui a été fréquemment retrouvée, par exemple, chez les soldats alliés lorsqu'ils ont découvert les corps mutilés des déportés au moment de la Libération. Ces situations sont généralement marquées par la soudaineté avec laquelle elles surviennent. Les récits de victimes relatent toujours un événement au « moment où ils ne s'y attendaient pas » indépendamment du fait que la situation rende probable cet événement.

Freud décrit « l'appareil psychique » comme une vésicule protégée par les défenses de l'individu, le « pare excitation ». Le traumatisme survient dans un moment dit « d'effroi » c'est-à-dire lors d'un état furtif de vide de la pensée et des affects, sans activation des mécanismes de défense. Il entraîne « l'effraction psychique », et l'intrusion de l'image traumatique comme un corps étranger dans le préconscient. Ce corps étranger serait à l'origine des symptômes intrusifs et de reviviscences de l'EVT.

C'est dans l'après-guerre que les psychiatres militaires apportent une description sémiologique plus proche des classifications actuelles. En 1986, Crocq(15) réutilise le terme de « névrose traumatique » au sujet de syndromes mentaux post-accident. Le terme de « stress » apparaît, il s'agit de « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de

l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée ». La capacité de l'individu à faire face à une réaction de stress correspond au *coping*.

1.2 Le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies Mentales

Le DSM est la référence aux Etats-Unis en termes de classification des maladies mentales. Il est largement utilisé en recherche clinique afin de permettre une uniformisation et une objectivation des troubles psychiques. Il est à l'origine de la définition de l'ESPT.

Cette notion apparaît dans le DSM 3 en 1980(16), dans la catégorie des « Troubles anxieux ». Les troubles traumatiques, jusque là considérés comme une vulnérabilité personnelle, deviennent une entité diagnostique attribuée à un agent extérieur. L'ESPT regroupe un ensemble de symptômes (ré-expériences, évitements, symptômes neurovégétatifs) pouvant survenir après un EVT (par exemple : agression physique et/ou sexuelle, catastrophe naturelle, torture, accident de voiture). L'ESPT est qualifié d'aigu si les symptômes surviennent dans les 6 mois après l'événement et qu'ils durent moins de 6 mois. Il est qualifié de chronique, ou retardé, s'ils surviennent et/ou durent plus de 6 mois après l'événement.

En 1994, le DSM 4(17) ajoute le diagnostic différentiel d'Etat de Stress Aigu (ESA) qui permet d'expliquer les symptômes de survenue précoce, survenant dans les 4 semaines consécutives à l'EVT et apporte une définition plus complète à l'ESPT. Le texte est révisé et republié en 2000 (DSM 4 TR), sans modification relative à cet item.(18) Nous détaillerons la sémiologie clinique du DSM 4 car la majorité des études recensées utilisent cette nomenclature pour diagnostiquer des ESPT, puis nous évoquerons les modifications du DSM 5 puisque c'est la référence depuis 2013.

1.2.1 Critères diagnostics cliniques du DSM 4-TR

Le système diagnostique du DSM 4-TR(18) prévoit de coter un certain nombre de critères afin de déterminer l'existence d'un ESPT. Ils permettent de définir l'EVT, les symptômes présents, et le retentissement qu'ils génèrent.

Dans l'ESPT tel qu'il est décrit par le DSM 4-TR, le sujet a vécu un EVT, qui constitue une menace de son intégrité physique ou celle d'autrui (c'est le critère A1). L'EVT doit être un événement violent ou menaçant, vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur (c'est le critère A2). Le patient doit présenter des symptômes d'intrusion, d'évitement-émoussement, et des symptômes neurovégétatifs. Les symptômes doivent durer plus d'un mois et provoquer une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social. A noter que lorsque les symptômes sont présents pendant moins d'un mois après

l'EVT, on parle d'état de stress aigu (ESA). Lorsqu'ils persistent après quatre semaines, on parle d'ESPT aigu (inférieur à 3mois) ou chronique (supérieur à 3mois).

L'ensemble des critères diagnostics est présenté en annexe 1.

Dans la 10^e édition de la CIM (CIM-10)(18) proposée par l'OMS, l'Etat de stress post-traumatique correspond au critère F 43.0. Par ailleurs, les critères diagnostics ne spécifient pas une durée minimale des symptômes.

1.2.2 Définition actuelle : le DSM 5

Depuis 2013, le DSM 5(19) apporte une nouvelle catégorie, distincte des troubles anxieux, les « Troubles consécutifs au stress et aux traumatismes ». Elle inclut : le trouble réactif de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble d'adaptation, le trouble stress post-traumatique (TSPT). Il faut spécifier si le TSPT est présent avec ou sans symptômes dissociatifs (déréalisation ou dépersonnalisation).

Le critère A2 subjectif disparaît, il n'est plus nécessaire d'avoir ressenti un sentiment d'horreur ou de peur intense pour qualifier l'événement de traumatique.

Par ailleurs, il prévoit de prendre en compte également l'altération des cognitions et de l'humeur en lien avec l'EVT.

Alors que le DSM 4-TR (18) considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un ESA ou d'un ESPT, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

L'ensemble des critères diagnostiques cliniques du DSM 5 est présenté en annexe 2.

1.3 Prévalence de l'ESPT en population générale

Les taux de prévalence de l'ESPT sont variables selon les pays, les cultures étudiées, ainsi que les outils employés.

Pour l'étude européenne ESEMeD (4), les données concernant la population française sur un échantillon de 2894 sujets indiquaient une prévalence, sur les 12 derniers mois, de 2,2% pour l'ensemble de la population, avec 0,7% pour les hommes et 3,5% pour les femmes. La prévalence vie-entière sur toute la population était de 3,9 %.

Aux États-Unis, Kessler et al.(5) retrouvent une prévalence d'ESPT de 6,8 %, augmentant progressivement avec l'âge jusqu'à 60 ans pour décroître ensuite. En Australie, Mc Evoy et al.(20) retrouvent une prévalence similaire de 7.2% d'ESPT vie-entière.

1.4 Principaux facteurs de risques identifiés

Les principaux facteurs de risques d'ESPT retrouvés dans la population générale sont : le sexe féminin, la nature et la sévérité du traumatisme, l'existence d'un ESA, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, un antécédent d'EVT et notamment d'abus sexuel, un attachement de type insécure, l'exposition secondaire à de nouveaux facteurs de stress.(21) On retrouve un risque accru d'ESPT chez les personnes ayant déjà vécu au moins un EVT. Cela constituerait une fragilité prédisposant à développer des symptômes d'ESPT lors de l'exposition à un nouvel EVT.(21,22)

Les femmes semblent également plus à risque de chronicisation des troubles. En effet, en 1997, dans une étude portant sur 2181 individus, Breslau et al.(22) retrouvaient que les femmes étaient plus à risque de développer un ESPT que les hommes, et que la durée moyenne d'évolution des symptômes était de 48 mois contre 12 mois pour les hommes. Ils mettaient en évidence que ces symptômes avaient un impact significatif sur leur qualité de vie. Ces résultats étaient indépendants du type de traumatisme. Dans une étude parue en 2009, Koenen & Widom(23) ont comparé de façon prospective la survenue d'ESPT chez 674 individus qui présentaient un antécédent d'abus ou de négligence, et ils ont retrouvé que les femmes étaient deux fois plus à risque de présenter un ESPT que les hommes lorsqu'elles avaient un antécédent d'abus sexuel.

Certaines études retrouvent une vulnérabilité féminine liée aux hormones sexuelles(24,25). En particulier, les perturbations immunologiques et neuroendocrines observées lors de la phase lutéale contribueraient au développement d'ESPT. Dans une revue de la littérature parue dans le Lancet en 2017, Li & Graham(26) ont souligné que les variations des taux d'œstradiol et de progestérone pourraient à la fois constituer un facteur de vulnérabilité aux troubles anxieux mais également faciliter leur maintien.

Ainsi, on retrouve des spécificités féminines à l'apparition de certains troubles psychiques. La période périnatale est une période particulièrement propice aux remaniements psychiques et physiques. Nous allons à présent aborder les spécificités de l'ESPT en période périnatale. Nous évoquerons dans un premier temps le contexte historique dans lequel il s'inscrit, nous verrons ensuite comment ce trouble a été décrit après l'accouchement, puis nous évoquerons le retentissement qu'il peut avoir sur la mère et l'enfant.

2. ESPT dans la période périnatale

2.1 Contexte historique

Depuis l'Antiquité, les périodes de la grossesse et du post-partum sont reconnues comme des périodes de vulnérabilité psychique pour les femmes. Hippocrate (-460-380 av. JC) fut le premier à s'y intéresser. Il décrit des troubles mentaux chez les femmes en couche. Basant sa théorie sur le déséquilibre des humeurs à l'origine des pathologies, il en déduit que les manifestations psychiques pathologiques seraient annoncées par une « congestion de sang dans les mamelles » pour finalement apparaître lorsque les « lochies se portent vers la tête » (27). Galien compléta : « le sang plus brûlant s'accumule dans les mamelles et ne peut se convertir en lait ; en raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir. » (28) Cette théorie de la « métastase laiteuse » ou « métastase lochiale » partait du postulat empirique qu'il existait un lien entre le cerveau et l'appareil génital, et rendait compte de « l'excitation, du délire, et des transports maniaques » (27).

Il a fallu attendre le XIXe siècle pour que paraissent les premières analyses scientifiques des troubles psychiatriques dans le post-partum. En 1838, Esquirol décrivait l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices dans son « Traité des maladies mentales considérées sous le rapport hygiénique et médico-légal » (29). Il a ainsi mis en évidence l'importante fréquence de ces troubles, l'absence de spécificité des tableaux observés et le délai rapide d'apparition des symptômes dans les suites de couches. En 1858, Marcé, élève d'Esquirol, introduit la notion de psychose puerpérale, dans son « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées, et des nourrices, et considération médico-légales qui se rattachent à ce sujet. » (28).

En 1961, Racamier introduit le concept de « maternalité » (30) en référence aux réflexions autour du processus psychique du « devenir mère », et il organise les premières hospitalisations mère-bébé. Il faudra néanmoins attendre 1979 pour que voient le jour les premières unités d'hospitalisation conjointe. Pour Missonier (2), l'intérêt initial de ces unités autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post-partum, s'est progressivement élargi vers des missions de prévention primaire et secondaire, avec une ouverture sur la « diversité des dysfonctionnements de la parentalité ».

2.2 L'accouchement comme évènement traumatisant ?

La notion de troubles psychiques liés au traumatisme de l'accouchement est décrite en 1978 par Bydlowski & Raoul-Duval(31). Elles rapportent dix cas de névroses traumatiques repérées sur deux ans chez des femmes enceintes, qui leur étaient adressées par des obstétriciens. Toutes rapportaient un accouchement antérieur difficile, avec un vécu traumatique. Il s'agissait souvent d'un travail long et pénible, associé à un effet de surprise là où elles attendaient sans angoisse la naissance. Elles présentaient lors de la grossesse suivante, une symptomatologie post-traumatique à type de cauchemars, troubles de l'endormissement, anxiété nocturne. C'est ainsi qu'est apparue la notion de « névrose traumatique post-obstétricale ».

Bydlowski met en évidence que la naissance peut être une confrontation au réel de la mort. Elle mentionne que « l'accouchement - et tout particulièrement le premier accouchement de la vie d'une femme peut, par la violence somatique qu'il comporte obligatoirement, être l'occasion de ce stress psychique, être la circonstance où imaginativement la patiente peut faire de façon privilégiée l'expérience de la mort imminente ».(32) L'accouchée est donc exposée au risque de développer des symptômes de névrose post-traumatique dans le post-partum. Plusieurs risques sont alors identifiés : la peur de vivre un nouvel accouchement et le désir de ne plus avoir d'enfant, la réémergence de symptômes traumatiques lors d'une nouvelle grossesse (tout particulièrement au troisième trimestre), la survenue d'un nouvel accouchement traumatique et donc de complications obstétricales, néonatales et psychiatriques. A l'issue de ces travaux, elle met l'accent sur l'importance du dépistage précoce de ces symptômes traumatiques afin d'améliorer le pronostic maternel et infantile.

Dans les DSM, il n'y a pas de catégorie spécifique pour définir un ESPT-PP. Qualifier l'accouchement d'EVT peut être un phénomène fréquent, cependant, il existe une dimension subjective importante. L'apparition du critère A dans le DSM 4(17) tente de donner une dimension plus objective à l'EVT en associant le critère A1 objectif (l'existence d'une menace vitale pour soi ou pour autrui) à un critère A2 plus subjectif (la peur intense). L'étude australienne d'Alcorn et al.(8), illustre cela parfaitement. Parmi les 866 femmes interrogées, 91% des femmes disaient avoir vécu au moins un EVT au cours de leur vie, mais lorsqu'ils confrontaient les récits faits par les patientes aux critères du DSM 4(17), seulement 43.3% de ces EVT correspondaient au critère A. Après l'accouchement 45.5% des femmes décrivaient un accouchement traumatique selon le critère A, indépendamment de l'antécédent d'EVT. Enfin, une faible proportion avait développé des symptômes d'ESPT-PP liés à l'accouchement. L'accouchement pourrait donc être considéré comme un EVT au même titre qu'un autre, à la différence qu'il s'agit d'un phénomène prédictible.

L'arrivée des psychiatres dans les maternités a permis une rencontre précoce des ces parturientes avec un intérêt croissant pour le dépistage des troubles du post-partum et la prévention de leur évolution. En 2001, Molénat (33) mettait en avant l'importance d'un temps de reprise avec les obstétriciens et les pédiatres lorsque l'accouchement avait été traumatique. Elle ajoutait : « Des vécus de jugement négatif partagés, des sentiments de culpabilité désamorçés, des projections erronées partagées mobilisent plus rapidement l'état émotionnel de la patiente que le recueil des confidences sur un passé douloureux et/ou un présent chaotique ».

2.3 Retentissement de l'ESPT sur la grossesse et le nourrisson

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1.2.1 page 12, l'ESPT peut se manifester par des symptômes d'évitement ou d'intrusion qui peuvent avoir pour conséquence un repli sur soi, de l'anxiété, ainsi qu'une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes. Ces symptômes sont fréquemment déclenchés par des éléments qui viennent rappeler l'EVT en cause. En 2016, un groupe de 14 chercheurs anglais se sont réunis pour rédiger un état des connaissances actuelles concernant l'ESPT-PP(34). Ils soulignaient en conclusion, qu'en dépit d'un certain nombre d'études qualitatives apportant un éclairage intéressant sur l'impact d'un accouchement traumatique sur le développement des enfants, plus d'études quantitatives prospectives seraient nécessaires pour le préciser. Néanmoins on retrouve quelques études qui mettent en évidence le retentissement sur les interactions mère-enfant, sur le développement de l'enfant, ainsi que les conséquences des symptômes d'ESPT sur une grossesse ultérieure.

2.3.1 Complications obstétricales

En 2018, Cook et al.(35) publiaient une revue systématique de la littérature sur les complications néonatales liées aux symptômes d'ESPT pendant la grossesse et y incluaient 26 études. Parmi ces études, six retrouvaient une corrélation inconstante entre le développement du fœtus et les symptômes maternels d'ESPT, mais trois études retrouvaient une association forte entre symptômes d'ESPT et petit poids de naissance. L'origine de cette association semblait plurifactorielle, et cinq études recherchant une corrélation entre accouchement prématuré et symptômes d'ESPT ne retrouvaient pas de résultats homogènes. La principale limite à cette revue était la grande hétérogénéité méthodologique des études incluses.

Les complications obstétricales pourraient être liées aux comorbidités psychiatriques de l'ESPT. En 2007, Rogal et al.(36) ont réalisé un entretien clinique psychiatrique chez 1100 femmes enceintes, à la recherche d'ESPT. Ils ont mis en évidence une association statistiquement significative entre des troubles de l'usage de substance, des troubles paniques, des épisodes dépressifs majeurs et des antécédents

d'accouchement prématuré chez des femmes qui présentaient un ESPT. Néanmoins, ils ne retrouvaient pas d'association statistiquement significative avec des accouchements prématurés sur la grossesse suivie au moment de l'étude. Dans une cohorte de 1259 femmes enceintes parue en 2008, Seng et al.(6) retrouvaient également une augmentation de la consommation de tabac à visée anxiolytique, et un taux plus élevé de traitements psychotropes lors de la découverte de la grossesse. Néanmoins, dans une étude parue en 2014 dans le JAMA Psychiatry, Yonkers et al.(37) retrouvaient un risque d'accouchement prématuré multiplié par quatre chez les femmes qui présentaient un diagnostic d'ESPT avec symptômes dépressifs, après contrôle des facteurs de confusion et notamment les traitements par antidépresseurs ou benzodiazépines. Ces résultats suggèrent un impact direct de l'ESPT sur le déroulement de la grossesse.

Ainsi, on peut voir que la période périnatale peut être à la fois vectrice de troubles mentaux liés au stress mais également, que ces facteurs de stress pourraient constituer à leur tour des facteurs de risque pour le déroulement de grossesses ultérieures.

2.3.2 Troubles développementaux et interactionnels

Chez les enfants nés de femmes qui ont présenté un stress périnatal élevé il semblerait que le taux de cortisol élevé pendant la grossesse pourrait être à l'origine de troubles de la régulation du stress chez le nourrisson, en traversant la barrière hémato-placentaire et en agissant sur l'axe hypothalamo-hypophysaire du fœtus(38).

Les premiers cas cliniques publiés par Ballard et al.(39) en 1995 retrouvaient déjà des troubles interactionnels parmi les dyades dont la mère présentait des symptômes d'ESPT. Sur les quatre cas présentés, une mère évitait totalement son bébé, tandis qu'une autre se montrait agressive envers son aîné.

En 2003, Pierrehumbert et al.(40) publiaient une étude sur les ESPT chez les parents d'enfants nés prématurés. Ils retrouvaient plus de troubles alimentaires et de troubles du sommeil chez les enfants dont les mères présentaient des symptômes d'ESPT que chez les enfants de celles qui n'en présentaient pas. En 2011, ils publiaient une seconde étude(41) comparant les interactions mère-enfant entre un groupe d'enfants nés prématurément et un groupe d'enfants nés à terme. Ils mettaient en évidence que les mères qui présentaient des symptômes d'ESPT avaient des représentations altérées des liens d'attachement et qu'elles pouvaient avoir des interactions plus intrusives que celles qui ne présentaient pas d'ESPT. A 18 ans, plus le stress maternel perçu dans le post-partum était élevé, plus les enfants présentaient des attachements de type insécure-évitant.

En 2013, Muzik et al.(42) comparaient les interactions mère-enfant entre un groupe de femmes qui présentaient des symptômes d'ESPT-PP liés à des attouchements sexuels dans l'enfance et un groupe de

femmes qui ne présentaient pas de symptômes d'ESPT. Ils retrouvaient une association statistiquement significative entre les troubles de l'attachement et la présence de symptômes dépressifs et post-traumatiques jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Plus récemment, Morelen et al.(43) ont enregistré l'expérience du « Still Face » à 6 mois du post-partum (MPP), chez 192 dyades, afin de comparer les interactions en fonction des symptômes d'ESPT et des antécédents de maltraitance de la mère. Ils ont mis en évidence que la présence de symptômes dépressifs et post-traumatiques pouvait altérer les interactions mère-enfant. Tandis qu'ils retrouvaient plus fréquemment des réactions émotionnelles négatives chez les mères qui présentaient des symptômes dépressifs, ils mettaient en évidence deux types de réactions chez les mères qui présentaient des symptômes d'ESPT. Un groupe présentait significativement plus de réactions émotionnelles négatives tandis que l'autre groupe présentait significativement plus de réactions positives. Ils émettaient l'hypothèse que cela pourrait être dû d'une part à la capacité de résilience de la mère face à son bébé, mais que cela pourrait également refléter le caractère fluctuant et stress-dépendant des symptômes d'ESPT par rapport aux symptômes dépressifs.

Dans une étude prospective longitudinale portant sur 1480 femmes suivies pendant leur grossesse et jusqu'à deux ans après leur accouchement, Garthus-Niegel et al.(44) retrouvaient que les femmes qui présentaient des symptômes d'ESPT avaient plus de troubles des interactions avec leur bébé. Les symptômes d'intrusion étaient significativement plus associés à une irritabilité et des accès de colère vis-à-vis de leur bébé tandis que celles qui présentaient des symptômes d'évitement étaient plus susceptibles de se détourner de leur bébé. A deux ans, les enfants de mères qui présentaient des symptômes d'ESPT-PP avaient significativement plus de troubles de la régulation émotionnelle. Cette association restait significative après ajustement des comorbidités dépressives ou anxieuses. Dans une autre étude(45) réalisée sur cet échantillon, ils retrouvaient moins d'initiation de l'allaitement chez les femmes qui présentaient des symptômes d'ESPT que chez celles qui n'en présentaient pas.

Néanmoins, une étude longitudinale portant sur 81 dyades jusqu'à deux ans après l'accouchement ne retrouvait qu'une association faible entre les symptômes d'ESPT-PP et les troubles interactionnels(46).

Au regard de ces éléments, nous pouvons percevoir la nécessité d'approfondir les recherches dans ce domaine, mais également l'importance de préserver la santé mentale des femmes dans le post-partum afin de protéger le développement de ces enfants.

REVUES DE LA LITTÉRATURE ET META-ANALYSES SUR L'ESPT DANS LA PERIODE PERINATALE

Dans la période périnatale, la présence de symptômes d'ESPT peut avoir plusieurs étiologies. Il peut s'agir d'ESPT antérieurs à la grossesse, d'ESPT déclenchés par des événements liés à la grossesse, à l'accouchement ou à d'autres EVT(par exemple, aux accidents ou agressions)(47). Enfin, lorsqu'il existe d'autres EVT vécus dans le passé, en particulier des traumatismes sexuels, la période périnatale peut-être le théâtre de la réactivation de symptômes liés à ces traumatismes antérieurs(48,49). A l'heure actuelle, dans la littérature, on retrouve plus d'études concernant l'ESPT-PP lié à l'accouchement que l'ESPT à déclenchement gravidique. Cela explique, en partie, la grande hétérogénéité dans les chiffres de prévalence rapportés par les études ainsi que parmi les facteurs de risques identifiés.

En 2003, Bailham & Joseph(50) publiaient l'une des premières revues, consacrée à la littérature émergente sur l'ESPT-PP. Ils décrivaient des ESPT-PP liés à l'accouchement, indépendamment du mode d'accouchement, bien que certaines interventions telles que la césarienne en urgence ou les manœuvres obstétricales, semblaient en augmenter le risque. Ils ne retrouvaient pas suffisamment d'études permettant de conclure au rôle des antécédents psychologiques, néanmoins ils mettaient en évidence un besoin important de développer les recherches dans ce domaine.

Depuis, plusieurs travaux ont été réalisés afin de préciser la prévalence et les facteurs de risque d'ESPT-PP. Les principales revues de la littérature (51–54) et méta-analyses (55–57) portant sur les facteurs de risque de l'ESPT-PP sont présentées ci-dessous. Celle de Dikmen-Yildiz et al.(56), la plus récente, est la seule qui se soit intéressée à la fois à l'ESPT durant la grossesse et dans le post-partum.

1. Revues qualitatives de la littérature

Les principales revues qualitatives de la littérature portant sur les facteurs de risque d'ESPT-PP sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : revues qualitatives de la littérature

Auteurs, date de publication	Nombre d'inclusions	Prévalence	Population	Facteurs de risque dans le post-partum
Ayers, 2004(54) Royaume-Uni	NC	1 à 2%	Population générale Dans le post-partum	Modèle théorique diathèse-stress
Olde, 2006 (52) Pays-Bas	5 études de cas 14 études quantitatives	2.8%-5.6% à 6 SPP 1.5% à 6 MPP	Population générale Dans le post-partum	Antécédent de trouble psychologique Anxiété trait Interventions obstétricales Mauvaise entente avec le personnel soignant Sensation de perte de contrôle Faible soutien ressenti du partenaire
Andersen, 2012(51) Danemark	27 études 4 revues de la littérature	1.3%-2.4% à 1 à 2 MPP 0.9-4.6% à 6 à 12 MPP	Population générale Dans le post-partum	Présentés par ordre décroissant : Facteurs majeurs : - Détresse au moment de l'accouchement - Urgences obstétricales Facteurs intermédiaires : - Complications néonatales - Troubles mentaux pendant la grossesse - Antécédent psychiatrique - Faible soutien a l'accouchement - Antécédent d'EVT
Dekel, 2017 (53) Etats-Unis	36 études	4.6% à 1-3MPP ¹ 6.3% à 1-3 MPP ²	32 études en population générale 4 études en population à risque Dans le post-partum	Présentés par ordre décroissant : - Symptômes de détresse au moment de l'accouchement - Santé mentale maternelle (antécédent de dépression prénatale, antécédent psychiatrique préexistant à la grossesse, anxiété pendant la grossesse) - Antécédent d'ESPT préexistant ou d'EVT - Complications obstétricales - Faible soutien ressenti

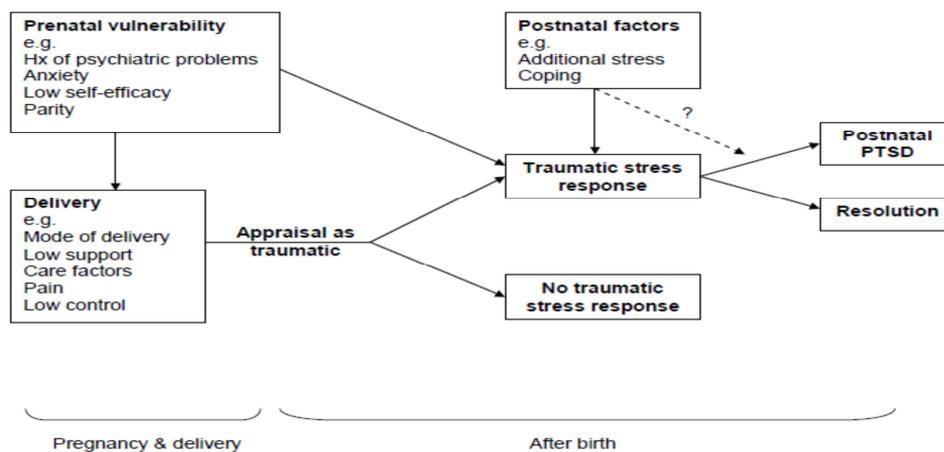
¹Etudes qui ne prennent pas en compte des antécédents d'ESPT

² Etudes qui prennent en compte les antécédents d'ESPT

En 2004, Ayers et al.(54) proposaient une revue de la littérature portant sur la définition, la prévalence, les facteurs de risque, les outils diagnostics, ainsi que le traitement de l'ESPT-PP. En conclusion, ils proposaient la distinction entre un ESPT-PP qui serait le continuum d'un ESPT préexistant et un ESPT survenant *de novo* après l'accouchement. Néanmoins, une seule étude(58) recherchait l'existence d'un ESPT pendant la grossesse et ils concluaient que d'autres études semblaient nécessaires

afin de pouvoir renforcer cette hypothèse. Ils remarquaient également que dans 10 % des cas, l'accouchement pouvait être vecteur de réactions de stress aigu (symptômes présents moins de 4 semaines) et qu'une proportion plus réduite de 1 à 2% développait un ESPT-PP. Basés sur le modèle cognitif proposé par Ehlers et Clark(59) pour expliquer l'ESPT en dehors de la période périnatale, ils proposaient un modèle diathèse-stress afin d'expliquer la survenue de l'ESPT-PP. Ce modèle, présenté en Figure 1, permettrait à la fois d'expliquer les résultats hétérogènes concernant le rôle des variables obstétricales sur la survenue d'un ESPT-PP, et de proposer un certain nombre de variables anténatales qui pourraient moduler le vécu de l'accouchement. Les auteurs mettaient en avant l'intérêt de rechercher des vulnérabilités prénatales (antécédents psychiatriques, anxiété, parité), des éléments d'alerte au moment de l'accouchement (type d'accouchement, faible soutien ressenti, douleur, sentiment de contrôle pendant l'accouchement) ainsi que d'éventuels facteurs post-nataux de maintien (stress, faible *coping*) afin de repérer les femmes les plus à risque de présenter un ESPT-PP.

Figure 1 : Modèle théorique diathèse-stress de Ayers et al.(54) en 2004



Par ailleurs, ils retrouvaient un bénéfice à l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales afin d'améliorer les symptômes d'ESPT-PP.

En 2006, l'étude de Olde et al.(52) rassemblait 5 études de cas et 14 études quantitatives, parues entre 1977 et 2003. Elle se focalisait sur l'ESPT-PP spécifiquement lié à l'accouchement. Elle mettait en évidence une prévalence de 2.8 à 5.6% d'ESPT à 6 SPP mais jusqu'à 50% de symptômes d'ESPT à 6 semaines d'une césarienne en urgence ; ces symptômes pouvaient être aussi invalidants qu'un ESPT-PP

constitué. Comme Ayers et al.(54), elle identifiait des facteurs de risque prénataux (antécédent de trouble psychologique, anxiété-trait) et des facteurs liés à l'accouchement (interventions obstétricales, faible soutien ressenti par le staff médical ou par le partenaire, sensation de perte de contrôle, dissociation per-partum). Elle repérait néanmoins que certaines femmes présentaient un ESPT-PP après un accouchement eutocique. Elle soulignait l'importance des facteurs post-nataux pour lesquels elle ne disposait pas suffisamment de preuves, tels que le soutien social ou les remaniements quotidiens liés à l'arrivée d'un bébé.

En 2012, Andersen et al.(51) ont réalisé une revue de la littérature concernant les principaux facteurs de risque d'ESPT-PP. Ils ont proposé un système de classification des études par critères de qualité, en fonction du type d'étude, de la taille de l'échantillon, et de la pertinence de la méthodologie. Les scores obtenus permettaient d'attribuer des scores aux facteurs de risques d'ESPT-PP mis en évidence dans chaque étude. Enfin, les scores de chaque facteur de risque étaient additionnés afin d'estimer le poids de chaque facteur. Ces critères ont été repris par la suite dans des revues portant sur l'ESPT-PP(53,56). Cette revue incluait 27 études observationnelles et 4 revues de la littérature parues entre 2003 et 2010, à la fois en population générale et dans des échantillons de population dite à risque, tels que les accouchements par césarienne en urgence ou les accouchements prématurés. Le facteur de risque le plus important était la présence de symptômes de détresse au moment de l'accouchement (dissociation perpartum, perte de contrôle) suivis par les complications obstétricales (césarienne en urgence, manœuvres instrumentales) et néonatales (hypoxie néonatale, prématurité). Les troubles mentaux pendant la grossesse arrivaient en quatrième position, suivis par les antécédents de troubles psychiatriques, le soutien social et enfin, les antécédents traumatiques. Néanmoins, les auteurs concluaient que les antécédents psychiatriques étaient probablement sous-estimés puisque l'analyse qualitative des résultats ne permettait pas de savoir si les patientes qui présentaient des symptômes de détresse à l'accouchement ou des complications obstétricales avaient également des antécédents psychiatriques ou traumatiques.

Un travail très récent de Dekel et al.(53) étudiait la prévalence et les facteurs de risque d'ESPT-PP en différenciant les femmes souffrant d'un ESPT d'apparition dans le post-partum, de celles qui présentaient déjà un ESPT avant l'accouchement. Ils incluaient 36 études quantitatives publiées entre 1980 et 2016, 32 en population générale et 4 en population à risque. A l'aide de critères inspirés de la revue d'Andersen et al.(51), deux groupes d'études ont été présentés (A et B) en fonction de leur qualité méthodologique. Dans le groupe A, qui obtenait les scores les plus élevés, les études étaient séparées selon qu'elles avaient tenu compte ou non de l'existence d'un ESPT préexistant à l'accouchement.

Ils retrouvaient une prévalence de 6.3% d'ESPT-PP chez les femmes qui présentaient un ESPT préexistant à l'accouchement, et 4.6% d'ESPT-PP d'apparition *de novo*. Ils concluaient également que les antécédents psychiatriques et traumatiques étaient des facteurs de risque d'ESPT-PP, mais que c'étaient les symptômes de détresse (expérience négative, menace vitale pour soi ou pour l'enfant, symptômes de dissociation péritraumatique) au moment de l'accouchement qui étaient les plus fortement corrélés à la présence d'un ESPT-PP. Par ailleurs, les variables obstétricales apparaissaient moins significatives. Tout comme Andersen et al.(51), ils soulignaient que les facteurs de risque interagissaient probablement entre eux, et que cela pouvait constituer un facteur de confusion dans l'analyse des résultats.

2. Revue de la littérature avec méta-analyse

Tableau 2 : Méta-analyses portant sur l'ESPT-PP

Auteurs, date de publication	Nombre d'études (n = patients)	Population		Prévalence	Facteurs associés à l'ESPT-PP classés par ordre décroissant de poids
Grekin & O'Hara, 2014 (57) Etats-Unis	78 études n = 18 983	n= 15 637	Population générale dans le post-partum	3,1 %	Dépression post-natale Soutien par le staff médical Trouble psychopathologique pendant la grossesse Antécédent psychiatrique maternel Complications maternelles à l'accouchement Douleur à l'accouchement Antécédent d'EVT
		n = 3 345	Population à risque dans le post-partum	15.7 %	Dépression post-natale Complications maternelles Complications infantiles Antécédent traumatique Soutien social
Ayers, 2016(55) Royaume-Uni	50 études n = 21 429	Population générale dans le post-partum		Non étudié	Facteurs de vulnérabilité : dépression prénatale, peur de l'accouchement, complications obstétricales pendant la grossesse, antécédent d'ESPT Facteurs de risque à l'accouchement : expérience subjective à l'accouchement, manœuvres instrumentales, manque de soutien, dissociation perpartum Facteurs de maintien d'ESPT : dépression post-natale associée faible résilience
Dikmen-Yildiz, 2017(56) ^(a) Turquie	31 études (+ 4 études à la fois pendant la grossesse et dans le post-partum)	Population générale		3.3%	ESPT pendant la grossesse fréquemment en lien avec des violences subies pendant la grossesse, un antécédent d'abus physique ou psychologique et la présence d'anomalies fœtales
		Population à risque		18.95%	
Dikmen-Yildiz, 2017(56) ^(b) Turquie	24 études (+4 études à la fois pendant la grossesse et dans le post-partum)	Population générale		4%	Les analyses de prévalence dans le post-partum sont similaires pour l'ESPT liés spécifiquement à l'accouchement et l'ESPT dans le post-partum Pas de facteurs de risques étudiés dans le post-partum
		Population à risque		18.5%	

^a analyse pendant la grossesse ; ^b analyse dans le post-partum

La revue de Grekin & O'Hara(57) est la première méta-analyse portant sur la prévalence et les facteurs de risques de l'ESPT-PP. Elle incluait 78 études parues entre 1980 et 2003 et comparait des groupes issus de la population générale à des groupes à risque de complications obstétricales et

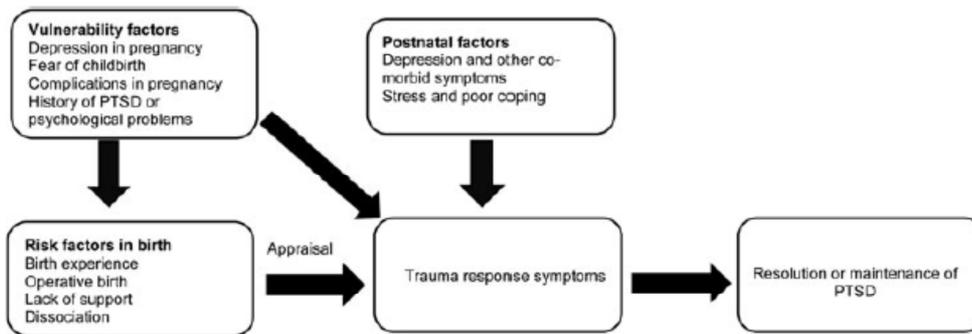
néonatales. La prévalence d'ESPT-PP était significativement plus importante dans la population à risque (15.7%) que dans la population générale (3.1%). En population générale, les principaux facteurs associés à l'existence d'un ESPT-PP étaient le soutien perçu du staff les troubles psychiatriques présents pendant la grossesse, les antécédents psychiatriques, les complications obstétricales, la douleur à l'accouchement, puis les antécédents traumatiques. Dans la population à risques, c'étaient les complications maternelles et infantiles liées à l'accouchement qui apparaissaient les plus fortement corrélées à la survenue d'ESPT-PP et non les troubles psychiatriques préexistants. Dans les deux populations, les auteurs retrouvaient une corrélation forte entre les symptômes d'ESPT-PP et de DPN. Les auteurs soulignaient en conclusion que cette corrélation pouvait être liée à l'utilisation majoritaire de grilles d'évaluation et à un certain nombre de symptômes communs à ces deux troubles présents dans les grilles d'évaluation (troubles du sommeil, repli sur soi, perte d'intérêt pour les activités) mais également à l'existence de facteurs de risques similaires.

En 2016, Ayers et al.(55) ont proposé d'explorer les facteurs de risques, les facteurs associés, ainsi que les facteurs modérateurs de symptômes d'ESPT-PP, grâce à une méta-analyse portant sur 50 études. Ils concluaient que les femmes à risque d'ESPT-PP pourraient être dépistées à différents moments :

- Pendant la grossesse devant l'existence d'un antécédent d'ESPT, la présence de symptômes de dépression, ou d'une tocophobie (peur intense de l'accouchement)
- A l'accouchement, devant l'existence de complications obstétricales ou de symptômes de dissociation
- Dans le post-partum, devant le récit d'une expérience négative de l'accouchement

Cette étude soulignait que certaines associations étaient liées au type d'échantillon ainsi qu'aux outils diagnostics. En effet, les auteurs retrouvaient plus fréquemment une association statistiquement significative entre les complications obstétricales et l'ESPT-PP dans les populations à risque. Par ailleurs, la prise en compte du « modérateur temps » montrait une réduction de l'association entre les complications liées à l'accouchement et les symptômes d'ESPT en fonction du temps, mais une augmentation de l'association entre les antécédents traumatiques et les symptômes d'ESPT en fonction du temps. Ils concluaient que les antécédents traumatiques pourraient constituer également un facteur de maintien des symptômes d'ESPT-PP et ils ont proposé de réviser le modèle diathèse-stress publié en 2004(54).

Figure 2 : modèle diathèse-stress révisé de Ayers et al.(55) 2016 :



Ce nouveau modèle est enrichi de nouveaux facteurs de risques identifiés comme fortement significatifs (tels que les symptômes de dépression pendant la grossesse, l'existence de symptômes dissociatifs à l'accouchement). Il met également en avant le rôle des variables prénatales et post-natales (comorbidité dépressive, stress, faible capacité de *coping*) dans l'évolution d'un ESA vers un ESPT et dans le maintien de symptômes post-traumatiques dans le post-partum.

Enfin, la revue de la littérature de Dikmen-Yildiz et al.(56) parue en 2017, est la première revue portant sur l'évolution et l'analyse des facteurs de risque d'ESPT à la fois pendant la grossesse et dans le post-partum. Pendant la grossesse, la prévalence d'ESPT en population générale était de 3.3% alors qu'elle était de 18.9% dans les échantillons à risque. L'ESPT pendant la grossesse était fréquemment en lien avec des violences subies pendant la grossesse, un antécédent d'abus physique ou psychologique ou la présence d'anomalies fœtales. Dans le post-partum, sur les 28 études incluses, 25 se focalisaient sur l'ESPT-PP lié spécifiquement à un accouchement traumatique. La prévalence moyenne d'ESPT-PP en population générale était de 4% alors qu'elle était de 18.5% dans les populations à risque. Enfin, durant la grossesse comme dans le post-partum, les auteurs retrouvaient une comorbidité importante entre ESPT et dépression. L'étude présentait des biais du fait de l'hétérogénéité des données recensées, en particulier pendant la grossesse. Les auteurs ont supposé que les prévalences observées étaient probablement sous-estimées car la majorité des études se focalisaient sur l'ESPT-PP spécifiquement lié à l'accouchement et que l'absence de recherche d'antécédents traumatiques et d'ESPT précédant la grossesse dans beaucoup d'études pourrait être un facteur de confusion majeur.

3. Synthèse

Les principales revues de la littérature retrouvent une double étiologie possible à l'ESPT-PP, d'une part un ESPT qui serait le continuum d'un ESPT préexistant à l'accouchement, d'autre part un ESPT qui apparaîtrait *de novo* dans le post-partum(51,53,54).

Ces revues tendent à proposer un modèle diathèse-stress(51,54,55) inspiré des études portant sur l'ESPT en dehors de la période périnatale et qui différencierait des vulnérabilités psychosociales préexistantes, des événements prédisposant au moment de l'accouchement, et des facteurs d'entretien.

Les antécédents psychiatriques sont identifiés par la majorité des travaux comme des facteurs de risque d'ESPT-PP, mais certaines études évoquent que la détresse au moment de l'accouchement serait le facteur prédominant(51,53). En particulier dans les échantillons de population à risque obstétrical et/ou néonatal, Grekin & O'Hara(57) ne retrouvent pas d'association significative entre l'ESPT-PP et les antécédents psychiatriques, mais un rôle important des complications obstétricales et néonatales.

Enfin, les vulnérabilités psychosociales apparaissent également comme des facteurs de maintien des symptômes dans une revue, et plusieurs autres études soulignent que cet aspect est peu souvent étudié(51,52,54).

L'augmentation des revues de la littérature publiées depuis 2006 souligne une augmentation de l'intérêt concernant l'ESPT-PP et l'étude de ses facteurs de risque. La convergence de ces études en faveur d'un modèle diathèse-stress est un argument fort pour explorer plus avant les mécanismes d'apparition et de maintien de ce trouble dans le post-partum. Néanmoins, ces études font état d'un certain nombre de limites. Il n'existe que peu d'études(54,56) qui recherchent l'existence d'antécédents d'ESPT préexistants à la grossesse afin de confirmer l'hypothèse d'une double étiologie à l'ESPT-PP. Eu égard à une grande hétérogénéité des méthodologies employées, ces études ne permettent pas de préciser le lien entre les antécédents psychiatriques et les autres facteurs de risque présents dans le modèle diathèse-stress. Les antécédents psychiatriques sont recherchés de façon inconstante et, en dehors de l'antécédent d'ESPT, on ne retrouve pas d'analyse concernant l'impact d'autres antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse. Par ailleurs, les symptômes dépressifs sont recherchés pendant la grossesse mais aucune revue ne spécifie la recherche d'antécédents de dépression préexistante à la grossesse.

4. Problématique posée

De précédentes études concernant l'ESPT en dehors de la période périnatale retrouvaient un lien fort entre les antécédents psychiatriques et traumatiques et la survenue de symptômes post-traumatiques. Aux Etats-Unis, Breslau et al.(60) ont suivi 990 personnes pendant 10 ans et ils ont étudié la survenue d'ESPT. L'antécédent de traumatisme préexistant n'apparaissait comme un facteur de risque d'ESPT que lorsqu'il était associé à un antécédent d'ESPT préexistant au traumatisme. Pour Mc Nally et al.(61), la survenue de symptômes d'ESPT n'était pas liée de façon proportionnelle à l'intensité de l'événement traumatique mais à l'expérience subjective de l'événement ; l'expérience pouvait être modulée par l'état psychique de la personne au moment du traumatisme.

Il est possible que l'impact des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un ESPT-PP ou que leurs « effets » sur les autres facteurs de risques décrits dans le modèle diathèse-stress de l'ESPT-PP soit actuellement sous-estimé.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de notre travail

Notre travail a pour but d'étudier le rôle spécifique des antécédents psychiatriques sur l'apparition, la réactivation et/ou le maintien d'un ESPT-PP, et de préciser s'il pourrait exister un impact particulier des antécédents psychiatriques sur les autres facteurs de risque identifiés dans le modèle diathèse-stress. Pour explorer cette question, nous avons réalisé une revue qualitative et non exhaustive de la littérature.

2. Mode de recherche des études

Il s'agit d'une revue non exhaustive de la littérature. Les études concernant l'ESPT-PP ont été recherchées dans les bases de données Pubmed et Psycinfo. Les études devaient être publiées après 1980, date de publication du DSM 3, afin de garantir une homogénéité dans les classifications employées, et jusqu'au 15 novembre 2017. Les termes MeSH qui ont été utilisés étaient « *post-traumatic stress disorder* », « *childbirth* », « *post-partum* ». D'autres études ont été recherchées à partir des références bibliographiques qui étaient proposées dans les études retenues.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

3.1 Critères généraux

Ont été incluses les études en langues anglaises ou françaises qui analysaient l'ESPT-PP chez des femmes de plus de 18 ans, et qui recherchaient la présence d'antécédents psychiatriques chez les patientes. Lorsque plusieurs études correspondaient à une même cohorte, nous n'avons inclus que celles qui recherchaient la présence d'antécédents psychiatriques.

Nous avons exclu de notre travail les revues de la littérature puisqu'elles ont fait l'objet d'une synthèse dans un précédent chapitre. Nous avons également exclu les études portant spécifiquement sur les morts fœtales, les avortements ou les fausses couches du fait de la dimension singulière et potentiellement traumatisante de l'événement, qui constituait un biais de sélection.

3.2 Evaluation de l'ESPT-PP

Nous n'avons inclus que les études qui recherchaient la présence de symptômes d'ESPT ou d'ESPT-PP complet selon les critères DSM. Nous avons recensé les critères méthodologiques ainsi que les outils diagnostics employés.

3.3 Evaluation des antécédents psychiatriques

Nous avons inclus les études qui spécifiaient l'histoire psychiatrique générale (incluant les troubles de la personnalité) précédant la grossesse aussi bien que celles n'explorant que l'antécédent d'ESPT précédant la grossesse. Un antécédent d'EVT sans ESPT ou antécédent psychiatrique spécifié, était un critère d'exclusion.

Les études qui recherchaient la présence de symptômes psychiatriques pendant la grossesse sans préciser les antécédents préexistants à la période périnatale étaient également exclues.

3.4 Critères de qualité

Dans leur revue de la littérature portant sur les facteurs de risques de développer un ESPT après l'accouchement, Andersen et al.(51) avaient proposé des critères pour évaluer la qualité méthodologique et la validité des résultats présentés dans les études (annexe 3). Le score attribué à chaque étude permettait de comparer le poids des facteurs prédictifs mis en évidence dans les différentes études. Cette grille de qualité a été largement appliquée par la suite, et notamment par Dekel et al.(53) qui l'ont adaptée à leur objectif de recherche : la prévalence de l'ESPT-PP lorsqu'il existe un antécédent d'ESPT (annexe 4).

Afin de garantir la qualité des études incluses dans notre revue de la littérature, nous nous sommes inspirés de ces travaux et avons proposé une grille d'évaluation de qualité spécifique à notre objectif de recherche (Tableau 3). Un score est attribué à chaque dimension méthodologique. Les études qui avaient un score entre 19 et 27 étaient classées A et celles qui avaient un score entre 2 et 18 étaient classées B.

Tableau 3 : critères méthodologiques de qualité

Collecte des données	Mesure spécifique à l'étude	1
	Auto-questionnaire	2
	Entretien clinique	3
Taille de l'échantillon	≤ 29	0
	30-99	1
	100-199	2
	200-399	3
	≥ 400	4
Nature de l'échantillon	Auto-sélection	0
	Groupe ciblé/groupe à risque	2
	Echantillon représentatif	4
Taux de réponse initiale	Etude transversale	0
	< 50%	1
	50-75%	2
	>75%	3
Mesures pré-partum	Non	0
	Oui	1
Antécédents psychologiques et psychiatriques	Non	0
	Oui	1
Antécédent d'ESPT	Non	0
	Oui	1
Données post-partum	1 évaluation	1
	2 évaluations	2
	3 évaluations ou plus	3
Evaluation de l'ESPT	Dans le post-partum uniquement	0
	Pré- et post-partum	1
	Post-partum spécifiquement lié à l'accouchement	2
	Pré-, post-partum et spécifiquement lié à l'accouchement	3
Evaluation initiale dans le post-partum	Années	1
	Mois	2
	Semaines	3
	Jours	4
Total		2-27

RESULTATS

1. Description de l'inclusion des études

Environ 650 études ont été proposées sur les bases de données *Pubmed* et *Psycinfo*. Après confrontation à nos critères d'inclusion, trente six études ont été initialement incluses. Elles ont été publiées entre 1997 et 2017.

Six études ont été secondairement exclues. Deux d'entre elles ne présentaient pas une méthodologie suffisamment fiable(62,63) : elles étaient cotées respectivement à 9/27 et 10/27. Notons qu'elles portaient plus spécifiquement sur l'analyse du lien entre ESPT-PP et complications obstétricales (hystérectomie d'hémostase post-partum(62), hypertension artérielle gravidique(63)). L'étude de Kim et al.(64) portant sur l'évolution des symptômes d'ESPT chez les femmes dont les enfants étaient nés prématurément ne retrouvait qu'un antécédent psychiatrique sur les 183 femmes incluses et ne permettait donc pas une analyse de ce paramètre. L'étude de Boudou et al.(65) portait sur la douleur et la dissociation à l'accouchement comme variables prédictives de l'ESPT-PP ; bien que les antécédents psychiatriques aient été recherchés et estimés à 17.6% de l'échantillon, cette variable n'était pas analysée ultérieurement. De même, l'étude de Schwab et al.(66) portait sur l'analyse de la prévalence des symptômes d'ESPT-PP chez les multipares et retrouvaient 23% d'antécédents psychiatriques dans leur échantillon mais cette variable n'était pas analysée par la suite. Enfin, l'étude d'Henriques et al.(67) n'apportait pas d'information notable par rapport à une seconde analyse publiée ultérieurement (68) et que nous avons incluse.

Certaines études portaient leur analyse sur une même cohorte. C'est le cas pour Soderquist et al.(69,70), le projet "Pregnancy and Childbirth" en Turquie publié par Dikmen-Yildiz et al.(71,72), le projet « The Stress, Trauma, Anxiety, and the Childbearing Year » (STACY) aux Etats-Unis (73–75), ainsi que la cohorte Akershus Birth en Norvège (76–79).

Au total, 30 études sont incluses dans cette revue non exhaustive de la littérature. Lorsque l'on applique les scores de qualité, 20 études ont un score supérieur à 19 (groupe A) et 10 études ont un score inférieur ou égal à 18 (groupe B). Le score maximal est de 24, le score minimal est de 12.

Il s'agit pour la plupart d'études prospectives longitudinales, mais l'on a retrouvé également sept études transversales. La taille des échantillons varie de 29 à 1640 sujets inclus. Toutes les études ont été menées dans des pays économiquement développés.

La majorité des études incluses recherchent des symptômes d'ESPT en lien spécifiquement avec l'accouchement mais trois études s'intéressent aux symptômes d'ESPT dans le post-partum en lien avec n'importe quel EVT(68,80,81) dont l'accouchement.

Nous allons présenter séparément les études qui tiennent compte d'antécédents psychologiques ou psychiatriques et les études qui précisent les antécédents psychiatriques recherchés (en général ESPT ou dépression).

2. Etudes portant sur l'ESPT-PP et tenant compte d'antécédents psychiatriques ou psychologiques sans précision

Parmi les études qui tiennent compte des antécédents psychiatriques généraux, nous avons retrouvé à la fois des études transversales, et des études prospectives longitudinales. Nous les présenterons séparément.

Nous préciserons les outils cliniques employés pour établir le diagnostic d'ESPT-PP. Dans la majorité des cas, ils correspondent au DSM 4 et recherchent l'ensemble des critères A à F. Lorsque les études ne recherchent qu'une partie des critères, nous le préciserons.

2.1 Etudes transversales

Il s'agit d'études réalisées dans le post-partum sur des populations qui n'étaient pas ciblées à risque de complications obstétricales ou néonatales, en dehors de l'étude d'Oliveira et al.(68) pour laquelle le recrutement a eu lieu dans un service de maternité brésilienne qualifié « à haut risque ».

Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 4. Pour chaque étude, le critère de qualité (CQ) obtenu est précisé.

Tableau 4 : études transversales

Auteurs, dates de publication	CQ	Taille de l'échantillon(n)	Période étudiée	Principaux résultats
Wijma(82), 1997 Norvège	B	1640	1-13MPP	1.7% de scores TES compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement Profil ESPT plus fréquemment corrélé à : l'existence d'un antécédent psychiatrique, la primiparité, un contact négatif avec le staff à l'accouchement
Wenzel(83), 2005 Etats-Unis	B	147	8SPP	2% de subsyndromes d'ESPT-PP lié à l'accouchement (diagnostic SCID) Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux corrélés à des scores élevés d'anxiété (BAI) dans le post-partum
Leeds(84), 2008 Royaume-Uni	B	102	6-12MPP	3.9% de scores PPQ compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement et 19.6% de subsyndromes Facteurs prédictifs de scores PPQ élevés (par ordre décroissant) : peur pour l'enfant au moment de l'accouchement, intervention obstétricale imprévue, score EPDS élevé
Vossbeck (85), 2014 Allemagne	B	224	1-6MPP	12.05% de scores PDS compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement Facteurs prédictifs de scores PDS élevés (par ordre décroissant) : absence de bien être ressenti à l'accouchement, symptômes cognitifs présents à l'accouchement
Zambaldi (80), 2015 Brésil	B	400	2-26SPP	5.3% d'ESPT-PP selon le MINI en lien avec n'importe quel EVT dont l'accouchement, dont 2.3% <i>de novo</i> Facteurs de risque d'ESPT (par ordre décroissant) : antécédent psychiatrique personnel, complications néonatales (prématurité, petit poids de naissance), pathologie maternelle somatique associée (hypertension artérielle, diabète gestationnel)
King(86), 2017 Royaume-Uni	B	157	1-12MPP	7% de scores TES compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement et 27.4% de subsyndromes Facteurs prédictifs de scores TES élevés (par ordre décroissant) : sentiment de sécurité perçue, manœuvres instrumentales, cognitions négatives, ruminations, émoussement des affects
Oliveira (68), 2017 Brésil	B	456	6-8SPP	9.4% de scores PCL compatibles avec un ESPT-PP en lien avec n'importe quel EVT dont l'accouchement Facteurs prédictifs de scores PCL-C élevés (par ordre croissant) : antécédent psychiatrique, peur de l'accouchement, antécédent traumatique, violences psychologiques pendant la grossesse, violences physiques pendant la grossesse, complications périnatales

BAI Beck Anxiety Inventory; MINI Mini International Neuropsychiatric Interview; PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian; PPQ, Perinatal Post Traumatic Disorder Questionnaire ; TES Traumatic Event Scale; SCID Structured Clinical Interview for DSM;

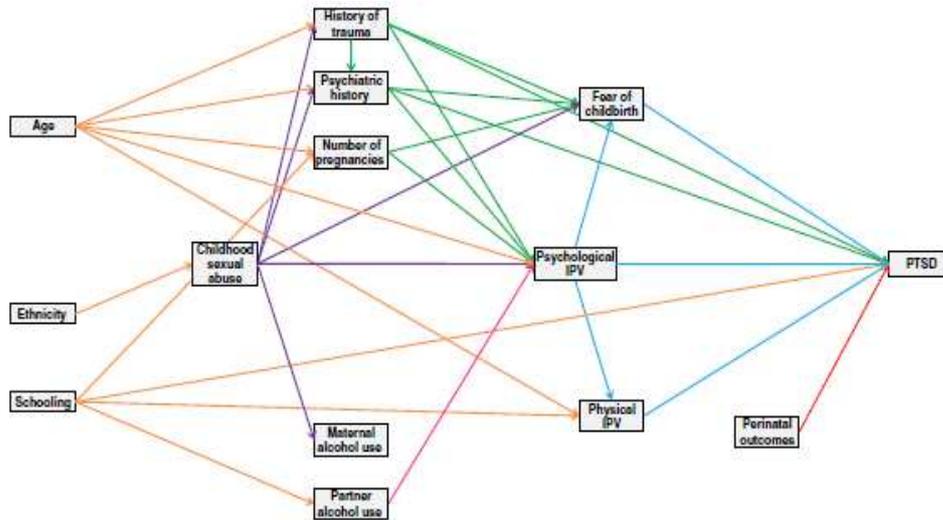
En Suède, en 1997, Wijma et al.(82) publiaient l'une des premières études transversales sur l'ESPT-PP lié à l'accouchement. Ils ont invité 1640 femmes, un à treize mois après leur accouchement, à répondre à la Traumatic Event Scale (TES). Il s'agit d'un auto-questionnaire conçu lors de cette étude afin de repérer des profils d'ESPT-PP spécifiquement liés à l'accouchement, en tenant compte de l'ensemble des critères du DSM 4(17), et qui a été largement repris par la suite(87-89). Ils ont retrouvé 1.7% de femmes présentant un profil d'ESPT selon les scores obtenus sur cette échelle, et ils les ont comparées à celles qui ne présentaient pas de symptômes d'ESPT. Celles qui avaient un profil d'ESPT présentaient plus fréquemment un antécédent de consultation psychologique ou psychiatrique, étaient plus souvent primipares, et elles alléguaient plus fréquemment un contact négatif avec le staff pendant leur accouchement. Ils renaient quelques limites à leur étude : l'absence de recherche d'antécédents d'EVT ou d'ESPT préexistant, l'absence de recherche d'autres troubles psychiatriques et notamment de DPN puisque celle-ci partageait des symptômes communs avec l'ESPT (troubles du sommeil, repli sur soi, pessimisme). En conclusion, les auteurs soulignaient l'importance de repérer les femmes qui décrivaient une expérience négative de l'accouchement, indépendamment des complications somatiques, car cela pourrait avoir des conséquences négatives sur la santé mentale des femmes lors d'une nouvelle grossesse.

Par la suite, en 2005, l'étude de Wenzel et al.(83)aux Etats-Unis mettait en évidence l'importance des troubles anxieux dans le post-partum. Ils ont recruté 147 femmes à 8 semaines de leur accouchement et ils ont réalisé des entretiens cliniques semi-structurés(90) (SCID) combinés à des grilles d'évaluation (Beck Depression Inventory(91), BDI, et Beck Anxiety Inventory(92), BAI) afin d'étudier la prévalence des troubles anxieux dans le post-partum et d'en préciser les facteurs prédictifs. Ils n'ont pas retrouvé d'ESPT-PP mais des symptômes invalidants d'ESPT liés à l'accouchement dans 2% des cas. En revanche, ils mettaient en évidence une forte prévalence de subsyndromes anxieux (19.7% de symptômes de troubles anxieux généralisés, 15.1% de symptômes de phobie sociale). Dans 40 à 50% des cas, les syndromes anxieux apparaissaient *de novo* dans le post-partum, cependant, une majorité de ces femmes alléguaient des subsyndromes préexistants pendant la grossesse. Ils retrouvaient fréquemment une association comorbide des troubles anxieux et dépressifs. L'antécédent personnel ou familial de consultation, d'hospitalisation, ou de traitement psychiatrique, était corrélé à des scores élevés d'anxiété sur l'échelle de BAI, tandis que le niveau socio-économique, la parité et l'allaitement n'étaient pas significatifs. Par ailleurs, ils trouvaient plus de difficulté dans les relations sociales chez les femmes qui présentaient des symptômes anxieux par rapport à celles qui présentaient des symptômes dépressifs, et ils ont émis l'hypothèse que cela pourrait contribuer au maintien du trouble puisqu'elles devaient être plus en difficulté pour rechercher du soutien.

En 2015, au Brésil, Zambaldi et al.(80) ont proposé des entretiens psychiatriques structurés (Mini-International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.(93)) à 400 femmes entre la 2^e et la 26^e SPP et ils ont comparé le profil des femmes qui présentaient un diagnostic d'ESPT en lien avec n'importe quel EVT (dont l'accouchement) à celles qui ne présentaient pas d'ESPT. Le diagnostic d'ESPT a été retrouvé chez 21 femmes (5.3%), dont 8 (2.3%) d'apparition *de novo* dans le post-partum. Une seule femme énonçait des symptômes en lien spécifiquement avec l'accouchement ainsi qu'à des violences conjugales subies pendant la grossesse. Les femmes qui présentaient un antécédent psychiatrique (sans précision) étaient quatre fois plus à risque de présenter un diagnostic d'ESPT-PP. Les complications obstétricales (hypertension artérielle gravidique, diabète gestationnel) et néonatales (prématurité, petit poids de naissance) apparaissaient également comme des facteurs de risque forts, néanmoins, le mode d'accouchement n'était pas significatif.

En 2017, Oliveira et al.(68) ont publié une étude portant sur 456 femmes afin de déterminer les liens directs et indirects qui pouvaient exister entre les antécédents psychiatriques, les antécédents d'abus sexuel, les violences physiques et psychologiques subies pendant la grossesse et les symptômes d'ESPT-PP. Ils ont proposé de tester un modèle théorique construit à partir des études préexistantes portant sur l'ESPT-PP. Les femmes étaient invitées à remplir un questionnaire standardisé entre 6^e et la 8^e semaine après l'accouchement (Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian, PCL-C(94)). Le diagnostic d'ESPT-PP pouvait être en lien avec n'importe quel EVT et notamment l'accouchement. Ils ont mis en évidence 9.4% de scores compatibles avec un ESPT-PP. Parmi ces femmes, 41.9% avaient un antécédent psychiatrique (défini comme un « trouble mental avec usage d'anxiolytique »), 30.2% alléguaient des violences sexuelles subies avant l'âge de 14 ans, 92% et 45% décrivaient, respectivement, des violences psychologiques et physiques pendant la grossesse. Les auteurs retrouvaient un lien direct entre les antécédents psychiatriques et l'ESPT-PP et indirect via d'autres vulnérabilités psychosociales. Par ordre décroissant : l'antécédent d'abus sexuel, la peur de l'accouchement, et les violences psychologiques pendant la grossesse. Le modèle final est présenté dans la figure 3.

Figure 3 : Modèle théorique proposé par Oliveira et al.(68)



Notons que l'impact des variables périnatales était indépendant des autres facteurs de risque. Au final, les auteurs ont suggéré l'existence de deux mécanismes indépendants responsables de l'apparition de symptômes d'ESPT-PP. Certains cas seraient liés à des complications lors de l'accouchement, indépendamment des vulnérabilités psychosociales. D'autres cas seraient liés à un ensemble de vulnérabilités psychosociales, où l'expérience subjective de l'accouchement ne serait qu'un facteur déclenchant de symptômes d'ESPT. Les auteurs soulignaient en conclusion, qu'en dehors de l'expérience objective de l'accouchement, de multiples expériences traumatiques antérieures devraient être recherchées, et notamment l'abus sexuel, afin de protéger la santé mentale des femmes dans le post-partum.

Au total, dans ces études transversales, les antécédents psychiatriques apparaissent fortement corrélés à l'apparition de symptômes d'ESPT-PP(68,80,82,83), et, dans une étude(68), ils sont également corrélés aux autres vulnérabilités préexistantes, et notamment la peur de l'accouchement et les antécédents traumatiques. Néanmoins, ces résultats sont controversés puisque trois études(84–86) ne valident pas ces hypothèses.

En 2008, l'étude anglaise de Leeds et al.(84) tentait de mettre en évidence les symptômes d'ESPT et de dépression entre 6 et 12 mois après l'accouchement et d'en identifier les facteurs prédictifs. Ont été incluses 479 femmes, après exclusion de celles qui avaient accouché d'un enfant mort né ou qui

présentaient des symptômes psychiatriques aigus trop sévères (psychose puerpérale ou DPN d'intensité sévère). Au total, seulement 102 femmes avaient complété un questionnaire spécifique à l'ESPT-PP lié à l'accouchement, à la recherche des critères B, C et D (Perinatal Post Traumatic Disorder Questionnaire, PPQ(95)). Les critères E de durée d'évolution des symptômes et F d'impact sur la qualité de vie, n'étaient pas recherchés. Les participantes ont également complété un questionnaire de DPN (Edinburgh Post-Natal Scale, EPDS(96)). Cette étude retrouvait 3.9% de scores compatibles avec un diagnostic d'ESPT-PP et 19.6% de subsyndromes. L'existence d'un antécédent psychologique était recherchée comme variable binaire (oui/non), et n'apparaissait pas statistiquement significative. Les seuls facteurs corrélés de façon statistiquement significative aux symptômes d'ESPT-PP étaient le score élevé d'EPDS, la peur pour l'enfant au moment de l'accouchement, et le caractère inattendu des procédures obstétricales.

Par ailleurs, deux études(85,86) se sont attachées à tester un modèle cognitif dans le post-partum basé sur celui d'Ehlers et Clark(59), et aucune d'entre elles ne retrouvait de vulnérabilités liées aux antécédents psychiatriques.

En 2014, l'étude allemande de Vossbeck et al.(85) a recherché les facteurs prédictifs d'ESPT lié à l'accouchement chez 224 femmes, selon des scores obtenus sur la Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)(97). Au final, 27 femmes (12.05%) présentaient un score probable d'ESPT-PP lié à l'accouchement, mais deux d'entre elles alléguaient des symptômes d'ESPT préexistants à l'accouchement. Recherchés comme variable binaire, les antécédents psychologiques étaient présents dans 20% des cas, et ils n'étaient pas corrélés statistiquement à des scores PDS compatibles avec un diagnostic de probable ESPT. Vossbeck et al.(85) ont réalisé un modèle hiérarchique de régression multiple incluant dans un premier temps des variables prénatales (jeune âge, faible bien être ressenti pendant la grossesse), des variables liées à l'accouchement (dissociation péritraumatique et bien-être pendant l'accouchement), et le soutien social post-partum. Dans un second temps, ils ont examiné des variables cognitives (suppression de la pensée, pensées négatives, ruminations négatives, dissociation péritraumatique). Les variables prénatales ainsi que les variables liées à l'accouchement expliquaient 43% de la variance des symptômes d'ESPT. Lorsqu'ils ajoutaient les variables cognitives, seule l'absence de bien-être ressenti pendant la grossesse demeurait significative et tous les symptômes cognitifs étaient significatifs en dehors de la dissociation péritraumatique. Le modèle final expliquait 68% de la variance. Les auteurs suggéraient que c'était l'expérience de l'EVT qui était au premier plan et non les vulnérabilités psychosociales.

De même, King et al.(86) ont publié plus récemment une étude ayant pour objectif principal de préciser le rôle des variables cognitives dans le développement d'un ESPT-PP. 157 femmes ont rempli des

questionnaires en ligne l'année suivant leur accouchement. Les scores d'ESPT étaient calculés via la TES(82), tandis que les scores de DPN étaient calculés via l'EPDS(96). Au total, 7% des femmes présentaient des scores compatibles avec un ESPT-PP probable tandis que 27.4% présentaient des symptômes d'ESPT sans syndrome constitué. L'antécédent de trouble psychiatrique préexistant à la grossesse apparaissait initialement statiquement corrélé avec l'existence d'un ESPT-PP. Ils ont ensuite réalisé des modèles hiérarchiques de régression. Dans un premier temps, les principaux facteurs de risques d'ESPT-PP communément retrouvés dans la littérature (antécédents psychiatriques, soutien social, mode d'accouchement, expérience globale de l'accouchement), expliquaient 36% de la variance du modèle, et les antécédents psychiatriques n'étaient pas significatifs. Après ajout des variables cognitives (cognitions négatives, émoussement des affects, ruminations, trouble de l'attention) les variables expliquaient 73.7% de la variance du modèle. L'ensemble des variables cognitives étaient significatives, le sentiment de sécurité perçue et le mode d'accouchement demeuraient significatifs tandis que le soutien social et l'expérience globale de l'accouchement n'apparaissaient plus significatifs. Ils concluaient que le modèle cognitif d'Ehlers et Clark(59) était applicable dans le post-partum, même en tenant compte de variables obstétricales spécifiques.

Lorsque l'on considère l'ensemble de ces études transversales, les auteurs ont allégué plusieurs limites. La restitution rétrospective des symptômes pourrait être biaisée par l'état psychique des femmes au moment de l'étude et l'analyse transversale ne permettrait qu'une évaluation ponctuelle du trouble. Ainsi, les analyses longitudinales permettraient d'apporter plus de fiabilité quant à l'importance de ces facteurs prédictifs. L'analyse prospective permet d'étudier l'évolution ou l'apparition de ce trouble dans le post-partum.

2.2 Etudes longitudinales

Parmi les études prospectives longitudinales qui analysent les facteurs prédictifs d'ESPT-PP en tenant compte des antécédents psychiatriques non spécifiques, nous nous sommes rendu compte que seules les études réalisées dans des populations ciblées ne retrouvaient pas d'association statistiquement significative avec l'ESPT-PP. Nous les avons présentées en fonction des populations étudiées. Dans le premier tableau il s'agit des études réalisées en population générale, c'est-à-dire des femmes qui ne sont pas identifiées à risque de présenter des événements traumatiques dans la période périnatale. Dans le second tableau nous avons répertorié les études réalisées dans des populations ciblées à risques de présenter des événements traumatiques au cours de leur grossesse ou dans le post-partum. Dans la littérature préexistante concernant l'ESPT dans la période périnatale, la parité apparaît dans certains cas comme un facteur de risque d'ESPT-PP.(98,99) Ainsi, nous l'avons précisé lorsqu'il s'agissait d'un critère d'inclusion dans les études, et nous les avons présentées parmi les populations à risque.

2.2.1 En population générale

Tableau 5 : études longitudinales en population générale

Auteurs, dates de publication	CQ	Taille de l'échantillon(n)	Période étudiée	Principaux résultats
Czarnocka & Slade(100), 2000 Royaume-Uni	A	264	72h 6SPP	3% scores PTSD-Q compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement à 6SPP, et 24.2% de subsyndromes Facteurs prédictifs de scores PTSD-Q élevés à 6SPP (par ordre décroissant) : accuser le staff des difficultés présentées, scores élevés d'anxiété-trait à 6SPP, absence du partenaire à l'accouchement, antécédent de trouble psychiatrique, peur pour soi
Soderquist (69,70) 2006-2009 Suède	A	1224	32SG 1MPP 4MPP 7MPP 11MPP	5.8% de scores TES compatibles avec un ESPT pendant la grossesse, 1.3 à 1.7% ESPT-PP entre 1 et 7MPP, 0.9% à 11MPP Facteurs prédictifs de scores TES élevés à 4SPP (par ordre décroissant) : symptômes dépressifs en début de grossesse, symptômes d'ESPT en fin de grossesse, peur de l'accouchement, antécédent de trouble psychiatrique préexistant en lien avec la périnatalité, antécédent de trouble psychiatrique préexistant, faible <i>coping</i>
De Schepper (89), 2014 Belgique	A	340	1SPP 6SPP	0% de scores TES compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement à 6SPP, 13% de subsyndromes 4% de scores IES compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement à 6SPP, 20% de subsyndromes Facteurs prédictifs de scores IES élevés à 6SPP (par ordre décroissant) : expérience traumatique de l'accouchement, impossibilité de poser des questions au staff, faible niveau socio-économique, complications obstétricales à l'accouchement, antécédent de consultation psychiatrique ou psychologique
Dikmen-Yildiz (71,72), 2017 Turquie	A	950	26-35SG 4-6SPP 6MPP	5.8% de scores PDS compatibles avec un ESPT pendant la grossesse, 11.9% à 4-6SPP dont (9.6% <i>de novo</i>) 9.2% de scores PDS compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement à 6MPP (dont 7.4% <i>de novo</i>) Facteurs prédictifs de scores PDS à 6SPP (par ordre décroissant) : symptômes dépressifs à 4-6 SPP, insatisfaction avec le staff pendant l'accouchement, symptômes d'ESPT pendant la grossesse, symptômes anxieux pendant la grossesse Facteurs prédictifs de scores PDS élevés à 6MPP (par ordre décroissant) : symptômes d'ESPT à 4-6 SPP, symptômes de dépression à 6MPP, besoin d'aide psychologique, absence de soutien social, symptômes d'ESPT pendant la grossesse, symptômes anxieux pendant la grossesse

IES Impact Event Scale; PDS Posttraumatic Stress Disorder Scale ; PTSD-Q Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire

En 2000, Czarnocka & Slade(100) ont inclu 264 femmes à 72h de leur accouchement. Ils ont recherché la présence de symptômes d'ESPT-PP lié à l'accouchement 6 semaines plus tard à l'aide de deux échelles, le Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PTSD-Q)(101) et l'Impact Event Scale (IES)(102). Si le PTSD-Q contenait l'ensemble des critères diagnostics selon le DSM 4, l'IES ne recherchait que les critères B et C, et les femmes devaient répondre en lien avec leur accouchement. D'autres symptômes dépressifs et anxieux étaient également recherchés (respectivement l'échelle EPDS(96) et la State Anxiety Inventory, STAI(103)). Ils retrouvaient des scores d'intrusion et d'évitement plus élevés sur la PTSD-Q que sur l'IES. Ils mettaient en évidence 3% de scores PTSD-Q compatibles avec un probable ESPT-PP à 6SPP, et 24.2% de subsyndromes. Parmi celles qui présentaient probablement un ESPT-PP, 75% présentaient des symptômes de dépression concomitante. Par ailleurs, dans les modèles de régression logistique, l'ESPT, la DPN et l'anxiété-état partageaient un certain nombre de facteurs de risques : l'anxiété-trait, les antécédents de troubles psychiatriques, la qualité du soutien perçu par le staff soignant. Afin de préciser si la corrélation avec l'anxiété-trait correspondait à un facteur prédictif ou si elle ne reflétait que les symptômes de détresse présents à l'accouchement, des modèles de régression ont été réalisés uniquement sur les symptômes d'intrusion et d'évitement. En effet, il s'agissait des symptômes les plus élevés sur l'échelle PTSD-Q et ils apparaissaient les plus spécifiques à l'ESPT-PP. L'anxiété-trait n'expliquait que faiblement la variance de ces modèles. Ils concluaient que les variables liées à l'accouchement telles que la nature de l'accouchement ou la durée n'étaient pas importantes et, qu'en revanche, les aspects liés à l'expérience subjective de l'accouchement ou aux antécédents psychiatriques devaient être explorés plus spécifiquement.

Entre 2006 et 2009, Soderquist et al.(69,70) ont étudié l'impact de vulnérabilités préexistantes à l'accouchement sur la survenue à la fois de l'ESPT-PP et de la DPN. Ils ont donc suivi 1224 femmes entre le deuxième trimestre de leur grossesse et jusqu'à 11 mois après l'accouchement. En début de grossesse, ils ont recherché l'existence d'antécédent de suivi ou de traitement psychiatrique en lien ou non avec des troubles puerpéraux. La présence de symptômes d'ESPT était recherchée via la TES(82) ; pendant la grossesse il pouvait s'agir d'ESPT en lien avec n'importe quel EVT, tandis que dans le post-partum il s'agissait de symptômes spécifiquement liés à l'accouchement. Les symptômes de dépression pendant la grossesse et dans le post-partum étaient recherchés via l'EPDS(96,104), tandis que les symptômes anxieux étaient recensés à l'aide de la STAI(103).

Dans une première partie de l'étude(69), une analyse de l'évolution des symptômes entre le premier et le onzième mois du post-partum a été réalisée. Le suivi des femmes qui présentaient des scores TES élevés montrait que l'évolution n'était pas linéaire dans le temps, et qu'elles pouvaient présenter un syndrome complet à un instant t, et ne présenter que des symptômes d'ESPT à un autre moment de l'évaluation, et

inversement. Ils mettaient en évidence également qu'il existait une corrélation entre les symptômes d'ESPT et de DPN la première année du post-partum, et que les femmes qui présentaient des scores TES à 11MPP percevaient moins de soutien social dans l'entourage que celles qui ne présentaient pas de symptômes d'ESPT.

Dans une seconde partie de leur étude(70), ils ont mis en évidence un grand nombre de facteurs prédictifs communs à l'ESPT et à la DPN à 1MPP. Les femmes qui présentaient des symptômes dépressifs en début de grossesse étaient 13 et 16 fois plus à risque d'avoir respectivement des scores EPDS et TES élevés à 4 SPP. Ils retrouvaient également une forte corrélation des scores TES et EPDS avec la présence de symptômes d'ESPT en fin de grossesse, les antécédents de troubles psychiatriques liés à la période puerpérale ou en général. La césarienne en urgence (et non la césarienne programmée) apparaissait également corrélée aux symptômes d'ESPT à 1MPP.

En 2014, l'étude de DeSchepper et al.(89) examinait le rôle des vulnérabilités personnelles, des variables obstétricales ainsi que l'influence des sages-femmes pendant le travail et à l'accouchement. 340 femmes ont été recrutées à la maternité, après exclusion de celles qui présentaient des troubles psychiatriques aigus, une mort fœtale. Elles ont été invitées à remplir des questionnaires à 1SPP et à 6 SPP. Deux échelles ont été utilisées, la TES(82) et l'IES(102). L'étude mettait en évidence 0.3 à 5.7% de scores probables d'ESA à 1SPP selon l'échelle utilisée (respectivement TES et IES), et une décroissance de 0 à 4% à 6SPP (respectivement TES et IES). Néanmoins, il persistait 13 à 20% de subsyndromes avec une majorité de symptômes neurovégétatifs. A 6SPP, le vécu traumatique de l'accouchement, l'impossibilité de poser des questions pendant l'accouchement, le faible niveau socio-économique, les complications obstétricales pendant le travail et à l'accouchement, l'antécédent psychiatrique ou psychologique, apparaissaient prédictifs de scores IES élevés. La possibilité de poser des questions aux sages-femmes et l'accouchement eutocique apparaissaient comme des facteurs protecteurs. En conclusion, les auteurs soulignaient l'importance du rôle des soignants dans le vécu subjectif de l'accouchement.

Dans une étude turque plus récente, parue en 2017, Dikmen-Yildiz et al.(71,72) ont suivi 950 femmes entre le troisième trimestre de leur grossesse et le sixième mois après l'accouchement afin de déterminer la prévalence, les facteurs de risque, et les comorbidités associées à l'ESPT-PP lié à l'accouchement. Les antécédents psychiatriques étaient recherchés pendant la grossesse, et la présence de symptômes d'ESPT, de dépression, et d'anxiété étaient recherchés via des auto-questionnaires à chaque temps de l'évaluation (PDS(97), EPDS(96,104), Hospital Anxiety and Depression Scale HADS(105)).

Dans une première partie descriptive de leur étude(71), un tiers de femmes décrivaient un accouchement traumatique selon le critère A du DSM 4. La prévalence de scores d'ESPT-PP probables à 4-6SPP était de 11.9% (9.6% après éviction des ESPT présents pendant la grossesse). Ces symptômes perduraient à 6MPP avec une prévalence de 9.2% (et 7.4% après évictions des ESPT présents pendant la grossesse). Les femmes se plaignaient majoritairement de symptômes de reviviscence, mais les symptômes neurovégétatifs étaient également très présents. De plus, les auteurs retrouvaient une comorbidité importante entre les symptômes d'ESPT et de dépression à 4-6 SPP (10.1% de l'échantillon), entre les symptômes d'ESPT et d'anxiété (7.2% de l'échantillon) et entre les symptômes de dépression et d'anxiété (18.8% de l'échantillon).

Dans une seconde partie de leur étude(72), à l'aide de modèles de régression hiérarchique, ils ont recherché les principaux facteurs de risque d'ESPT-PP en analysant progressivement les facteurs antepartum, les facteurs intrapartum, les facteurs post-partum immédiats, et enfin les facteurs post-partum tardifs pour les analyses à 6 MPP. Les antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse n'apparaissaient pas statistiquement significatifs dans les analyses univariées et n'ont ainsi pas été inclus.

A 4 à 6SPP, les symptômes dépressifs pendant la grossesse n'apparaissaient plus prédictifs d'ESPT-PP lorsque les facteurs post-partum étaient pris en compte. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient les symptômes d'ESPT et d'anxiété pendant la grossesse, le contact avec les soignants, les symptômes dépressifs dans le post-partum, le soutien social dans le post-partum. Ils expliquaient 57% de la variance du modèle.

A 6MPP, la présence de symptômes d'ESPT à 4-6SPP, la survenue de nouveaux EVT et le besoin de consulter un psychologue venaient s'ajouter aux précédents facteurs de risque, expliquant 58% de la variance du modèle. Ils mentionnaient que parmi les femmes ayant ressenti le besoin de consulter un psychiatre ou psychologue dans le post-partum, une minorité seulement avaient reçu un traitement psychiatrique.

2.2.2 En population ciblée

Tableau 6 : études longitudinales en population ciblée

Auteurs, dates de publication	CQ	Taille de l'échantillon(n)	Population ciblée	Période étudiée	Principaux résultats
Misund (106), 2013 Norvège	B	29	Accouchement prématuré < 33SG	2SPP 6MPP 18MPP	14% d'ESPT diagnostiqués (SCID, IES) à la maternité à 2SPP, 23% d'ESPT liés à l'accouchement persistants à 18mois Facteurs prédictifs de symptômes d'ESPT-PP (par ordre décroissant) : hémorragie intra-ventriculaire, prééclampsie, âge maternel
Lopez(107), 2017 Suisse	B	280	Naissance par césarienne	6SPP	2.7% de diagnostics (CAPS, PCL-C) d'ESPT-PP liés à l'accouchement à 6SPP, et 9% de subsyndromes Facteurs prédictifs de scores PCL-C élevés à 6SPP (par ordre décroissant) : complications obstétricales maternelles pendant la grossesse, pendant l'accouchement, et en post-partum, complications liées à l'anesthésie, dissociation per-partum
Takegata (108), 2017 Japon	A	238	Primipares vs Multipares	>32SG 3 jours du PP 4SPP	11% de scores IES compatibles avec ESPT-PP lié à l'accouchement à 4SPP chez les primipares, 7% chez les multipares Facteurs prédictifs de scores IES élevés à 4SPP : symptômes d'ESA à 3 jours de l'accouchement chez les primipares et les multipares

CAPS Clinician Administered PTSD Scale; IES Impact Event Scale; PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian; SCID Semi-structured clinical interview;

En 2013, en Norvège, l'équipe de Misund et al.(106)a recruté 29 femmes à la maternité, ayant récemment accouché prématurément (avant 33SG), afin d'étudier l'évolution de troubles mentaux après un accouchement prématuré. Ils les ont suivi à deux semaines de la sortie de l'hôpital, et jusqu'à 18 mois après leur accouchement. Ils ont mené des entretiens psychiatriques semi-structurés (SCID)(90) et recherché le diagnostic d'ESPT, de troubles anxieux, et d'autres troubles mentaux via des auto-questionnaires (IES(102), General Health Questionnaire GHQ(109), STAI(103)). A la maternité, ils ont retrouvé 66% de scores élevés sur l'échelle GHQ, pouvant refléter une détresse générale ou un trouble psychopathologique (sans précision), 21% de réactions d'ESA et 14% d'ESPT constitué (préexistant ou non à l'accouchement). Un suivi spécifique et/ou un traitement avait été proposé à celles qui le nécessitaient. A 18 mois, ils retrouvaient 23% d'ESPT constitués, et seulement 8% de DPN. Les facteurs

prédictifs de symptômes d'ESPT retrouvés étaient l'hémorragie intra-ventriculaire du nouveau-né, la prééclampsie, et l'âge maternel tandis que les antécédents psychiatriques apparaissaient comme prédictifs de scores élevés de GHQ, à savoir des scores compatibles avec l'existence d'autres troubles psychopathologiques (non précisés).

L'étude de Lopez et al.(107) publiée en 2017 avait pour objectif d'identifier les facteurs de risque d'ESPT-PP après une césarienne programmée ou en urgence chez 280 patientes. Ils retrouvaient 2.7% d'ESPT-PP et 9.2% de symptômes à 6SPP à l'aide d'entretiens cliniques semi-structurés (Clinician Administered PTSD Scale CAPS) combinés à des échelles diagnostiques (PCL-C).Le facteur prédictif de symptômes d'ESPT dans le post-partum le plus important était l'expérience subjective traumatique de l'accouchement. Les autres facteurs retrouvés étaient, par ordre décroissant : les critères sociodémographiques (origine non européenne, célibataire), l'existence d'un événement stressant avant ou pendant l'accouchement (complications obstétricales ou liées à l'anesthésie), la présence de symptômes dissociatifs sévères au moment de l'accouchement. Les auteurs concluaient qu'il semblait nécessaire de prendre en compte les vulnérabilités psychosociales préexistantes, les complications obstétricales mais également liées à l'anesthésie, et le vécu subjectif de l'expérience, lorsque l'on s'intéressait aux césariennes comme facteurs de risque d'ESPT-PP. Les antécédents psychologiques et traumatiques n'apparaissaient pas significatifs néanmoins les auteurs alléguaient un biais d'attrition avec 22% de perdues de vue, qui présentaient plus fréquemment un niveau sociodémographique défavorable ainsi que des antécédents d'EVT, ce qui pourrait sous estimer l'impact de ces vulnérabilités dans les résultats.

Au Japon, Takegata et al.(108) ont comparé les facteurs prédictifs d'ESPT-PP chez des primipares et des nullipares. Ils ont inclus 464 femmes au troisième de leur grossesse et ils les ont suivis jusqu'à un mois après leur accouchement. Ils ont recherché la présence de symptômes d'ESPT dans le post-partum via l'IES. Ils ont retrouvé 11% de scores IES compatibles avec un ESPT-PP chez les primipares, et 7% chez les multipares. Ils ont testé un modèle théorique mettant en jeu des variables prénatales (et notamment les antécédents psychiatriques), les variables psychologiques pendant la grossesse (peur de l'accouchement, soutien perçu par le conjoint), des variables subjectives liées à l'accouchement (douleur ressentie, peur de l'accouchement), des variables objectives liées à l'accouchement (manœuvres obstétricales ou césarienne en urgence).

Chez les primipares comme les multipares, la peur de l'accouchement était prédictive de symptômes d'ESA à trois jours de l'accouchement, elle-même prédictive de symptômes d'ESPT à 1MPP.

Chez les primipares, la peur de l'accouchement était également corrélée aux antécédents psychiatriques et au niveau socio-économique. La douleur sensitive ressentie à l'accouchement ainsi que le soutien social perçu étaient également prédictifs de symptômes d'ESPT à 1MPP. En revanche, chez les multipares, c'était la faible satisfaction liée à un précédent accouchement qui apparaissait corrélée à la peur de l'accouchement.

Les auteurs concluaient qu'il pourrait exister des mécanismes différents d'apparition d'ESPT-PP en fonction de la parité. Chez les primipares la recherche de vulnérabilités psychosociales permettrait de mieux cibler les femmes à risques, tandis que chez les multipares c'est l'expérience obstétricale préexistante qui serait la plus importante. Néanmoins, l'étude ne retrouvait pas d'antécédents psychiatriques parmi les multipares incluses.

2.3 Synthèse

Dans ces études, on retrouve que l'existence d'un antécédent psychiatrique ou psychologique est fréquemment corrélée à la présence et au maintien de symptômes d'ESPT-PP. Ils apparaissent directement ou indirectement corrélés via d'autres facteurs prédictifs d'ESPT. Certaines études proposent une double étiologie à l'ESPT-PP, d'une part liée aux vulnérabilités psychosociales, d'autre part liée aux facteurs de stress lors de l'accouchement.

Un grand nombre d'études révèle une relation étroite entre les symptômes d'ESPT et la présence d'autres troubles psychiatriques pendant la grossesse et dans le post-partum. Pour certaines études(72,100), le rôle de symptômes psychiatriques pendant la grossesse apparait supérieur à celui des antécédents psychiatriques, dans la survenue de symptômes d'ESPT-PP. Néanmoins, l'absence de précision sur le type d'antécédents psychiatriques ne permet pas de savoir s'il s'agit de symptômes préexistants à a grossesse ou de symptômes à déclenchement gravidique.

3. Etudes portant sur l'ESPT-PP et tenant compte de l'antécédent de dépression ou d'ESPT

A la lecture des études prospectives longitudinales qui précisaient le type d'antécédents psychiatriques recherchés à l'inclusion, nous avons retrouvé des études qui analysaient à la fois les antécédents d'ESPT et de dépression vie entière, des études qui focalisaient sur les antécédents d'ESPT et d'EVT, et enfin, certaines études qui recherchaient certains troubles de la personnalité. Nous les avons présentées séparément à nouveau en fonction du type de population étudiée

3.1 En population générale

Tableau 7 : études longitudinales en population générale tenant compte des antécédents d'ESPT et/ou de dépression

Auteurs, dates de publication	CQ	Taille de l'échantillon(n)	Période étudiée	Principaux résultats
Cohen(81), 2004 Canada	A	200	1jour PP 8-10 SPP	0% de scores DTS compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement Facteurs prédictifs de scores DTS élevés à 8-10SPP (par ordre décroissant) : symptômes dépressifs pendant la grossesse, avoir présenté au moins deux complications obstétricales à l'accouchement, avoir vécu au moins deux EVT, origine canadienne, niveau socio-économique élevé
Van Son(110), 2005 Pays-Bas	A	248	32SG 3MPP 6MPP 12MPP	8.1% d'ESPT-PP lié à l'accouchement à 3MPP (IES), et 38% de subsyndromes 5% d'ESPT-PP lié à l'accouchement à 1an (IES), et 48% de subsyndromes Double étiologie aux scores IES élevés à 3MPP : Une étiologie médiée par les vulnérabilités psychiatriques : symptômes dépressifs pendant la grossesse ou dans le post-partum, antécédent familial ou personnel de dépression Une étiologie médiée par les symptômes de stress : symptômes de dissociation per-partum
Ford(111), 2011 Royaume-Uni	A	138	36SG 3SPP 3MPP	0.8% de scores PDS compatibles avec un ESA lié à l'accouchement à 3SPP. 0.9% de scores PDS compatibles avec un ESPT-PP lié à l'accouchement à 3MPP Facteurs prédictifs de scores PDS élevés à 3SPP (par ordre décroissant): symptômes dépressifs pendant la grossesse, soutien à l'accouchement lorsqu'il existe un antécédent d'EVT ou d'ESPT vie-entière Facteurs prédictifs de scores PDS élevés à 3MPP (par ordre décroissant): soutien à l'accouchement lorsqu'il existe un antécédent d'EVT ou d'ESPT vie-entière, soutien à l'accouchement lorsqu'il existe des manœuvres obstétricales, symptômes dépressifs pendant la grossesse
Verreault (112), 2012 Canada	A	308	T3 4-6SPP, 3 MPP, 6MPP	7.6% de scores MPSS-SR compatibles avec un ESPT lié à l'accouchement à 4SPP (16.6% de subsyndromes). 4.9% à 6MPP (4.3% de subsyndromes) 1.1% d'ESPT lié à l'accouchement en entretien SCID à 4SPP (3.2% de subsyndromes). 0% à 6MPP (2.9% de subsyndromes à 6MPP) Facteurs prédictifs de scores MPSS-SR élevés à 4SPP (par ordre décroissant) : antécédent de traumatisme sexuel, tempérament anxieux expérience subjective de l'accouchement, soutien social

Garthus-Niegel (76–79), 2013-2014 Norvège	A	1499	17SG 8SPP 2ans PP	1.9% de scores IES compatibles avec un probable ESPT-PP à 8SPP (6.7% de subsyndromes) 1% de scores IES compatibles avec un probable ESPT-PP à 2ans (5.5% de subsyndromes) Facteurs prédictifs de scores IES élevés à 8SPP, double étiologie : -l'antécédent d'ESPT vie-entière -l'expérience subjective et la douleur directement et indirectement via les symptômes anxieux et dépressifs pendant la grossesse et la peur de l'accouchement Facteurs prédictifs de scores IES élevés à 2ans (par ordre décroissant) : la présence de symptômes d'ESPT à 8SPP, l'insomnie à 8SPP, le faible soutien social, l'existence d'EVT à 8SPP
Konig(113), 2016 Allemagne	A	183	PP précoce, 6SPP, 1an PP	Facteurs prédictifs de score TES élevés à 6SPP, double étiologie : -antécédent de traitement antidépresseur via la douleur ressentie à l'accouchement -contexte migratoire via l'épisiotomie Facteurs prédictifs de scores TES élevés à deux ans : symptômes d'ESPT à 6SPP

DTS Davidson Trauma Scale ; IES Impact Event Scale ; MPSS-SR Modified PTSD Symptoms Scale Self Report ; PDS Posttraumatic Diagnostic Scale ; SCID Semi-structured Clinical Interview ; TES Traumatic Event Scale

Dans l'étude canadienne de Cohen et al.(81), publiée en 2004, 253 femmes ont été recrutées après leur accouchement à la maternité, et 200 ont répondu au questionnaire Davidson Trauma Scale (DTS)(114), évaluant l'intensité et la sévérité des critères B, C, et D en lien avec l'accouchement ou d'autres EVT. Ils n'ont pas retrouvé d'ESPT-PP lié à l'accouchement car la majorité des symptômes était en lien avec d'autres EVT. Au total, l'antécédent de dépression n'était pas corrélé de façon significative à un score DTS élevé, néanmoins la présence de symptômes dépressifs pendant la grossesse multipliait ce risque par 19. La survenue de deux complications obstétricales ou plus, l'antécédent de deux EVT ou plus, être d'origine canadienne, le niveau socio-économique élevé, étaient également prédictifs. Les auteurs concluaient que les symptômes d'ESPT pourraient être en lien avec une dépression préexistante à l'accouchement ou au passé traumatique plus qu'à l'accouchement lui-même, mais que les 20% perdues de vue ainsi que l'absence de prise en compte des antécédents d'ESPT pourraient sous-estimer l'importance de ce trouble.

En 2005, Van Son et al.(110) ont suivi 248 femmes depuis la 32^e SG et jusqu'à un an après l'accouchement. L'objectif de leur étude était de tester un modèle étiologique proposé à partir des études préexistantes, en incluant le type d'accouchement, la douleur à l'accouchement, la dissociation périnatale, le soutien social, et l'existence d'antécédents ou de symptômes de dépression. Les antécédents personnels et familiaux de dépression étaient recherchés mais pas les antécédents d'ESPT. A l'aide d'entretiens

semi-structurés combinés à l'auto-questionnaire IES, ils ont retrouvé 38% de symptômes d'ESPT lié à l'accouchement à 3MPP (dont 8% de profils qualifiés de sévères), et 48% à 12MPP (dont 5% de profils sévères).

Ils mettaient en évidence un lien direct entre les symptômes de dépression pendant la grossesse, les antécédents personnels et familiaux de dépression et la présence de symptômes d'ESPT-PP à 3MPP. Ils établissaient un lien indirect entre l'antécédent de dépression et les symptômes d'ESPT-PP via la douleur ressentie à l'accouchement.

La dissociation périnatale apparaissait également comme un facteur prédictif de symptômes d'ESPT à 3MPP et c'était le seul facteur direct qui restait significatif à un an. Indépendamment des vulnérabilités dépressives, ils retrouvaient un effet-dose entre la présence de symptômes de dissociation périnatale et l'intensité de la douleur ressentie à l'accouchement, le degré d'intrusion et de sévérité de manœuvres obstétricales, la qualité du soutien ressenti.

Ils concluaient à une double étiologie de l'ESPT-PP, d'une part résultant de facteurs de stress à l'accouchement, médié notamment par la dissociation périnatale, et d'autre part une étiologie indépendante liée aux antécédents de dépression. Ils ajoutaient que ces facteurs étaient comparables à ceux de l'ESPT lié à d'autres EVT, et que l'étude de l'ESPT-PP pourrait enrichir les connaissances sur les autres ESPT.

En 2011, l'étude de Ford et al.(111) avait pour objectif de mettre en évidence le rôle de la qualité du soutien perçu à l'accouchement dans l'apparition et l'évolution des symptômes d'ESPT-PP. 138 femmes ont été rencontrées à 32SG, à 3SPP et 3MPP. Les antécédents traumatiques ont été recherchés. L'antécédent d'ESPT vie-entière, les symptômes d'ESPT et de dépression pendant et après la grossesse ont été recherchés via la PDS(97) et l'EPDS(96,104). 52 femmes alléguaient un antécédent d'EVT, dont 10 (soit 7.2% de l'échantillon total) avait présenté un ESPT. En lien avec l'accouchement, ils mettaient en évidence un ESA à 3SPP chez une parturiente, et un ESPT-PP chez une autre femme à 3MPP. Les auteurs ont proposé une analyse de variables qu'ils estimaient potentiellement prédisposantes de scores PDS élevés: les antécédents traumatiques (antécédents d'EVT et/ou d'ESPT vie-entière), perception de contrôle et de soutien à l'accouchement, les symptômes dépressifs pendant la grossesse. Les symptômes dépressifs pendant la grossesse étaient les plus fortement prédictifs de symptômes d'ESA à 3 semaines du post-partum, et c'étaient les seuls qui restaient significatifs à 3 mois. Les antécédents traumatiques seuls n'étaient pas significatifs, et le soutien perçu à l'accouchement n'était significatif que lorsqu'il était combiné aux antécédents traumatiques ou à la sévérité des interventions obstétricales. Les auteurs

concluait que les femmes qui présentaient des antécédents traumatiques étaient particulièrement plus sensibles aux soins pendant l'accouchement et que la recherche de ces antécédents permettrait une prise en charge plus adaptée et la réduction d'ESPT-PP.

Dans l'étude de Verreault et al.(112) publiée en 2012, 308 femmes ont été suivies entre le troisième trimestre et le 6^e mois après l'accouchement. Étaient comparées l'incidence d'ESPT-PP lié à l'accouchement diagnostiqué par entretien clinique (SCID)(90), et l'incidence obtenue par auto-questionnaire (Modified PTSD Symptoms Scale Self Report , MPSS-R(115)).

En employant le MPSS-SR, à 4SPP, 7.6% des femmes présentaient un score compatible avec un ESPT-PP (16.6% de subsyndromes), et les symptômes persistaient à 6MPP (4.9% d'ESPT-PP et 4.3% de subsyndromes). L'incidence apparaissait plus faible en entretien clinique puisque 1.1% des femmes présentaient un diagnostic d'ESPT-PP à 4SPP (3.2% de subsyndromes), et il ne persistait que 2.9% de subsyndromes à 6MPP.

Les auteurs ont ensuite recherché des facteurs corrélés à des scores MPSS-SR élevés à 4SPP. Au total, l'antécédent d'EVT et le tempérament anxieux étaient significativement associés à des scores élevés d'ESPT à 4SPP, tandis que l'antécédent d'ESPT n'était pas significatif. En revanche, l'absence de soutien social et l'expérience négative de l'accouchement apparaissaient également corrélés à des scores MPSS-SR élevés.

L'objectif principal de Garthus-Niegel et al.(76–79) était de préciser rôle de l'expérience subjective sur le développement de symptômes d'ESPT-PP. La cohorte norvégienne ABC est une étude prospective longitudinale de grande taille qui a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Oslo entre 2008 et 2010. 1499 femmes ont été suivies depuis la 17^e SG jusqu'à deux ans après l'accouchement. Ils ont pris en compte l'antécédent d'ESPT vie-entière ainsi que la présence de symptômes de dépression, d'anxiété ou d'une peur de l'accouchement en fin de grossesse. Ils ont testé plusieurs hypothèses pour expliquer la présence de symptômes d'ESPT-PP sur l'échelle IES(102).

Ils mettaient en évidence(77) 1.9% de scores IES compatibles avec un probable ESPT-PP à 8SPP, et 6.7% de scores IES compatibles avec un subsyndrome. A deux ans, il persistait 1% de probables ESPT-PP et 5.5% de subsyndromes.

Huit semaines après l'accouchement(76), l'antécédent d'ESPT apparaissait directement lié à la présence d'antécédent d'ESPT vie-entière, tandis que l'impact de la peur de l'accouchement, des symptômes dépressifs et anxieux en fin de grossesse était médié par l'expérience subjective de

l'accouchement. Le rôle de l'expérience objective (par exemple les complications obstétricales) était également médié par l'expérience subjective. L'expérience pouvait être aggravée lorsqu'il existait un décalage entre les attentes vis-à-vis du mode d'accouchement, et l'accouchement vécu. Cela était significatif lorsque les femmes préféraient accoucher par césarienne programmée et qu'elles accouchaient par voie basse(78). La douleur pouvait également avoir un impact sur l'expérience globale de l'accouchement et directement sur la survenue d'un ESPT dans le post-partum, mais elle apparaissait indépendante de l'antécédent d'ESPT vie-entière.(79)

Deux ans après l'accouchement(77), la présence de symptômes d'ESPT à 8SPP apparaissait le plus fortement corrélée aux symptômes d'ESPT. L'insomnie à 8SPP, le faible soutien social, et les EVT apparaissaient également corrélés.

Au total, l'expérience subjective apparaissait prépondérante, et elle était teintée par les symptômes psychiatriques présents pendant la grossesse.

En 2016, Konig et al.(113) ont suivi 183 femmes depuis leur accouchement et jusqu'à un an. Ils ont pris en compte des vulnérabilités psychosociales (l'antécédent de traitement antidépresseur dans les dix années passées, le contexte migratoire) ainsi que des variables obstétricales (anesthésie générale, intervention médicale, épisiotomie, expérience subjective de l'accouchement) puis ils ont analysé leur impact direct ou indirect sur la survenue de symptômes d'ESPT-PP selon l'échelle TES(82). L'antécédent de traitement antidépresseur était corrélé à la plainte de douleur ainsi que de symptômes d'ESPT à SPP, eux-mêmes corrélés à la présence de symptômes d'ESPT à 1an. Indépendamment de l'antécédent de traitement antidépresseur et de la douleur, le contexte migratoire était corrélé à la présence de symptômes d'ESPT-PP à 6SPP via l'épisiotomie. Au total, le facteur direct le plus fortement corrélé à la présence de symptômes d'ESPT à 1an était la présence de symptômes d'ESPT à 6SPP. Les auteurs ont supposé que le fait de parler une langue étrangère pourrait majorer l'incompréhension et donc le stress ressenti au moment des interventions médicales. Ils soulignaient que cela pourrait renforcer l'hypothèse d'une double étiologie, d'une part liée aux antécédents de dépression et d'autre part liée au stress. L'une des principales limites alléguée était l'absence de recherche d'ESPT préexistant.

3.2 En population ciblée

Tableau 8 : études longitudinales en population ciblée tenant compte des antécédents de dépression et/ou d'ESPT

Auteurs, date de publication	C Q	Taille de l'échantillon (n)	Population étudiée	Période étudiée	Principaux résultats
Stramrood (88), 2011 Pays-Bas	A	175	PE, RPM Vs Grossesses physiologiques	3 ^e trimestre 6SPP 15MPP	Prévalence d'ESPT-PP (SCID, PSS-SR) à 6SPP : 11% dans le groupe PE, 17% dans le groupe RRP, 3% dans le groupe contrôle Prévalence d'ESPT-PP (SCID, PSS-SR) à 15MPP : 11% dans le groupe PE, RPM NE, 0% dans le groupe contrôle Facteurs prédictifs de scores PSS-SR élevés à 6SPP (par ordre décroissant) : symptômes dépressifs pendant la grossesse, antécédent de dépression, mort de l'enfant à la naissance
Montmasson (116), 2012 France	B	314	Primipares	24-48H 3-6MPP	12.7% de scores PPQ compatible avec un ESA lié à l'accouchement à 72h PP, 13.6% à 8-10SPP Facteurs prédictifs de scores PPQ élevés à 8-10SPP (par ordre décroissant) : trouble de personnalité de type dépendante, perception de complications pour soi à l'accouchement, antécédent d'infertilité ou d'IVG, ESA à 72h, haut niveau d'anxiété état à la maternité
Seng(117), 2014 Etats-Unis	A	566	Primipares	28SG 6SPP	6% d'ESPT-PP liés à l'accouchement diagnostiqués à 6SPP (NWS-PTSD) dont 1.6% de survenue <i>de novo</i> Facteurs prédictifs d'ESPT-PP à 6SPP (par ordre décroissant) : antécédent de maltraitance infantile, antécédent d'ESPT associé à une dépression, antécédent d'ESPT seul
Choi(73), 2016 Etats-Unis	A	564	Primipares	28SG 6SPP	Facteurs prédictifs de dissociation péritraumatique (par ordre décroissant): - antécédent de maltraitance infantile - antécédent d'ESPT vie-entière - antécédent de dépression l'année précédente
Muzik(74), 2016 Etats-Unis	A	312	Primipares	Grossesse 6SPP	Facteur prédictif d'une aggravation des symptômes d'ESPT pendant la grossesse : - stress ou EVT pendant la grossesse - peur de l'accouchement, antécédent d'ESPT Facteurs prédictifs de symptômes d'ESPT-PP à 6SPP: - majoration des symptômes dépressifs ou d'ESPT pendant la grossesse

NWS-PTSD National Women's Study PTSD Module ; PPQ Perinatal PTSD Questionnaire; PSS-SR PTSD Symptom Scale Self-report Questionnaire; SCID Semi-structured Clinical Interview;

En 2011, Stramrood et al.(88) ont recruté 175 femmes pendant leur grossesse, qu'ils ont suivi jusqu'à 15 mois de l'accouchement afin de comparer la prévalence d'ESPT-PP entre des grossesses compliquées de prééclampsie (PE) ou de rupture prématurée des membranes (RPM) et des grossesses physiologiques. Ils ont recherché les antécédents d'ESPT et de dépression, puis ils ont comparé la survenue de symptômes d'ESPT-PP et de symptômes dépressifs à l'aide d'entretiens semi-structurés (SCID)(90) combinés à des auto-questionnaires (PTSD Symptom Scale Self-report Questionnaire (PSS-SR)(118), BDI(91)) parmi trois groupes de femmes : un groupe PE de 57 femmes, un groupe RPM de 53 femmes, et un groupe de 65 femmes dont la grossesse se déroulait de façon physiologique.

A 6SPP, ils ont retrouvé 11% d'ESPT-PP dans le groupe PE, 17% dans le groupe RPM et ces taux étaient statistiquement supérieurs à ceux de dépression. Dans le groupe physiologique, 3% présentaient un ESPT-PP. A 15MPP, il persistait 11% d'ESPT-PP dans le groupe PE, et aucun ESPT-PP n'était retrouvé dans le groupe contrôle. Une faible proportion d'ESPT-PP retrouvés à 15MPP était d'apparition tardive, non présents à 6SPP. Le groupe RPM n'était pas significatif en raison d'un grand nombre de perdues de vue.

Au total, les facteurs prédictifs de scores élevés de symptômes d'ESPT-PP et de dépression à 6 SPP étaient les mêmes : la présence de symptômes dépressifs pendant la grossesse, l'antécédent de dépression, et la mort de l'enfant après la naissance. L'antécédent d'ESPT et la césarienne en urgence n'apparaissaient pas significatifs. Les auteurs soulignaient en conclusion que les symptômes d'ESPT seraient plus liés à des vulnérabilités psychiques précipitées par une séquence d'événements survenant autour de l'accouchement qu'aux complications obstétricales elles-mêmes.

En 2012, Montmasson et al.(116) ont recruté 314 primipares et ils ont évalué les facteurs prédictifs d'ESPT lié à l'accouchement à 72h et à 8-10SPP en tenant compte de variables obstétricales (antécédents d'IVG, temps de travail long, perception de complications obstétricales pour soi) et psychiatriques (trouble de personnalité, symptômes dépressifs pendant la grossesse, dissociation psychique à l'accouchement, anxiété-état à la maternité). Les symptômes étaient évalués à l'aide d'échelles diagnostiques : le questionnaire de personnalité (QPT)(119), la STAI(103), l'EPDS(96), et la PPQ(95). Ils mettaient en évidence 12.7 % de scores PPQ compatibles avec un ESA à 72h et ce taux restait stable à 8-10SPP avec 13.6% de scores compatibles avec un ESPT. Les symptômes dépressifs pendant la grossesse n'apparaissent pas prédictifs de symptômes d'ESPT-PP, en revanche c'est la seule étude incluse dans notre travail qui retrouvait des traits de personnalité plus vulnérables. Les traits de personnalité dépendante étaient 23 fois plus à risque de présenter des symptômes d'ESPT-PP à 8-10SPP. Celles qui avaient perçu une complication pour elles pendant l'accouchement étaient 18 fois plus à risque. Les

antécédents d'IVG ou d'infertilité, l'existence de symptômes d'ESA ou d'anxiété état dans les 72h étaient également fortement corrélés. Néanmoins les auteurs alléguaient plusieurs limites à leur étude, les perdues de vue de l'échantillon étaient plus jeunes, plus consommatrice de cannabis, présentaient plus souvent des symptômes dépressifs, et elles avaient plus de traits de personnalité de type borderline. Les auteurs précisait que l'impact du profil psychiatrique pourrait être sous-estimé.

Enfin, pour le projet STACY(117), l'hypothèse principale était que l'ESPT serait la clé du lien entre l'exposition à un traumatisme et la survenue de troubles psychiques dans le post-partum. Ils ont proposé une analyse de la survenue de l'ESPT-PP lié à l'accouchement, en tenant compte des vulnérabilités psychosociales (antécédents traumatiques, antécédent d'ESPT vie-entière, antécédent de dépression l'année précédant la grossesse). Des entretiens psychiatriques structurés (National Women's Study PTSD Module (NWS-PTSD)(120), Composite International Diagnostic Interview (CIDI)(121)) combinés à des échelles d'évaluation ont été conduits chez 1561 femmes, nullipares, entre la 28^e SG et la 6^eSPP. Elles étaient réparties en trois cohortes.

- Un groupe de femmes avec un antécédent d'ESPT vie-entière (*PTSD cases*)
- Un groupe de femmes avec un antécédent d'EVT sans ESPT (*trauma-exposed controls*)
- Un groupe de femmes sans antécédent d'EVT (*non-exposed controls*)

Dans l'étude de Seng et al.(117), la maltraitance infantile était l'antécédent traumatique le plus fréquemment retrouvé chez les femmes enceintes qui présentaient un ESPT. Une femme sur cinq était concernée, et elles présentaient plus fréquemment d'autres antécédents traumatiques, des antécédents d'ESPT, ainsi que des antécédents de dépression. Les auteurs ont émis l'hypothèse que ces femmes seraient plus à risque de présenter des troubles mentaux dans le post-partum et que ces troubles pourraient avoir un retentissement sur les liens d'attachement. Ils ont donc étudié la survenue d'ESPT-PP et de troubles de l'attachement en fonction de l'existence d'antécédents de maltraitance infantile, d'ESPT seul ou associé à une dépression, et de dépression seule. 566 femmes ont été suivies de la 28^e SG jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. Ils ont mis en évidence une prévalence de 6% d'ESPT à 6SPP, et une incidence de 1.6%. Parmi ces 1.6%, seulement la moitié présentait des symptômes liés à l'accouchement, tandis que l'autre moitié présentait un ESPT subsyndromique pendant la grossesse qui avait évolué en ESPT complet après l'accouchement. Toutes les femmes qui présentaient un ESPT-PP présentaient également des symptômes de DPN. Ils ont mis en évidence que les facteurs prédictifs d'ESPT-PP étaient, par ordre décroissant, l'antécédent de maltraitance infantile, l'antécédent d'ESPT associé à une dépression, l'antécédent d'ESPT seul, tandis que l'antécédent de dépression seule n'était pas significatif.

L'antécédent de dépression seule ainsi que l'antécédent d'ESPT associé à une dépression apparaissaient prédictifs de troubles de l'attachement.

Pour ces auteurs, il ne s'agissait pas de remettre en question l'impact de la DPN sur les liens d'attachement mais de souligner l'importance des antécédents de maltraitance infantile. Ils seraient vecteurs de troubles psychiatriques qui seraient particulièrement à risque de s'exacerber au moment de l'accouchement et l'ESPT-PP en serait l'un des résultats. Néanmoins, ils soulignaient que la forte proportion de femmes présentant un antécédent d'ESPT ou de maltraitance pourrait constituer un biais de sélection sous-estimant l'impact d'une dépression d'origine plus endogène.

Dans une analyse secondaire de cette cohorte, Choi et al.(73) se sont intéressés plus particulièrement aux symptômes de dissociation péritraumatique présents au moment de l'accouchement. Ils mettaient en évidence un risque plus élevé chez les femmes qui présentaient un antécédent de dépression l'année précédant la grossesse, ou qui présentaient un trouble de dissociation trait définie selon le DSM 5, ainsi que chez celles qui présentaient un antécédent d'ESPT vie-entière selon la définition du DSM 4. La dissociation péritraumatique apparaissait elle-même prédictive d'ESPT-PP, de DPN et de troubles de l'attachement. L'expérience subjective de l'accouchement était significativement corrélée à la dissociation péritraumatique. Néanmoins, dans cette étude, l'expérience objective ne l'était pas. Le contact soignant à l'accouchement était protecteur face à la dissociation péritraumatique et à l'ESPT-PP.

Enfin, dans une analyse portant uniquement sur les femmes enceintes qui présentaient des symptômes d'ESPT ou un antécédent d'ESPT-vie entière (soit 20% de l'échantillon total) au moment de l'inclusion, Muzik et al.(74) ont analysé l'évolution de ces symptômes d'ESPT pendant la grossesse et dans le post-partum. Ils ne retrouvaient pas de corrélation entre la survenue d'ESPT-PP et la sévérité des symptômes pendant la grossesse. Étonnamment, la majorité de ces femmes présentait des scores élevés d'ESPT en début de grossesse et 58% avaient significativement baissé au cours de la grossesse. L'évolution des symptômes était liée au stress ou à la survenue d'un EVT pendant la grossesse, à la peur de l'accouchement, ou à l'antécédent d'ESPT. Au final, ils mettaient en évidence que l'adaptation dans le post-partum ne dépendait pas tant de la sévérité initiale mais de l'évolution des symptômes, à savoir que l'on retrouvait plus de DPN associées et de troubles de l'attachement à 6SPP lorsque les symptômes s'étaient majorés pendant la grossesse.

DISCUSSION

1. Analyse des résultats

1.1 Description de la prévalence de l'ESPT-PP

Notre travail a mis en évidence :

- une prévalence de 0 à 11.9% d'ESPT-PP lié à l'accouchement à 4 à 6 semaines de l'accouchement(71,89,100) et jusqu'à 5% d'ESPT-PP lié à l'accouchement et 48% de symptômes persistants à un an(110)
- une incidence de 0 à 7.4% d'ESPT-PP lié à l'accouchement à 4 à 6 semaines de l'accouchement, après exclusion des femmes qui présentaient un ESPT pendant leur grossesse(71,111,112,117)

L'hétérogénéité des résultats peut être rapportée aux outils diagnostics employés, au type de population étudiée, aux symptômes recherchés, ainsi qu'à leur évolution dans le temps.

1.1.1 Outils employés

a) Diagnostic clinique

L'utilisation d'auto-questionnaires limite l'évaluation à des profils d'ESPT et non à des diagnostics de cas. Les entretiens cliniques permettent une plus grande finesse d'analyse. La prise en compte des critères A à F est variable en fonction des études. Deux auto-questionnaires peuvent donner un résultat différent dans un même échantillon(89,100). Par ailleurs, dans une même étude, l'utilisation d'un auto-questionnaire peut retrouver une prévalence d'ESPT-PP plus élevée qu'un entretien psychiatrique(112). Si certains questionnaires ont été créés spécifiquement pour l'ESPT-PP lié à l'accouchement(82,95), la majorité ont dû être adaptés pour les objectifs de chaque étude(102,115,120).

On retrouve plusieurs facteurs de confusion afin de poser le diagnostic d'ESPT-PP lié à l'accouchement.

L'accouchement est décrit comme traumatique selon le critère A du DSM 4 dans 10 à 45% des cas (72,86), à savoir un événement considéré comme une menace vitale (critère objectif), vécu avec une peur intense (critère subjectif). Une faible proportion néanmoins développera un ESPT par la suite. Lorsque les études ne précisent pas la recherche de ce critère A, on ne devrait pouvoir poser le diagnostic d'ESPT-PP lié à l'accouchement.(84)

Bien que de nombreuses études mettent en évidence un ESPT-PP lié à l'accouchement (73,83,112,117), plusieurs autres travaux ont rapporté des symptômes d'ESPT apparus dans le post-partum en lien avec d'autres EVT que l'accouchement (68,80,81,117) (par exemple des violences conjugales), ou l'apparition d'ESPT-PP venant aggraver des symptômes préexistants pendant la grossesse (83,117).

b) Diagnostics différentiels

Il paraît essentiel de rechercher d'autres troubles psychiatriques susceptibles de se développer ou de s'acutiser dans la période périnatale(83,106). Les symptômes dépressifs apparaissent de façon comorbide avec les symptômes d'ESPT-PP dans environ deux tiers des cas (69,71,83,84,100). On peut évoquer plusieurs raisons à cela, les symptômes dépressifs partagent un certain nombre de symptômes avec l'ESPT (troubles du sommeil, repli sur soi, perte de l'intérêt pour certaines activités), mais ils peuvent résulter également de facteurs de risque similaires(70,100).

D'autres troubles anxieux tels que le trouble anxieux généralisé ou la phobie sociale sont encore insuffisamment recherchés dans les études concernant l'ESPT-PP(71,83). Certaines études ont émis l'hypothèse que c'étaient les symptômes anxieux qui prévalaient dans le post-partum, et pas l'ESPT-PP spécifiquement (81,83,100), d'autres travaux semblent nécessaires afin de préciser leur prévalence.

1.1.2 Type de population étudiée

L'ESPT-PP lié à l'accouchement est retrouvé plus fréquemment dans les études ciblées sur les populations à risque de complications obstétricales et néonatales avec une prévalence estimée de 2 à 17% à 6SPP. (89, 107,108) Néanmoins nous ne disposons que de peu d'études en population ciblée à risque et de plus amples travaux semblent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Notre travail ne permet pas de conclure à une différence notable chez les primipares. Bien que Takegata et al.(108) aient retrouvé une prévalence de 21% d'ESPT-PP lié à l'accouchement chez des primipares contre 17% chez les multipares, d'autres études n'ont pas mis en évidence de risque notable en lien avec la parité (69,73,117).

Enfin, parmi les études recherchant des ESPT-PP en lien avec n'importe quel EVT dont l'accouchement (68,80), la prévalence était d'environ 9% ce qui n'apparaît pas supérieur aux études portant sur l'ESPT-PP lié à l'accouchement. Il s'agit de deux études conduites dans un service de maternité brésilienne et ces résultats ne pourraient être considérés comme généralisables. D'autres travaux semblent nécessaires afin d'étayer ces résultats.

1.1.3 Expression clinique

Indépendamment du type d'outils utilisés, la prévalence des symptômes d'ESPT était retrouvée dans une proportion nettement plus élevée que celle de l'ESPT-PP constitué, pouvant aller jusqu'à 25 à 48%(89,100,110). De même, dans certaines études, l'ESPT-PP n'était pas retrouvé, et seuls les symptômes d'ESPT étaient présents (81,89,112). Au vu de la prévalence totale de subsyndromes d'ESPT, il semble important de ne pas les négliger car ils peuvent avoir un impact sur la qualité de vie des femmes et sur la qualité des interactions avec leur enfant, malgré qu'ils ne constituent pas un syndrome complet.

Il paraît fondamental d'être attentif aux symptômes intrusifs, bien que ce soient les symptômes neurovégétatifs qui sont le plus fréquemment retrouvés(72,89,100). En effet, les symptômes d'intrusion à type de reviviscences, flash, souvenirs envahissants apparaissent plus fréquemment que les symptômes d'évitement(72,89,100). Il s'agit de symptômes plus spécifiques à l'ESPT qu'aux autres troubles, dépressifs ou anxieux, ce qui limiterait le risque de confusion avec des diagnostics différentiels.

Par ailleurs, la prise en compte des symptômes neurovégétatifs (correspondant au critère D) est à interpréter avec précaution car ils demeurent très aspécifiques. Si nous prenons l'exemple des troubles du sommeil, il ne semble pas pertinent de les imputer à une pathologie psychiatrique dans le contexte de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, ou aux soins du nouveau-né en général. Ainsi, il conviendrait d'en préciser le motif, la capacité à se reposer sur des temps dédiés, afin d'estimer leur pertinence dans le diagnostic. Dans les auto-questionnaires, certains auteurs(76) ont fait le choix de ne pas les tenir en compte, ou de ne pas inclure l'ensemble des symptômes neurovégétatifs(100).

1.1.4 Evolution des symptômes

Les résultats sont controversés quant à l'évolution des symptômes. Certains travaux retrouvent une baisse progressive de la prévalence d'ESPT-PP les premiers mois(71,110,112), tandis que pour d'autres les taux sont relativement stables(69,88). L'étude de Wijma et al.(82), en 1997, était une des études pilotes sur le sujet, et déjà, elle ne mettait pas en évidence d'association entre la prévalence de l'ESPT et le facteur temps dans le post-partum. En examinant les cas de façon plus spécifique, on peut voir qu'en dépit d'une stabilité apparente des taux, l'évolution semble discontinue dans le temps et il existerait des variations individuelles dans l'expression des symptômes.(70, 89,112,113)

Par ailleurs, huit études(69,77,82,84,86,88,106,110) ont montré une persistance des symptômes d'ESPT à un an et au-delà.

Cela pose la question de l'existence d'un trouble psychiatrique secondaire à l'accouchement encore peu recherché mais néanmoins persistant dans le temps.

1.2 Corrélations entre les antécédents psychiatriques et l'ESPT-PP

Notre travail a mis en évidence une corrélation importante entre les antécédents psychiatriques et la survenue de symptômes d'ESPT-PP, dans les études réalisées en population générale(70,82,83,89,100), comme dans des études en population ciblée à risques de complications obstétricales ou néonatales (68,80). Leur impact peut être direct, ou indirect en potentialisant l'impact d'autres facteurs de risques, tels que la peur de l'accouchement(68,108), la douleur liée à l'accouchement(110,113), ou l'importance des antécédents traumatiques(68,117).

Les études qui n'ont pas mis en évidence de lien entre les antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse et l'ESPT-PP imputaient fréquemment l'apparition de ces symptômes à l'expérience subjective de l'accouchement(89,112), la présence de symptômes dépressifs ou d'ESPT pendant la grossesse(72,81), ou la présence de symptômes dissociatifs au moment de l'accouchement (73,85,86,107). Ces facteurs ont eux-mêmes été corrélés à l'existence d'antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse dans d'autres travaux. En effet, bien que l'expérience subjective de l'accouchement semble tenir une place centrale dans l'apparition ou l'aggravation de symptômes d'ESPT-PP, on peut supposer qu'il s'agisse principalement du reflet de vulnérabilités psychiques préexistantes(68,76,81,100). En effet, les symptômes dépressifs et anxieux présents pendant la grossesse, peuvent multiplier par 13 à 19 fois le risque de développer des symptômes d'ESPT-PP (69,72,81) en altérant la perception de l'expérience de l'accouchement.(76) D'après une des études, ce serait plus précisément l'aggravation de ces symptômes pendant la grossesse qui serait en cause, indépendamment de leur intensité.(74) Le fait que ces études ne recherchent pas spécifiquement la présence de ces symptômes avant la grossesse, ne permet pas de conclure s'il s'agit d'une vulnérabilité préexistante ou d'une complication gravidique.

Les résultats concernant les complications obstétricales et néonatales sont plus controversés que ceux présentés dans la revue de Grekin & O'Hara(57). Bien que ces études retrouvaient plus fréquemment un impact important des complications somatiques (telles que l'hypertension artérielle gravidique, la rupture prématurée des membranes, la césarienne), seulement deux d'entre elles ne retrouvaient pas de corrélations avec les antécédents psychiatriques(106,107). Toutes concluaient à un effet important des vulnérabilités anténatales sur l'expérience des complications somatiques, indépendamment du type de complications(88,107). Le cas des accouchements par césarienne reflète bien cela, puisque c'est

fréquemment la césarienne en urgence qui est corrélée à la survenue de symptômes d'ESPT-PP, et non la césarienne programmée(70,107).

Enfin, nous avons inclus plusieurs études proposant de tester des modèles théoriques afin de préciser les interactions entre les différents facteurs de risque d'ESPT-PP. Les résultats convergeaient en faveur d'une étiologie qui serait liée aux vulnérabilités psychosociales, indépendante d'une étiologie liée aux facteurs de stress. Néanmoins, au regard des éléments apportés par les études tenant compte des antécédents d'ESPT ou de dépression, nous avons retrouvé un impact majeur des antécédents d'ESPT qui pourrait être distinct de celui des antécédents de dépression. Nous nous proposons donc de différencier ces deux types d'antécédents psychiatriques corrélés à la survenue d'ESPT-PP.

1.2.1 Vulnérabilité liée au parcours de vie traumatique

La vulnérabilité liée au parcours de vie traumatique désigne ici une vulnérabilité qui peut être liée aux antécédents d'EVT, mais également aux antécédents d'ESPT-vie entière.

Les femmes qui présentent des antécédents d'EVT sont plus à risque de présenter un ESPT-PP. (81,111,112) Les EVT les plus fréquemment retrouvés dans notre travail sont la maltraitance infantile(73) (19.5%), notamment les abus sexuels(67,112) (7-16%), et les violences physiques subies pendant la grossesse(68,80,81) (21%). Ces taux sont significativement plus élevés dans les populations de femmes qui présentent un ESPT-PP, avec entre 30.2% et 60.7% d'abus sexuels dans l'enfance selon les études(68,81).

Code de champ modifié

Code de champ modifié

Celles qui présentent un antécédent d'ESPT vie-entière(76,111,117) ou des symptômes d'ESPT présents pendant la grossesse(71) sont également plus à risque de présenter un ESPT-PP. Dans les cohortes du projet STACY, l'antécédent d'ESPT seul ou associé à une dépression constituait un facteur de risque d'ESPT-PP, mais pas l'antécédent de dépression seule(117). Par ailleurs, ces femmes qui présentaient un antécédent d'ESPT vie-entière étaient plus à risque d'exprimer des symptômes dissociatifs au moment de l'accouchement(73). Dans l'étude d'Oliveira et al.(68) les femmes qui avaient un antécédent d'abus sexuel étaient plus à risque de présenter des antécédents psychiatriques, eux même corrélés à la survenue d'ESPT-PP, et cette corrélation était indépendante de l'existence de complications périnatales. On peut supposer plusieurs mécanismes à cela.

Les femmes qui présentent un parcours traumatique (antécédent d'EVT ou d'ESPT vie-entière) pourraient présenter plus fréquemment des comorbidités psychiatriques pendant la grossesse, susceptibles de compliquer celle-ci.

Dans une précédente étude(6) du projet STACY (non incluse dans notre travail), les femmes qui présentaient un antécédent d'ESPT vie-entière avaient plus fréquemment un trouble de l'usage du tabac, des antécédents de traitements psychiatriques ou de psychothérapie, des symptômes d'ESPT pendant la grossesse.

Dans une précédente revue de la littérature portant sur l'influence des antécédents d'abus sexuels sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, Leeners et al.(122) ont retrouvé plus fréquemment des symptômes anxieux, et dépressifs, et notamment des idées suicidaires pendant la grossesse chez des femmes qui présentaient un antécédent d'abus.

Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement, par les examens gynécologiques répétés qu'ils nécessitent, ont été décrits comme des moments particulièrement propices à la réactivation d'ESPT antérieurs ou de souvenirs traumatiques(123). D'ailleurs, plusieurs études dans notre travail ont souligné l'importance du soutien soignant(71,100,112) et particulièrement chez les femmes qui présentent un antécédent traumatique(111). L'impact d'un antécédent de traumatisme dépend de la capacité de résilience de l'individu. Dans une étude portant sur 214 femmes, Sexton et al.(124) ont comparé la survenue d'ESPT-PP en fonction de l'antécédent d'abus sexuel et de la capacité de résilience. Les femmes qui avaient un score plus élevé de résilience présentaient moins de troubles psychopathologiques dans le post-partum.

Enfin, la vulnérabilité des femmes au cours de leur grossesse liée au parcours de vie traumatique pourrait trouver également une explication biologique liée à l'imprégnation hormonale. Dans un article paru en 2018, Seng et al.(125) ont étudié les taux de cortisol salivaires chez des femmes enceintes depuis le début de leur grossesse et jusqu'en post-partum. Il s'agit d'une hormone impliquée dans la régulation du stress via l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ils ont comparé ces taux chez des femmes qui présentaient un ESPT selon les critères DSM 4, un trouble dissociatif selon les critères DSM 5, et chez des femmes qui ne présentaient pas d'ESPT. Les taux de cortisol étaient significativement plus élevés chez les femmes qui présentaient un ESPT ou un trouble dissociatif en début de grossesse ou dans le post-partum. Plus les taux de cortisol étaient élevés, plus la vulnérabilité au stress était forte. Ils concluaient que les femmes seraient ainsi particulièrement plus vulnérables au stress en début de grossesse ou dans le post-partum, tandis que la fin de grossesse serait plus une période protectrice.

Au final, ces éléments semblent renforcer l'hypothèse qu'il existerait une étiologie singulière de l'ESPT-PP qui serait un continuum d'un ESPT préexistant ou de la réactivation d'un ESPT antérieur(53–55). Les femmes qui présentent un antécédent d'ESPT présenteraient un seuil de vulnérabilité au stress

plus faible que celles qui n'en ont pas. Or il semble que cette étiologie soit encore différente d'une vulnérabilité liée à la dépression.

1.2.2 Vulnérabilité liée aux antécédents de dépression

Notre travail a mis en évidence un rôle majeur des antécédents de dépression préexistante à la grossesse(73,110,113) et des symptômes de dépression pendant la grossesse(72,76,81) sur l'ESPT-PP et notamment via la modulation de l'expérience de l'accouchement. De précédentes revues de la littérature avaient mis en évidence le rôle majeur des symptômes de dépression pendant la grossesse(53,55,57), mais ne mentionnaient pas le rôle des antécédents de dépression.

Pour König et al.(113), l'association entre l'antécédent de traitement antidépresseur et la survenue d'ESPT-PP était indépendante des facteurs de stress (contexte migratoire et épisiotomie pouvant témoigner du niveau de stress lorsqu'il existe une difficulté de communication avec les soignants). Stramrood et al.(88) retrouvaient un impact important des antécédents personnels ou familiaux de dépression sur la survenue d'un ESPT-PP à l'issue d'une grossesse compliquée de PE ou de RPM, indépendamment du type de complication. Ils ajoutaient qu'ils ne retrouvaient pas de différence statistiquement significative de prévalence de DPN entre les groupes PE, RPM et le groupe contrôle. Ainsi ils concluaient que l'ESPT-PP pouvait être une séquelle de l'accouchement compliqué plus spécifique que la DPN. Enfin, pour Van Son et al.(110), l'étiologie de l'ESPT-PP liée aux vulnérabilités personnelles ou familiales de dépression était indépendante de l'étiologie liée au stress des manœuvres obstétricales. Toutes ces études présentaient la même limite de ne pas rechercher l'antécédent d'ESPT vie-entière.

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance de l'association entre symptômes de dépression pendant la grossesse et l'ESPT-PP(70,72,81,88,100,110). L'étude de Cohen et al.(81) qui n'a pas retrouvé de corrélation entre l'ESPT-PP et les antécédents de dépression a cependant montré que les femmes qui présentaient des symptômes dépressifs pendant la grossesse étaient 19 fois plus à risque de présenter un ESPT-PP celles qui ne présentaient pas de symptômes dépressifs. Garthus-Niegel et al.(76) ont émis l'hypothèse que les symptômes dépressifs influençaient l'expérience subjective en venant « teinter » l'accouchement de cognitions anxieuses et dépressives. Notons que la majorité des études qui évaluaient les symptômes dépressifs pendant la grossesse recherchaient leur présence au troisième trimestre.

1.2.3 Synthèse

Au total, à partir des études que nous avons présentées, nous pouvons proposer des mécanismes différents d'apparition d'ESPT-PP selon les antécédents psychiatriques : une vulnérabilité accrue aux facteurs de stress lorsqu'il existe un antécédent d'ESPT vie-entière, ou une expérience subjective altérée de l'accouchement lorsqu'il existe un antécédent de dépression.

L'antécédent d'EVT, sans nécessairement avoir développé un ESPT, peut également constituer une vulnérabilité psychique.

Ces vulnérabilités peuvent majorer le vécu négatif de l'accouchement lorsqu'il existe des facteurs de stress supplémentaires et notamment les complications obstétricales, mais il existerait également des ESPT-PP *de novo* non corrélés aux vulnérabilités psychiques dans des contextes exceptionnellement angoissants.(88,107)

Notons que si les complications obstétricales peuvent majorer la prévalence d'ESPT-PP les premières semaines post-partum, les facteurs de risque de maintien des symptômes au-delà de 6 mois sont là aussi les vulnérabilités psychiques, ou l'absence de soutien social perçu, et la survenue de nouveaux facteurs de stress.

Peu d'études ont recherché spécifiquement à la fois l'antécédent de dépression et d'ESPT antérieurs à la grossesse et de plus amples recherches semblent nécessaires afin de conclure à un mécanisme différent en fonction du type de vulnérabilités psychiques que présentent ces femmes, d'autant plus qu'il existe une comorbidité importante entre les symptômes dépressifs et les symptômes d'ESPT. D'autres travaux menés de façon prospective et longitudinale, semblent nécessaires pour étayer cette hypothèse, en tenant compte d'une recherche spécifique des antécédents psychiatriques et de la survenue de symptômes psychiatriques tout au long de la période périnatale.

2. Limites et points forts de notre travail

A la lumière des éléments énoncés précédemment, nous avons repéré un certain nombre de limites à notre travail.

En effet, il s'agit d'une revue qualitative non exhaustive des études portant sur l'ESPT-PP et tenant compte des antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse, elle présente donc un plus faible niveau de preuve qu'une revue exhaustive ou qu'une méta-analyse. La littérature que nous avons incluse est encore peu étudiée, et, de ce fait, présente un certain nombre de faiblesses méthodologiques. Pour

pallier à cela, nous avons établi des critères de qualité méthodologiques inspirés des précédentes revues de la littérature portant sur l'ESPT-PP et adaptés à notre problématique. Ainsi, on peut considérer que la qualité de notre « échantillon » reste satisfaisante puisque deux tiers des études possèdent des critères de qualité de niveau A, et que celles qui présentaient un niveau insuffisant ont été exclues.

Une autre limite est que la majorité des études incluses n'avaient pas pour objectif principal de mettre en évidence un lien entre les antécédents psychiatriques et l'ESPT-PP. Ainsi, les critères de recherche étaient très hétérogènes. Beaucoup d'études proposaient des variables de type « antécédents psychiatriques », « antécédent de traitement psychiatrique », ou « antécédent de consultation psychologique » sans définition précise. Dans certaines études il s'agissait de variables binaires (existence : oui/non) tandis que pour d'autres les antécédents étaient recherchés au cours d'entretiens psychiatriques semi-structurés. Nous n'avons retrouvé que deux antécédents psychiatriques spécifiques recherchés fréquemment : il s'agissait de l'antécédent d'ESPT et de l'antécédent de dépression préexistant à la grossesse. La recherche de l'impact d'autres troubles psychiatriques serait importante afin de préciser ces résultats. Par ailleurs, un certain nombre d'études alléguaient des biais d'attrition avec des pertes de vue qui présentaient plus fréquemment des symptômes dépressifs ou anxieux pendant la grossesse ou dans le post-partum, ou encore un niveau socio-économique défavorable. Ainsi, il est possible que le poids des antécédents psychiatriques ait été sous-estimé dans notre travail. A noter qu'aucune étude ne spécifiait la recherche de traitements psychotropes.

Par ailleurs si certaines études permettaient l'évaluation de l'incidence de l'ESPT-PP, aucune ne permettait d'évaluer l'incidence de nouveaux cas d'ESPT pendant la grossesse. Cela pourrait être lié à un biais de sélection puisque nous avons orienté notre recherche sur le post-partum et les études sur la grossesse étaient donc moins représentées dans notre travail.

Enfin nous n'avons inclus que peu d'études réalisées dans des populations à risque de complications obstétricales ou néonatales. Cela est dû en partie à nos critères de sélection. En effet, parmi les études que nous avons exclues, il s'agissait principalement d'études réalisées en population ciblée à risque de complications obstétricales ou néonatales qui ne recherchaient pas les antécédents psychiatriques ou qui présentaient un trop grand nombre de faiblesses méthodologiques. Cette limite rend bien compte de la transversalité de notre sujet et de l'hétérogénéité des axes de recherche en fonction des spécialités. Le prisme des gynécologues-obstétriciens semble plus orienté vers une recherche des corrélations entre complications obstétricales et survenue d'un ESPT-PP, les sages-femmes paraissent plus souvent sensibilisées à la question de l'impact du soutien en salle de naissance sur la survenue d'ESPT-PP, tandis que les psychiatres et psychologues sont plus attentifs aux vulnérabilités psychiatriques. La difficulté pour

les chercheurs à tenir compte des spécificités de chaque spécialité souligne l'intérêt d'un travail de recherche pluridisciplinaire.

Nous reconnaissons également néanmoins un certain nombre de qualités à notre étude. A notre connaissance, il s'agit de la première revue qualitative de la littérature portant sur les corrélations entre les antécédents psychiatriques et l'ESPT-PP.

Nous avons retrouvé une prévalence importante de l'ESPT-PP ainsi que de subsyndromes d'ESPT-PP, fréquemment associés à des symptômes dépressifs, qui pouvaient avoir un impact sur la qualité de vie des femmes. Nous avons mis en évidence un impact important à la fois direct et indirect des antécédents psychiatriques sur la survenue de ces symptômes et avons discuté des pistes de recherche sur les mécanismes de cet impact.

Ainsi, nos résultats présentent un intérêt clinique incitant à la sensibilisation des soignants aux vulnérabilités psychiques des femmes dans le post-partum, au-delà des troubles de l'humeur. Nous avons mis en évidence que cette vulnérabilité ne s'exprimait pas que lors de l'accouchement mais bien en amont. Il paraît fondamental de pouvoir « repérer » ces femmes le plus précocement possible afin de leur proposer une prise en charge adaptée par un réseau de professionnels de santé.

Par ailleurs, il existe également un intérêt pour les études à venir puisque nous avons pu discuter l'hétérogénéité des résultats en fonction des limites méthodologiques. Nous avons souligné l'avantage des études prospectives longitudinales menées à l'aide d'entretiens cliniques semi-structurés recherchant des antécédents psychiatriques de façon plus spécifique.

3. Implications cliniques de nos résultats

Au regard de ces éléments, notre travail a permis de souligner l'intérêt de rechercher des vulnérabilités tout au long de la période périnatale afin de préserver la santé mentale des femmes dans le post-partum.

3.1 En anténatal

Bien que l'anticipation d'un projet de grossesse apparaisse idéale afin de protéger au maximum les femmes vulnérables, cela représente bien souvent l'exception. Néanmoins, pendant la grossesse, les antécédents psychiatriques et traumatiques, liés ou non à la période périnatale, ainsi que le vécu de précédentes expériences obstétricales, devraient être recherchés systématiquement.

La Haute Autorité de Santé(126) recommande de réaliser un entretien prénatal précoce dès le premier trimestre de la grossesse dans le cadre du « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées ». Il s'agit d'un entretien non obligatoire mais qui devrait être systématiquement proposé. L'objectif est d'écouter les attentes des parents autour d'un projet de naissance personnalisé, de les informer sur les recommandations de suivi, et de dépister les situations potentiellement à risque. Il ne s'agit pas d'un entretien psychiatrique mais il peut être le moment opportun pour rechercher des vulnérabilités psychiatriques. L'existence de facteurs de risque tels qu'un niveau socio-économique défavorable, un entourage peu soutenant, ou la suspicion de violences conjugales (psychologiques ou physiques) sont autant d'éléments qui devraient mettre en alerte les équipes soignantes. On peut néanmoins discuter un certain nombre de limites à cet entretien. En effet, au vu de la fluctuation des symptômes pendant la grossesse, et de la vulnérabilité postnatale liée à l'évolution de ces symptômes(74), une évaluation précoce puis répétée, de la santé mentale au cours de la grossesse apparaît fondamentale. D'autre part, les femmes qui présentent des vulnérabilités psychiques sont plus fréquemment perdues de vue dans les études, alors que ce sont celles qui nécessiteraient le plus souvent des soins(84,107,116). Selon une enquête de l'INSERM(127), seulement 21.4% des femmes en France bénéficieraient de cet entretien prénatal précoce. Il existe donc un intérêt à développer les outils de dépistage permettant une évaluation répétée et pluridisciplinaire.

Le « Plan Périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité »(128), prévoit une articulation des professionnels de la période périnatale en recommandant des staffs médico-psychosociaux, afin de repérer le plus précocement possible des difficultés autour de la grossesse et d'élaborer en commun des prises en charges individualisées. Cet échange paraît fondamental pour permettre une continuité des soins. Former les professionnels de santé « non psychiatres » au repérage des vulnérabilités psychiques des femmes enceintes permet d'une part un accueil plus contenant, et d'autre part, s'il y en a besoin, une transition plus douce vers les soins psychiques(129).

3.2 A l'accouchement

Lorsque les facteurs de risque n'ont pas pu être repérés pendant la grossesse, il convient de les rechercher au moment de l'accouchement.

L'expérience subjective de l'accouchement apparaît comme un facteur prédictif de symptômes d'ESPT-PP. Nous avons retrouvé une nécessité accrue d'un soutien soignant lors de l'accouchement chez les personnes qui présentent des antécédents psychiatriques ou traumatiques. Dans une précédente étude(6) du projet STACY (non incluse dans notre travail), des chercheurs se sont intéressés au vécu de l'accouchement chez des femmes qui présentaient un antécédent d'abus sexuel. Au final, 34.7 % d'entre elles rapportaient que la sage-femme leur avait demandé lorsqu'elles étaient arrivées en salle de naissance si, par le passé, elles avaient été victimes d'abus sexuel. Dans 97.6% des cas elles disaient que la sage-femme avait bien fait. Il s'agit d'un sujet encore tabou et délicat à aborder par les soignants et pourtant, sa prise en compte paraît importante pour permettre un accompagnement spécifique des parturientes.

3.3 Dans le post-partum

Dans le post-partum, interroger systématiquement le vécu subjectif de l'accouchement permettrait de repérer les femmes pour qui l'accouchement aurait pu constituer une expérience traumatique. En effet, la recherche de sensation de perte de contrôle, de menace imminente, de peur intense, de symptômes dissociatifs (étrangeté à soi-même, suspension du temps, déréalisation), peuvent témoigner de l'intensité du vécu traumatique.

Dans les premiers jours après un accouchement vécu comme traumatique, si les études ne retrouvent pas d'intérêt à la proposition d'un *debriefing* structuré comme pour n'importe quel autre EVT(130,131), le fait de reparler du déroulement de l'accouchement permet déjà un apaisement(47).

L'existence de symptômes d'ESA à la maternité devrait, à notre sens, faire l'objet d'une attention particulière et justifier le renforcement d'un soutien familial ou professionnel afin de prévenir l'évolution vers un ESPT-PP. L'entretien post-natal préconisé par l'HAS(132) entre le 10^e jour et la 8^e SPP préconise la recherche de symptômes de psychose puerpérale et de DPN mais pas la recherche de symptômes d'ESPT-PP. Il représente pourtant la temporalité idéale pour évaluer l'évolution des symptômes d'ESPT-PP.

Il paraît important de souligner que les symptômes d'ESA peuvent être considérés comme adaptatifs après un accouchement traumatique et que l'enjeu du suivi n'est pas de « psychiatriser » systématiquement les femmes évoquant un accouchement traumatique, mais d'affiner le dépistage des

femmes à risque de développer un ESPT-PP, afin de les orienter progressivement vers des soins psychiques.

Rappelons que si l'absence de soutien et la survenue de nouveaux EVT dans le post-partum constituaient un facteur majeur d'entretien des symptômes, c'est la présence de symptômes d'ESPT-PP à quelques semaines de l'accouchement qui apparaissait la plus fortement corrélée aux symptômes d'ESPT-PP au-delà de 6 mois, ce qui témoigne bien de l'insuffisance de repérage de ces troubles, et de la faible proportion d'entre elles qui a pu bénéficier d'une prise en charge adaptée.

4. Perspectives d'évolution avec le DSM 5

Ce travail a été réalisé à la frontière entre deux cadres nosographiques.

A partir du DSM 3, l'ESPT a été considéré comme un trouble anxieux. A l'heure actuelle, cette classification est remise en question. Un groupe de travail (133) publié en 2011 soulignait qu'il pouvait s'agir d'un trouble anxieux fréquemment associé à une humeur dépressive. Faisant ce constat, le DSM 5 a proposé une nouvelle catégorie diagnostique, basée non plus sur l'expression clinique mais sur l'étiologie du trouble : troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Elle regroupe le TSPT, le trouble de stress aigu, le trouble de l'adaptation, autre trouble lié à un traumatisme ou à un stress spécifié ou non, le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble de l'engagement social désinhibé.

Plusieurs modifications des critères pourraient éventuellement impacter les taux de prévalence ainsi que le diagnostic d'ESPT-PP.

La nouvelle classification a fait disparaître le critère subjectif A2, à savoir la sensation d'une peur intense liée à l'événement traumatique. La spécificité de l'accouchement, par rapport à d'autres événements de vie considérés comme traumatiques, réside dans son caractère prédictif et dans la médicalisation de l'événement dans la majorité des cas. Ainsi, on peut supposer que la sensation de peur pourrait être modulée par le soutien soignant et qu'une plus faible proportion de femmes, présenterait à la fois les critères A1 et A2. De fait, en 2014, Boorman et al.(134) publiaient une étude portant spécifiquement sur la prévalence de chacun des critères diagnostics relatifs à l'ESPT-PP lié à l'accouchement. Ils ont créé leur propre questionnaire afin de rechercher le critère A spécifiquement lié à l'accouchement, puis ils ont utilisé l'échelle PDS. Au final ils ont retrouvé une prévalence de 15% d'accouchements traumatiques et ils ont mis en évidence que 50% des femmes qui percevaient une menace imminente, ressentaient également une peur intense. Ils ajoutaient qu'en retirant le critère A2, ils

retrouveraient un accouchement traumatique dans un tiers de l'échantillon total. Ainsi, la suppression du critère A2 pourrait tendre à augmenter le nombre d'accouchements considérés comme traumatiques et à une surmédicalisation de réactions de stress physiologiques et courantes dans le post-partum.

Il persiste dans le DSM 5 des critères liés aux symptômes d'évitement et d'intrusion ainsi que des troubles neurovégétatifs, mais il introduit une nouvelle catégorie de critères : l'altération des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant avec ou aggravées après l'événement. La prise en compte des symptômes dépressifs parmi les critères diagnostics pourrait faciliter le diagnostic clinique, et simplifier les réflexions concernant les mécanismes de cette cooccurrence entre symptômes d'ESPT et de dépression. En effet, il ne s'agirait plus de déterminer s'il s'agit de comorbidités, ou de troubles qui présentent les mêmes facteurs de risque, mais bien d'un trouble qui associe à la fois des symptômes d'ESPT et de dépression.

Dans la nouvelle classification il convient de préciser si le trouble est associé à des symptômes dissociatifs de type dépersonnalisation/déréalisation ou non, ce qui correspondrait à un critère de gravité. Dans notre travail, le rôle des symptômes cognitifs au moment de l'accouchement, et notamment de la dissociation périnatale apparaissait fréquemment corrélé aux symptômes d'ESPT-PP(73,85,86,107). Selon le DSM 5, il ne s'agirait pas de facteurs de risque mais d'un critère diagnostic.

Au total, cette nouvelle classification permet de regrouper des troubles présentant une étiologie commune, tout en distinguant si l'événement est un facteur prédisposant ou précipitant. En cela, il semble qu'elle soit cohérente avec les problématiques rencontrées dans notre travail. Néanmoins, au vu de nos résultats, il semble important d'interpréter l'existence de symptômes dépressifs avec précaution afin de ne pas négliger une étiologie distincte aux troubles et une prise en charge adaptée, d'autant plus que la période périnatale est particulièrement propice aux décompensations thymiques.

CONCLUSION

Au travers de 30 articles publiés entre 1997 et 2017, cette revue de la littérature rend compte de l'importante corrélation entre l'existence d'antécédents psychiatriques et la survenue et le maintien de symptômes d'ESPT-PP chez les femmes en période périnatale. Si ce lien peut-être direct, il peut également avoir un effet indirect en modulant l'expérience subjective de l'accouchement. Deux mécanismes ont été proposés à cela, d'une part une vulnérabilité liée à l'existence d'un antécédent d'ESPT vie-entière qui pourrait majorer la vulnérabilité face aux facteurs de stress, ou favoriser la réactivation d'un ESPT antérieur lors de l'accouchement ; d'autre part, une vulnérabilité liée à un antécédent de dépression qui pourrait moduler l'expérience subjective de l'accouchement en favorisant un vécu négatif et traumatique.

Par ailleurs, notre travail souligne l'importance de rechercher l'existence de symptômes psychiatriques pendant la grossesse et d'interroger la patiente sur le vécu de son accouchement. Des complications obstétricales ou néonatales peuvent constituer un facteur de risque supplémentaire de survenue d'ESPT-PP mais ne sont pas systématiquement présentes. La recherche de symptômes dissociatifs à l'accouchement paraît être un bon indicateur de l'intensité du vécu traumatique de l'accouchement et doit faire évoquer le risque d'une évolution vers un ESPT-PP. Par ailleurs, dans le post-partum, l'existence de symptômes intrusifs tels que les cauchemars, les reviviscences ou les flashes doivent faire évoquer l'existence d'un ESPT-PP.

L'importance du soutien au moment de l'accouchement et dans le post-partum incite à renforcer le travail en un réseau pluridisciplinaire des soignants concernés par la période périnatale. Il existe un enjeu majeur de coordination des professionnels de santé de la période périnatale. Il s'agit de ne pas « psychiatriser » tous les accouchements vécus comme traumatiques mais d'affiner le repérage des femmes à risques d'ESPT-PP afin de permettre des soins psychiques adaptés. En l'absence de soins, il existe un risque de pérennisation des troubles, d'apparition de comorbidités dépressives, de retentissement sur les interactions mère-enfant. Enfin, il existe un risque de survenue de complications obstétricales et psychiatriques lors d'une grossesse ultérieure.

Notre travail a permis de souligner un enjeu pour les futures recherches portant sur les troubles psychiques dans la période périnatale. En effet, malgré de nombreux travaux publiés sur notre sujet, une faible proportion des études recherchait l'existence d'antécédents psychiatriques. D'autres travaux prospectifs longitudinaux semblent nécessaires afin de préciser ces résultats. La prise en compte d'antécédents psychiatriques spécifiques préexistants à la grossesse, et l'utilisation d'entretiens cliniques

à la recherche de symptômes d'ESPT, mais également d'autres troubles psychiatriques pendant la grossesse et après l'accouchement permettrait une analyse plus fine des mécanismes d'apparition et de maintien des symptômes d'ESPT-PP.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostics cliniques de l'ESPT selon le DSM 4 TR (18)

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, les hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- (3) incapacité à se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hyper vigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si : **Survenue différée** : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Annexe 2 : Critères diagnostics cliniques du TSPT selon le DSM 5(19) :

A : exposition à l'événement traumatique, au moins 1 des 4 critères suivants doit être rempli :

- (1) exposition directe comme victime
- (2) exposition directe comme témoin
- (3) exposition comme policier ou sauveteur ou intervenant ou le fait d'apprendre une nouvelle tragique concernant un proche

B : symptômes de reviviscence de l'événement. Le patient doit présenter au moins un des critères suivants :

- (1) souvenirs récurrents ou anxiogènes de l'événement
- (2) rêves de répétition
- (3) vécus ou agir comme si l'événement allait revenir
- (4) détresse si exposition à un stimulus évocateur
- (5) symptômes physiologiques si exposition à un stimulus évocateur

C : évitement persistant des stimuli évocateurs. Au moins un des deux symptômes suivants doit être présent :

- (1) évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement
- (2) évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

D : altération des cognitions et de l'humeur, liée à l'évènement. Au moins deux des sept symptômes suivants doit être présents :

- (1) amnésie d'un aspect important de l'évènement
- (2) appréhensions pessimistes sur soi et les autres
- (3) cognitions erronées sur les causes et conséquences de l'évènement
- (4) émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)
- (5) moindre intérêt pour des activités antérieurement motivantes
- (6) sentiment de détachement vis-à-vis des autres
- (7) incapacité à ressentir des émotions positives

E : altération de la vigilance et de la réactivité. Deux des symptômes listés ici doivent être présents :

- (1) irritabilité et accès de colère
- (2) comportement imprudent ou autodestructeur
- (3) hypervigilance, réaction de sursauts
- (4) difficultés de concentration
- (5) troubles du sommeil

F : durée supérieure à un mois. Le trouble sera dit différé si le tableau clinique complet est constitué en plus de 6 mois

G : Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social

H : Le trouble n'est pas attribuable à une prise de substance ou une autre pathologie

Annexe 3 :

Critères de qualité présentés dans la revue d'Andersen et al.(51)

Table 2. Quality rating system criteria and elaboration of point scores.

Method	Points
<u>I. Data collection</u>	
Telephone interview	1
Self-reported questionnaire	2
Clinical interview	3
<u>II. Instrument score (Table C, extra material)</u>	
Questionnaire III	1
Questionnaire II	2
Questionnaire I	3
<u>III. Sample size</u>	
A quotient was calculated using the average sample size ($n = 320$), setting this to yield 3 points as an average study in this pool of research, the quotient thus being $Q = \frac{320}{3}$. For each study, the number of points equaled $\frac{n}{Q}$, rounded to one decimal place.	0.3–12.2
<u>IV. Response rate</u>	
0–50%	1
51–70%	2
71–85%	3
86–100%	4
<u>V. Prospective design, prepartum data collection</u>	
No	0
Yes	4
<u>VI. Number of post-partum data collection time points</u>	
1 time point	1
2 time points	2
≥3 time points	3
<u>VII. Coherence of inclusion/exclusion criteria relative to hypothesis</u>	
No	0
Yes	4
<u>VIII. Response rate: Identification of dropouts and bias</u>	
No	0
Yes	4

Sum

A sum of points was calculated from the above. It was possible to achieve a maximum of 38.2 points and a minimum of 4 points. Studies scoring 0–25% of the maximum score were rated D, 26–50% rated C, 51–75% rated B and 76–100% rated A.

Annexe 4 :

Critères de qualité présentés dans la revue de Dekel et al.(53)

TABLE 1 | Quality Coding System Criteria.

I. DATA COLLECTION	
Single item measures	0
Study-specific measures	1
Self-report questionnaire	2
Clinical interview	3
II. SAMPLE SIZE	
≤29	0
30–99	1
100–199	2
200–399	3
≥400	4
III. NATURE OF SAMPLE	
Self-selective	0
Target/risk group	2
Representative	4
IV. INITIAL RESPONSE RATE	
Cross-sectional only	0
< 50%	1
50–75%	2
> 75%	3
V. PRESENCE OF PRE-PARTUM MEASUREMENTS	
No	0
Yes	1
VI. HISTORY OF TRAUMA	
No	0
Yes	1
VI. HISTORY OF PTSD	
No	0
Yes	1
VII. POST-PARTUM COLLECTION POINTS	
One Time	1
Two Times	2
Three+ Times	3
VIII. PTSD ASSESSMENT	
Post-Partum only	0
Pre- and Post-Partum	1
Post-Partum and IOC	2
Pre-, Post-, and IOC	3
IX. INITIAL POST-PARTUM ASSESSMENT	
Years	1
Months	2
Weeks	3
Days	4
SUM OF POINTS	2–27

The drop-out rate among studies was evaluated after the initial time point. The prevalence of high drop-out rates in some studies could indicate selection bias. A sum of points was calculated based on the coding factors below. The minimum and maximum scores achievable were 2 and 27, respectively. Studies scoring 2–18 points were ranked as B, and 19–27 points were ranked as A. IOC, Index of Childbirth.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Donnons sa chance à chaque nouveau-né : audit et étude des mortinaissances et des décès néonataux. Genève; 2017.
2. Missonier S. Psychiatrie périnatale. In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F, editors. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. PUF. Paris; 2000. p. 562-5.
3. Revault d'Allonnes C. Le mal jolissant : accouchements et douleur. Plon. 1976. 340 p.
4. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(420):21-7.
5. Kessler R, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
6. Seng J, Sperlich M, Low LK. Mental health, demographic, and risk behavior profiles of pregnant survivors of childhood and adult abuse. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(6):511-21.
7. Loveland Cook CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):710-7.
8. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40(11):1849-59.
9. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge. 2e édition. Dunod, editor. 2011. 256 p.
10. Oppenheim H. "Die Traumatischen Neurosen" 1888. 2e édition. von August Hirschwald V, editor. Berlin; 1892. 1 vol.
11. Charcot JM. Leçons Du Mardi À La Salpêtrière : polycliniques. Lecrosnier et Babé E, editor. Notes de Cours. Tome II. Paris: Aux bureaux du Progres medical;
12. Kraepelin E. Psychiatrie : Ein Lehrbrech für Studierende und Aerzte. 6e édition. Barth J, editor. Leipzig; 1889.
13. Ferenczi S. Psychanalyse des névroses de guerre. In: Rapport présenté au Ve Congrès international de psychanalyse de Budapest, Tome III. 1918. p. 27-43.
14. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. 1920. In: Essais de psychanalyse. Petite Bib. Paris; 1981. p. 41-116.
15. Crocq L. Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes. 2e édition. Masson, editor. 2014. 353 p.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 3. 3e édition. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1968. 236-239 p.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders□: DSM 4. 4e édition. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
18. Guelfi JD, Crocq M-A, Benoit-Iamy S, Bisserbe C, Bouvard M, Chaillet G, et al. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. 4e édition texte révisé. Version internationale avec Lis Codes CIM-10. 4e édition. Masson, editor. Paris; 2005. 533-539 p.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders□: DSM 5. 5e édition. Washington D.C: American Psychiatric Press; 2013.
20. Mc Evoy P, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population□: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:957–67.
21. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(11):1044–8.
22. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626–32.
23. Koenen KC, Widom CS. A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *J Trauma Stress*. 2009;22(6):566–74.
24. Kirschbaum C, Klauer T, Filipp SH, Hellhammer DH. Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosom Med*. 1995;57(1):23–31.
25. Rohleder N, Schommer NC, Hellhammer DH, Engel R, Kirschbaum C. Sex differences in glucocorticoid sensitivity of proinflammatory cytokine production after psychosocial stress. *Psychosom Med*. 2001;63(6):966–72.
26. Li SH, Graham BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):73–82.
27. Hippocrate. Oeuvres complètes. Tome quatrième. Baillière J-B, editor. Oeuvres complètes. Paris; 1844. 550-1 p.
28. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris□: L'Hamartan, 2002□: p. 394.
29. Esquirol. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médicolegal. Paris□: J. B. Baillière, 1838.
30. Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum. *L'évolution Psychiatr*. 1961;26(4):525–57.
31. Bydowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité□: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr*. 1978;4:321–8.
32. Bydowski M. La dette de vie□: itinéraire psychanalytique de la maternité. 6e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2008. 45-53 p.

33. Molénat F. Naissances□: pour une éthique de la prévention. Paris: Erès; 2001. 136 p.
34. Mckenzie-Harg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen, Sawyer A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(3):219–37.
35. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018;(225):18–31.
36. Rogal SS, Poschman K, Belanger K, Howell HB, Smith M V, Medina J, et al. Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *J Affect Disord.* 2007;102(1–3):137–43.
37. Yonkers KA, Smith M V., Forray A, Epperson CN, Costello D, Lin H, et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(8):897–904.
38. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal Anxiety Predicts Individual Differences in Cortisol in Pre-Adolescent Children. *Biol Psychiatry.* 2005;58(3):211–7.
39. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. *Br J Psychiatry.* 1995;166(04):525–8.
40. 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 - Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):400–4.
41. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev.* 2011;87(1):21–6.
42. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, et al. Mother-infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Feb;16(1):29–38.
43. Morelen D, Menke R, Rosenblum KL, Beeghly M, Muzik M. Understanding bidirectional mother-infant affective displays across contexts: Effects of maternal maltreatment history and postpartum depression and PTSD symptoms. *Psychopathology.* 2016;49(4):305–19.
44. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med.* 2017;47(01):161–70.
45. Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth.* 2017 Dec;
46. McDonald S, Slade P, Spiby H, Iles J. Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2011;32(3):141–6.
47. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384(9956):1775–88.

48. Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abus Negl.* 2009;33(12):877–87.
49. Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares C. Trauma and the reproductive lifecycle in women. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(Suppl. II):65–72.
50. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med.* 2003;8(2):159–68.
51. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(11):1261–72.
52. Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(1):1–16.
53. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. Vol. 8, *Frontiers in Psychology.* Frontiers Media SA; 2017. p. 560.
54. Ayers S. Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(3):552–67.
55. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016 Feb 16;1–14.
56. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;208:634–45.
57. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(5):389–401.
58. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth.* 2001 Jun;28(2):111–8.
59. Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38:319–45.
60. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(4):431.
61. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol.* 2003 Feb;54(1):229–52.
62. de la Cruz CZ, Coulter M, O'Rourke K, Mbah AK, Salihu HM. Post-traumatic stress disorder following emergency peripartum hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(4):681–8.
63. Porcel J, Feigal C, Poye L, Postma IR, Zeeman GG, Olowoyeye A, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and risk of screening positive for Posttraumatic Stress Disorder: A cross-sectional study. *Pregnancy Hypertens.* 2013;3(4):254–60.
64. Kim W, Lee E, Kim K, Namkoong K, Park E, Rha D-W. Progress of PTSD symptoms following birth: a prospective study in mothers of high-risk infants. *J Perinatol.* 2015;35(10):575–9.

65. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007;35(11):1136–42.
66. Schwab W, Marth C, Bergant A. The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2012 Jan 7;72(01):56–63.
67. Henriques T, Leite de Moraes C, Reichenheim M, Lobato de Azevedo G, Silva Freire Coutinho E, Luiz de Vasconcellos Figuera I. Postpartum posttraumatic stress disorder in a fetal high-risk maternity hospital in the city of Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2015;31(12):1–11.
68. Oliveira AG e S de, Reichenheim ME, Moraes CL, Howard LM, Lobato G. Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Apr 28;20(2):297–309.
69. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Jun;27(2):113–9.
70. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2009;116(5):672–80.
71. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*. 2017;55:29–37.
72. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4–6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *J Affect Disord*. 2017;221(June):238–45.
73. Choi K, Seng J. Predisposing and Precipitating Factors for Dissociation During Labor in a Cohort Study of Posttraumatic Stress Disorder and Childbearing Outcomes. *J Midwifery Womens Health*. 2016 Jan;61(1):68–76.
74. Muzik M, McGinnis E, Bocknek E, Morelen D, Rosenblum K, Liberzon I, et al. Ptsd Symptoms Across Pregnancy and Early Postpartum Among Women With Lifetime Ptsd Diagnosis. *Depress Anxiety*. 2016;33(7):584–91.
75. Seng JS, Kohn-Wood LP, Mcpherson MD, Sperlich M. Disparity in posttraumatic stress disorder diagnosis among African American pregnant women. *Arch Womens Ment Heal*. 2011;14(4):295–306.
76. Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath M, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(1):1–10.
77. Garthus-Niegel S, Ayers S, Von Soest T, Torgersen L, Eberhard-Gran M. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2014;172:146–52.
78. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen T, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:191.

79. Garthus-Niegel S, Knoph C, von Soest T, Nielsen C, Eberhard-Gran M. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth*. 2014 Mar;41(1):108–15.
80. Zambaldi C, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Oct;14(5):435–9.
81. Cohen M, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart D. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Heal*. 2004;Apr 13(3):315–24.
82. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997 Jan;11(6):587–97.
83. Wenzel A, Haugen E, Jackson L, Brendle J. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*. 2005;19:295–311.
84. Leeds L, Hargreaves I. The psychological consequences of childbirth. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;26(2):108–102.
85. Vossbeck-Elsebusch A, Freisfeld C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*. 2014;14:200.
86. King L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 14;17(1):32.
87. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 Mar;30(1):36–46.
88. Stramrood CAI, Wessel I, Doornbos B, Aarnoudse JG, van den Berg PP, Schultz W, et al. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and PPROM: a prospective study with 15 months follow-up. *Reprod Sci*. 2011 Jul 18;18(7):645–53.
89. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. 2014;32:87–92.
90. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). 1997;
91. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988 Jan 1;8(1):77–100.
92. Beck A, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893–7.
93. Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 2:22–33.
94. Ruggiero KJ, Ben K Del, Scotti JR, Rabalais AE. Psychometric properties of the PTSD checklist—civilian version. *J Trauma Stress*. 2003 Oct;16(5):495–502.

95. Quinnell F, Hynan M. Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): A preliminary study. *J Trauma Stress*. 1999 Jan;12(1):193–9.
96. Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*. 2004 Mar 1;78(3):269–72.
97. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess*. 1997;9(4):445–51.
98. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006;27(2):91–7.
99. Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. Vol. 119, *Journal of Affective Disorders*. 2009.
100. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*. 2000 Mar;39 (Pt 1):35–51.
101. Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PE. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol*. 1991 Mar;47(2):179–88.
102. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979 May;41(3):209–18.
103. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.; 1983.
104. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*. 1990 Apr;8(2):99–107.
105. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.
106. Misund A, Nerdrum P, Bråten S, Pripp A, Diseth T. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Jan;12(1):33.
107. Lopez U, Meyer M, Loures V, Iselin-Chaves I, Epiney M, Kern C, et al. Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Heal Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):118.
108. Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Okano T, Severinsson E. Aetiological relationships between factors associated with postnatal traumatic symptoms among Japanese primiparas and multiparas: A longitudinal study. *Midwifery*. 2017;44:14–23.
109. Jackson C. The General Health Questionnaire. *Occup Med (Chic Ill)*. 2006 Aug 23;57(1):79–79.
110. 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(4):297–312.
111. Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol Health*. 2011;26(12):1553–70.

112. Verreault N, Da Costa D, Marchand, Ireland K, Banack H, Dritsa M, et al. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res.* 2012 Oct;73(4):257–63.
113. König J, Schmid S, Loser E, Neumann O, Buchholz S, Kostner R. Interplay of demographic variables, birth experience, and initial reactions in the prediction of symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7(1).
114. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post- traumatic stress disorder. *Psychol Med.* 1997;27:153–60.
115. Falsetti SA, Resnick HS, Resick PA, Kilpatrick DG. The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther.* 1993;16:161–2.
116. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2012;41(6):553–60.
117. Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health.* 2014 Jan;58(1):57–68.
118. Foa EB, Riggs DS, Dancu C V., Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1993 Oct;6(4):459–73.
119. Duijsens IJ, Eurelings-Bontekoe EHM, Diekstra RW. The VKP, a self-report instrument for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders: construction and psychometric properties. *Pers Individ Dif.* 1996 Feb 1;20(2):171–82.
120. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, et al CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(6):984–91.
121. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res.* 1994;28(1):57–84.
122. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res.* 2006;61:139–51.
123. Bayle B. Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance: une clinique de l'interface somapsyché. *Penta;* 2006.
124. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord.* 2015;174(February 2016):562–8.
125. Seng JS, Li Y, Yang JJ, King AP, Kane Low LM, Sperlich M, et al. Gestational and Postnatal Cortisol Profiles of Women With Posttraumatic Stress Disorder and the Dissociative Subtype. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs.* 2018 Jan 1;47(1):12–22.
126. HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Paris; 2005.

127. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011;
128. Puech F. L 'organisation autour de la grossesse et de la naissance. 2007;35–45.
129. Nezelof S, Ropers G, Duquet A. Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? *Enfances Psy*. 2006;30(1):20.
130. Rowan C, Bick D, Bastos MH da S. Postnatal Debriefing Interventions to Prevent Maternal Mental Health Problems After Birth: Exploring the Gap Between the Evidence and UK Policy and Practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2007 Jun;4(2):97–105.
131. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 10;(4):CD007194.
132. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes□? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005;
133. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM 5. *Depress Anxiety*. 2011 Sep;28(9):737–49.
134. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. 2014 Feb;30(2):255–61.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le
Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

RESUME

Introduction : l'état de stress post-traumatique dans le post-partum (ESPT-PP) suscite un intérêt croissant pour l'étude de sa prévalence et de ses facteurs de risques. Plusieurs travaux ont proposé des modèles diathèse-stress pour expliquer la survenue d'un ESPT-PP mais les résultats sont controversés. Il semblerait que l'impact des antécédents psychiatriques soit sous-estimé. **Objectifs :** étudier le rôle des antécédents psychiatriques sur la survenue d'un ESPT-PP, et préciser s'il existe un impact des antécédents psychiatriques sur les autres facteurs de risque identifiés dans le modèle diathèse-stress. **Méthode :** une revue qualitative non exhaustive de la littérature a été menée sur les bases de données Pubmed et Psycinfo. Ont été incluses 30 études publiées entre 1997 et 2017 portant sur l'ESPT-PP qui spécifiaient avoir recherché des antécédents psychiatriques préexistants à la grossesse. Les résultats ont été discutés en fonction des outils méthodologiques. **Résultats :** nous avons retrouvé un impact majeur direct et indirect des antécédents psychiatriques sur la réactivation, la survenue et le maintien de symptômes d'ESPT-PP et avons discuté l'hypothèse de mécanismes différents en fonction du type d'antécédent (ESPT-vie entière et dépression). Plusieurs études ont retrouvé également des ESPT-PP liés aux complications obstétricales, indépendamment des vulnérabilités psychiatriques. Les limites méthodologiques de ces études ont été discutées. **Conclusion :** les antécédents psychiatriques ont un impact direct et indirect dans la survenue d'ESPT-PP justifiant une attention particulière tout au long de la période périnatale. D'autres études prospectives longitudinales menées dès le début de grossesse recherchant l'existence d'antécédents psychiatriques spécifiques semblent nécessaires afin d'en préciser les mécanismes.

Mots clés : état de stress post-traumatique ; post-partum ; accouchement ; antécédents psychiatriques

SUMMARY

Background: Post-partum posttraumatic stress disorder (PTSD-PP) has reached growing attention in the study of its prevalence and risk factors. Diathesis-stress models have been suggested and the role of a psychiatric history is controversially described and seems to be underestimated. This study aimed to examine the impact of a psychiatric history on the PTSD-PP, and eventually, on other risk factors. **Method:** a non exhaustive qualitative review was carried out using the Pubmed and Psycinfo databases. We included 30 studies published between 1997 and 2017, examining the PTSD-PP and looking for a prior psychiatric history. Results were discussed according to their methodological issues. **Results:** we found a major direct and indirect impact of a psychiatric history on the reactivation, the onset and the maintenance of PTSD-PP symptoms. We discussed the hypothesis of adverse mechanisms following the type of past psychiatric disorder (PTSD or depression). We also found PTSD-PP due to obstetrical complications and it was independent of the existence of a psychiatric history. Methodological weaknesses have been discussed. **Conclusion:** having a psychiatric history can have direct and indirect impact on the existence of a PTSD-DD justifying specific attention during the perinatal period. More prospective longitudinal studies involving early pregnancy are needed to precise their mechanisms.

Keywords: posttraumatic stress disorder; post-partum; birth; psychiatric history

Discipline : psychiatrie

Université de Bordeaux - 146 Rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX CEDEX