



Psychosomatique et sexualité

Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum

Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms

M. Boudou, N. Séjourné*, H. Chabrol

Centre d'études et de recherches en psychopathologie, université de Toulouse-II-le Mirail,
5, allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France

Reçu le 21 mars 2007 ; accepté le 10 septembre 2007

Résumé

Objectif. – L'objectif de cette étude prospective longitudinale était d'explorer le rôle de la douleur de l'accouchement, de la détresse et des expériences dissociatives périnatales dans l'apparition de symptômes de stress post-traumatique en post-partum.

Patientes et méthodes. – Cent dix-sept femmes ont participé à l'étude. Vingt-quatre heures après l'accouchement elles ont complété le questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA), le *peritraumatic distress inventory* (PDI) pour mesurer la détresse périnatale, et le *peritraumatic dissociative experience questionnaire* (PDEQ) pour évaluer les réactions dissociatives. Six semaines après l'accouchement étaient administrés l'*impact of event scale-revised* (IES-R) mesurant l'état de stress post-traumatique et l'*Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) mesurant les symptômes dépressifs.

Résultats. – Seuls les scores d'émotions dysphoriques et de perception d'une menace vitale s'avéraient être des prédicteurs significatifs du score à l'IES-R. Le score affectif du QDSA apparaissait comme un prédicteur significatif des émotions dysphoriques.

Discussion et conclusion. – La détresse émotionnelle était le meilleur prédicteur des symptômes de stress post-traumatique. Les émotions dysphoriques, prédictives de la symptomatologie post-traumatique étaient prédites par la dimension affective de la douleur. Ainsi, le fait de présenter des réactions émotionnelles intenses à la douleur augmenterait le risque de symptômes de stress post-traumatique en post-partum.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – This prospective, longitudinal study investigated the contributive role of childbirth pain, perinatal distress and perinatal dissociation to the development of PTSD symptoms following childbirth.

Patients and methods. – One hundred and seventeen women participated at the study. The first day after delivery they completed a questionnaire to evaluate pain, the peritraumatic distress inventory (PDI) and the peritraumatic dissociative experience questionnaire (PDEQ). Six weeks after birth, they completed the impact of event scale-revised (IES-R) to measure posttraumatic stress symptoms and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess maternal depression.

Results. – A multiple regression analysis revealed that only both components of perinatal distress, life-threat perception and dysphoric emotions were significant predictors of posttraumatic stress symptoms. In another multiple regression analysis predicting dysphoric emotions, affective dimension of pain was the only significant predictor.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : natalene.sejourn@laposte.net (N. Séjourné).

Discussion and conclusion. – Perinatal distress was the best predictor of posttraumatic stress symptoms. Dysphoric emotions were associated with affective dimension of pain, suggesting that women distressed by the childbirth pain would have higher risk to develop posttraumatic stress symptoms.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Accouchement ; Douleur ; Détresse émotionnelle ; Dissociation ; État de stress post-traumatique

Keywords: Childbirth; Pain; Perinatal distress; Perinatal dissociation; PTSD symptoms

1. Introduction

Donner naissance peut être considéré comme un événement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme. Plusieurs études indiquent que l'accouchement peut être une expérience traumatique, pouvant même entraîner un état de stress post-traumatique. Cette expérience traumatique de la naissance toucherait un faible pourcentage de femmes, mais pourrait entraîner des séquelles psychologiques à long terme et avoir des retentissements néfastes sur la relation mère–enfant [1,2].

La quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [3] définit l'état de stress post-traumatique (ESPT) comme une réaction à un événement traumatique durant lequel l'intégrité physique d'un individu ou celle d'autrui a pu être menacée, et auquel il a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur (critère A). Les symptômes sont classés en trois critères : la reviviscence de l'événement traumatique (critère B), l'évitement des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale, (critère C) et une hyperactivation neurovégétative (critère D). On parle d'ESPT lorsque la symptomatologie dure depuis au moins un mois (critère E), et qu'elle entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel, familial ou dans d'autres domaines importants (critère F). Ainsi, cette définition prend en compte l'aspect subjectif de l'agent stressant et la réponse individuelle à cet événement et semble alors parfaitement pouvoir s'appliquer à l'accouchement. Reprenons à ce propos les mots de Bydlowski et Raoul-Duval [4] écrivant : « 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 ».

La prévalence de l'état de stress post-traumatique en post-partum varie de 1,9 à 5,6 %, quatre à huit semaines après l'accouchement [5–7] et de 1,5 à 3 % après six mois [5,8]. Si une minorité de femmes développe un ESPT après l'accouchement, un tiers d'entre elles le décrit pourtant comme une expérience traumatique [6,7] et 22,6 à 30 % présentent des symptômes post-traumatiques significatifs quatre à huit semaines après, sans toutefois remplir les critères diagnostiques [6–8].

Les études de cas [2,4,10–13] ont fourni des descriptions cliniques riches et détaillées de la symptomatologie traumatique postobstétricale. Ces études font état de symptômes

d'intrusion caractérisés par des flash-backs et des cauchemars, des symptômes d'évitement et d'activation neurovégétative comme les troubles du sommeil ou l'irritabilité. Des manifestations spécifiques telles que l'évitement des relations sexuelles par peur de la grossesse et de l'accouchement [12], des difficultés dans la relation mère–enfant [2] ainsi que des avortements répétés ou des césariennes électives [14] peuvent compléter le tableau clinique. Il n'est pas rare que les femmes souffrant d'un ESPT présentent également une dépression postnatale [2,9,15,16].

La majorité des études a cherché à identifier des facteurs pouvant contribuer à l'apparition de symptômes de stress post-traumatique en post-partum.

De nombreuses études ont montré que la dissociation périnatale était un facteur prédictif important de stress post-traumatique [17–19]. La dissociation périnatale est une réaction à un stress extrême, impliquant des perceptions de dépersonnalisation, de déréalisation, de changement corporel ou d'altération de la notion du temps. Selon Birmes et al. [20], elle serait l'un des prédicteurs les plus fiables d'ESPT. Dans le champ obstétrical, quelques études ont mis en avant la relation entre les expériences dissociatives et le développement ultérieur d'un ESPT [8,13]. Selon Olde et al. [15], les émotions négatives et les réactions dissociatives contribueraient à l'apparition de symptômes de stress post-traumatique.

Bien que la majorité des cas de stress post-traumatique consécutifs à l'accouchement rapportés dans les études qualitatives décrive des accouchements extrêmement douloureux [2,4,11,12], aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à la douleur de l'accouchement comme facteur de risque d'ESPT. Quelques études ont tenté d'explorer le rôle de l'intensité de la douleur sur le développement des symptômes d'ESPT, mais les différences méthodologiques rendent difficile l'interprétation des résultats. Seule l'étude de Soet et al. [7] a mis en évidence une association entre la sévérité de la douleur et les symptômes de stress post-traumatique évalués deux à 31 semaines après l'accouchement. Czarnoka et Slade [9] ont montré que, si l'intensité de la douleur n'était pas différente, chez les femmes présentant des symptômes et celles ne présentant pas de symptômes d'ESPT, le niveau de détresse émotionnelle engendrée par la douleur était plus élevé chez les femmes présentant des symptômes d'ESPT. De même, Van Son et al. [8] ont montré que la douleur n'avait pas d'effet direct sur l'ESPT mais qu'en revanche, elle avait un effet significatif sur la dissociation périnatale, elle-même associée à l'ESPT.

Ces résultats mettent en avant le rôle de l'intensité de la douleur, de la détresse émotionnelle et des réactions dissociatives dans le développement d'un ESPT. Il semble

alors nécessaire d'explorer plus spécifiquement la contribution respective de ces différentes variables dans l'apparition de symptômes de stress post-traumatiques en post-partum. Notre hypothèse étant que l'intensité de la douleur de l'accouchement serait prédictive de l'intensité des symptômes de stress post-traumatique, par la détresse émotionnelle et le risque dissociatif qu'elle engendre. Nous supposons que la douleur est source de détresse émotionnelle, auxquelles les parturientes tenteraient d'échapper par des réactions dissociatives.

2. Patientes et méthodes

2.1. Patientes

Cent dix-sept femmes ont été recrutées dans le service de maternité d'une clinique privée toulousaine entre février et mai 2006. Toutes les femmes majeures, francophones, ayant accouché à terme et par voie basse durant les 24 heures précédentes, d'un enfant vivant et sans pathologie néonatale décelée ont été sollicitées pour participer à l'étude. Ont été exclues de l'étude les mineures, les mères ayant accouché avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), les mères ayant accouché par césarienne, celles dont le bébé avait séjourné en service de néonatalogie, ainsi que celles faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'un suivi psychiatrique dans les 12 derniers mois. Deux patientes ont refusé de collaborer à l'étude. Toutes les participantes ont donné un consentement éclairé écrit. L'âge des mères était compris entre 20 et 40 ans avec une moyenne de 30 (ET 4,73). Les caractéristiques des mères sont présentées dans le [Tableau 1](#).

Dans les 24 heures suivant l'accouchement étaient évaluées la douleur, la détresse émotionnelle, et les expériences dissociatives ressenties pendant l'accouchement. Un entretien semi-directif permettait d'obtenir des renseignements socio-démographiques ainsi que ceux concernant la grossesse et l'accouchement.

Les questionnaires évaluant les symptômes de stress post-traumatique et l'humeur dépressive étaient alors remis accompagnés d'une enveloppe préimprimée pour le retour postal six semaines après l'accouchement.

Tableau 1
Caractéristiques des mères ($n = 117$)

	<i>n</i>	%
Primipares	63	53,85
Multipares	54	46,15
Bébés filles	55	47
Bébés garçons	62	53
Grossesse non désirée	33	38,21
Préparation à la naissance	82	73,21
Accouchement déclenché	18	15,38
Accouchement instrumental	35	29,91
Épisiotomie	49	41,88
Péridurale	113	96,58
Antécédents obstétricaux	18	15,38
Antécédents psychologiques	20	17,1
Antécédents traumatiques	15	12,82
Antécédents médicaux	6	5,13

2.2. Méthodes

2.2.1. Variables évaluées dans les 24 premières heures suivant l'accouchement

2.2.1.1. Douleur. Les participantes ont complété le questionnaire de douleur de Saint-Antoine (QDSA) [21], adaptation française du *McGill pain questionnaire* (MPQ) [22]. Cette échelle d'autoévaluation consiste en une liste de 58 adjectifs ordonnés par ordre croissant et répartis en 16 classes. Les neuf premières classes qualifient les aspects sensoriels, et les sept dernières les aspects affectifs de la douleur. La patiente choisit sur cette liste les adjectifs qui décrivent le mieux sa douleur et leur attribue une note de 0 à 4. Un score total (QDSA T) peut être établi par addition du sous-score sensoriel (QDSA S) et du sous-score affectif (QDSA A). Sa validité et sa sensibilité pour l'évaluation de la douleur obstétricale ont été démontrées par Morisot et Boureau [23].

2.2.1.2. Détresse émotionnelle périnatale. Le *peritraumatic distress inventory* (PDI) [24] est un autoquestionnaire de 13 items permettant d'obtenir une mesure quantitative du niveau de détresse émotionnelle ressentie pendant et immédiatement après un événement potentiellement traumatique. Les items sont cotés de 0 à 4 (0 = pas du tout vrai ; 4 = extrêmement vrai). Le score total moyen est obtenu par la somme des items et va de 0 à 52. La version française [25] présente de bonnes propriétés statistiques. L'analyse en composantes principales a permis de dégager deux facteurs : les émotions dysphoriques et la perception d'une menace vitale.

2.2.1.3. Dissociation périnatale. Le *peritraumatic dissociative experience questionnaire* (PDEQ) [19] a été validé en français par Birmes et al. en 2005 [26]. Il propose une mesure rétrospective de la perception de dissociation « durant et immédiatement après » un événement menaçant. Cette dimension recouvre les perceptions de dépersonnalisation, déréalisation, changement corporel ou altération de la notion du temps. Chaque item est coté selon une échelle de type Likert de 1 à 5. Un score supérieur à 2,4 [8] a été retenu comme révélateur de dissociation sévère.

2.2.2. Variables évaluées six semaines après l'accouchement

2.2.2.1. Symptômes de stress post-traumatique. L'échelle révisée d'impact des événements (IES-R) [27] validée en français par Brunet et al. [28] comporte 22 items, mesurant la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivation neurovégétative qui caractérisent les états de stress post-traumatique. Les participants doivent indiquer sur une échelle de Likert en cinq points dans quelle mesure chaque proposition s'applique à leur expérience personnelle. Chaque item est coté de 0 à 4. Le score total, obtenu par addition du score de chaque item, s'étend de 0 à 88. Bien qu'il n'existe pas de score seuil à l'IES-R permettant de poser un diagnostic, les auteurs considèrent un score total de 22 comme étant l'indice de symptômes significatifs d'état de stress aigu et un score de 36 comme suggérant la présence d'un état de stress post-traumatique [29].

2.2.2.2. Symptomatologie dépressive. L'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) [30] est un autoquestionnaire de dix items évaluant l'anhédonie ; l'autoaccusation ; l'anxiété ; la peur ou la panique ; le sentiment d'incapacité ; les troubles du sommeil ; la tristesse ; l'envie de pleurer ; et les idées suicidaires. Les réponses sont cotées de 0 à 3 en fonction de la sévérité des symptômes. Un score global peut être calculé par addition des scores obtenus pour chacun des dix items. Le score global peut s'étendre de 0 à 30. Le score de 11, suggéré par l'étude de validation française [31] comme indicatif d'une dépression du post-partum, a été utilisé.

2.3. Statistiques

Des corrélations non paramétriques (Spearman), des comparaisons de groupes (Mann-Whitney) et des régressions multiples ont été effectuées à l'aide du logiciel Statistica.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 117 femmes interrogées à la clinique, 92 ont renvoyé un protocole complet six semaines après l'accouchement (taux de réponse de 79 %). Les caractéristiques sociodémographiques et les variables évaluées 24 heures après l'accouchement des répondantes et des non-répondantes n'étaient pas significativement différentes. Les caractéristiques des participantes sont présentées dans le [Tableau 1](#).

Vingt-quatre heures après l'accouchement, les scores de douleur moyens (QDSA) des 117 participantes étaient de 26,40 (écart-type [ET] 10,72) et la détresse émotionnelle moyenne (PDI) était de 7,34 (ET 4,08). La moyenne des score de dissociation périnatale (QEDP) était de 1,41 (ET 0,43) et trois mères (2,6 %) avaient une dissociation périnatale sévère (QEDP inférieur à 2,4).

Six semaines après l'accouchement, le score moyen des 93 femmes ayant complété l'IES-R était de 11,05 (ET 8,76). 11 femmes (12 %) avaient un score compris entre 22 et 35, indiquant un stress aigu, et une seule femme (1 %) présentait un score supérieur à 35, considéré comme significatif d'un état de stress post-traumatique. La moyenne à l'EPDS était de 7,87 (ET 4,18) et sur 92 mères, 17 (18 %) avaient un score supérieur à dix, indiquant une dépression du post-partum. L'intensité de la symptomatologie post-traumatique et les symptômes dépressifs six semaines après l'accouchement étaient fortement corrélés ($r = 0,55$; $p < 0,05$). Trente-trois pour cent des femmes présentant des symptômes d'ESPT significatifs (IES-R supérieur à 21) étaient déprimées (EPDS supérieur à dix) six semaines après l'accouchement.

3.2. Association entre douleur de l'accouchement, détresse et dissociation périnatales et symptômes d'ESPT

Des corrélations de Spearman montrent que l'intensité des symptômes de stress post-traumatique était corrélée à la dimension affective de la douleur ($r = 0,21$; $p < 0,05$), la

Tableau 2

Corrélations entre les scores au PDI, QDSA, QEDP

	QDSA sensoriel	QDSA affectif	PDI total	QEDP total
QDSA sensoriel	1	0,49*	0,24*	0,42*
QDSA affectif	0,49*	1	0,32*	0,30*
PDI total	0,24*	0,32*	1	0,36*
QEDP total	0,42*	0,30*	0,36*	1

* Corrélations de Spearman significatives pour $p < 0,05$.

détresse émotionnelle ($r = 0,39$; $p < 0,05$) et la dissociation périnatale ($r = 0,36$; $p < 0,05$). Les scores de détresse et de dissociation étaient corrélés entre eux ($r = 0,36$; $p < 0,05$) et corrélés aux scores sensoriel et affectif de douleur ([Tableau 2](#)).

3.3. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme facteurs prédictifs des symptômes d'ESPT

Une analyse de régression multiple prédisant l'intensité des symptômes de stress post-traumatique à l'IES-R a été réalisée avec comme prédicteurs, les scores sensoriel et affectif du QDSA, les scores d'émotions dysphoriques (PDI) et de perception d'une menace vitale (PDI), le score des expériences dissociatives périnatales (QEDP), la primiparité et la satisfaction par rapport à la péridurale. Ont été exclus de l'analyse les cas n'ayant pas bénéficié de la péridurale (quatre participantes). Ce modèle expliquait 33 % de la variance de l'intensité des symptômes de stress post-traumatique et était significatif $F(9, 80) = 5,65$ $p < 0,00002$. Seuls les scores d'émotions dysphoriques ($\beta = 0,27$, $p < 0,05$) et de perception d'une menace vitale, ($\beta = 0,23$, $p < 0,05$) s'avéraient être des prédicteurs significatifs de l'intensité de la symptomatologie post-traumatique ([Tableau 3](#)).

Dans une seconde analyse de régression multiple prédisant l'intensité des émotions dysphoriques (PDI) nous avons entré comme prédicteurs, les scores affectif et sensoriel du QDSA, la primiparité, le mode d'accouchement (spontané versus déclenché), la satisfaction par rapport à la péridurale et un mauvais contact relationnel avec l'équipe soignante. Ce modèle expliquait 30 % de la variance de l'intensité des émotions dysphoriques ressenties pendant l'accouchement et était significatif $F(6, 105) = 7,61$; $p < 0,00000$. Seul le score

Tableau 3

Facteurs prédictifs des symptômes de stress post-traumatique : analyse de régression multiple

	Bêta	t (80)	p
QDSA sensoriel	-0,11	-0,97	0,33
QDSA affectif	0,19	1,55	0,12
QEDP total	0,12	1,07	0,29
Parité	0,03	0,3	0,76
Satisfaction péridurale	-0,12	-1,31	0,19
Perception menace vitale (PDI)	0,23	2,42	0,02*
Émotions dysphoriques (PDI)	0,27	2,19	0,03*

$F(9, 80) = 5,65$; $p < 0,00002$; $R^2 = 0,33$.

* Résultats significatifs pour $p < 0,05$ (condition d'exclusion : absence de péridurale).

Tableau 4

Facteurs prédictifs de l'intensité des émotions dysphoriques (PDI) : analyse de régression multiple

	Bêta	t (105)	p
QDSA sensoriel	−0,00	0,49	0,97
QDSA affectif	0,47	4,57	0,00*
Parité	0,07	0,80	0,42
Accouchement déclenché	−0,06	−0,73	0,46
Satisfaction péridurale	0,02	0,19	0,84
Mauvais contact équipe soignante	0,14	1,50	0,13

$F(6, 105) = 7,6071$; $R^2 = 0,30$; $p < 0,00000$.

* Résultats significatifs pour $p < 0,05$ (condition d'exclusion : absence de péridurale).

Tableau 5

Facteurs prédictifs des expériences dissociatives (QEDP) : analyse de régression multiple

	Bêta	t (103)	p
QDSA sensoriel	0,16	1,73	0,09
QDSA affectif	−0,05	−0,50	0,61
Primiparité	0,19	2,43	0,02*
Accouchement déclenché	0,16	2,03	0,04*
Satisfaction péridurale	−0,04	−0,49	0,63
Mauvais contact équipe soignante	0,19	2,10	0,04*
Menace vitale	−0,03	−0,43	0,67
Émotion dysphoriques	0,47	4,99	0,00*

$F(8, 103) = 9,6432$; $R^2 = 0,43$; $p < 0,00000$.

* Résultats significatifs pour $p < 0,05$ (condition d'exclusion : absence de péridurale).

affectif du QDSA ($\beta = 0,47$, $p < 0,01$) apparaissait être un prédicteur significatif des émotions dysphoriques (Tableau 4). Les mêmes prédicteurs ont été utilisés dans une analyse de régression multiple prédisant l'intensité de la perception d'une menace vitale mais aucun n'était significatif.

Enfin, une analyse de régression multiple prédisant l'intensité des expériences de dissociation périnatale a été réalisée avec pour prédicteurs, les scores affectif et sensoriel du QDSA, la primiparité, le mode d'accouchement (spontané versus déclenché), la satisfaction par rapport à la péridurale, un mauvais contact relationnel avec l'équipe soignante, les émotions dysphoriques et la perception d'une menace vitale. Ce modèle expliquait 43 % du score au QEDP et était significatif $F(8, 103) = 9,64$; $p < 0,00000$. La primiparité ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$), un accouchement déclenché ($\beta = 0,16$; $p < 0,05$) et les émotions dysphoriques ($\beta = 0,47$; $p < 0,01$) étaient des prédicteurs significatifs des expériences de dissociation périnatales (Tableau 5).

4. Discussion

Dans notre étude, la prévalence des cas probables d'ESPT (IES-R supérieur à 35) s'élevait à 1 % des répondantes. Ce taux, relativement bas, par rapport aux études antérieures (1 à 8%) peut être attribué, au-delà de la taille, aux caractéristiques de l'échantillon. Nous nous sommes en effet intéressés de façon exclusive à l'accouchement eutocique, en excluant les césariennes, la prématurité et les pathologies néonatales,

réduisant ainsi considérablement les sources de stress. Bien que les cas d'ESPT faisant suite à un accouchement normal restent rares, presque 12 % des participantes à l'étude rapportaient des symptômes de stress post-traumatiques (SPT) entraînant une souffrance cliniquement significative (IES-R supérieur à 21). L'ESPT se manifestant par un « évitement persistant des stimuli associés au traumatisme » [3], nous pouvons supposer que la prévalence de l'ESPT a pu être sous-estimée, car les personnes souffrant d'un ESPT auraient tendance à éviter tout ce qui se rapporte au traumatisme, et à ne pas répondre aux questionnaires.

Trente-trois pour cent des femmes de notre échantillon présentant des symptômes de SPT significatifs (IES-R supérieur à 21) étaient déprimées six semaines après l'accouchement, suggérant une comorbidité relativement importante. Ce résultat signifie également que 66 %, soit deux tiers des femmes présentant des symptômes de SPT cliniquement significatifs, ne présentaient pas de symptômes dépressifs repérables. Or, à l'heure actuelle, l'attention des professionnels de santé concernant la souffrance psychique en post-partum étant essentiellement orientée vers la dépression post-natale, la souffrance psychique de ces femmes ne serait pas repérée et resterait non prise en charge. Le discours des femmes concernant l'accouchement reste très standardisé, laissant peu de place à l'expression des émotions et il paraît alors nécessaire de se pencher spécifiquement sur le dépistage des SPT.

Les analyses de régression multiple ont montré que la détresse émotionnelle était le meilleur prédicteur des symptômes de SPT six semaines après l'accouchement. Ces résultats sont concordants avec ceux des précédentes études sur le stress post-traumatique consécutif à l'accouchement [9,10,15,32,33].

Les émotions dysphoriques, prédictives des symptômes de SPT, étaient linéairement liées à l'intensité de la dimension affective de la douleur (QDSA A), suggérant que ce n'est pas la sévérité de la douleur elle-même, mais la détresse émotionnelle qu'elle engendre qui aurait un effet sur le développement des symptômes de SPT. Notre hypothèse rejoint les résultats de Czarnoka et Slade [9], révélant que malgré l'absence de différence entre les deux groupes concernant l'intensité de la douleur, les femmes présentant des symptômes de SPT avaient été plus bouleversées par la douleur que celles ne présentant pas de tels symptômes.

L'hypothèse selon laquelle l'intensité de la douleur entraînerait des réactions émotionnelles de détresse auxquelles les femmes tenteraient d'échapper par des phénomènes dissociatifs, eux-mêmes responsables de symptômes de SPT n'est pas vérifiée. Il semblerait que la détresse périnatale ne soit pas liée à la sévérité de la douleur mais aux réactions affectives suscitées par la douleur. Cette détresse, composée d'une part d'émotions négatives comme la honte, la culpabilité, la colère, un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle et d'autre part par la perception d'une menace vitale, était, dans notre étude, directement associée au développement des symptômes de SPT.

Par ailleurs, les émotions dysphoriques étaient prédictives des réactions dissociatives, mais ces dernières ne semblaient

pas contribuer à l'apparition des symptômes de SPT contrairement aux résultats d'autres études [8,15].

Enfin, les symptômes de stress post-traumatique étaient prédits également par les émotions dysphoriques et la perception d'une menace vitale. Or notre étude n'apporte pas d'éléments sur les facteurs favorisant la perception d'une menace vitale.

Ces résultats montrent que les réactions émotionnelles suscitées par la douleur ont un rôle important dans le développement des SPT mais ils méritent d'être approfondis dans de futures recherches notamment afin d'étudier le sens de la relation entre ces différentes variables. Il paraît en effet nécessaire d'avoir une meilleure compréhension du rôle des différentes variables intermédiaires dans l'émergence des symptômes de stress post-traumatique pour envisager des interventions de soutien mais également de prévention.

5. Conclusion

L'ESPT comme la dépression postnatale peut avoir des conséquences très préjudiciables. Il est alors indispensable de sensibiliser les professionnels de santé à ces troubles et de favoriser un dépistage systématique des symptômes de SPT parallèlement au dépistage des symptômes dépressifs. Notre étude présente l'intérêt de souligner le rôle important des réactions émotionnelles suscitées par la douleur de l'accouchement dans le développement de symptômes de stress post-traumatique et d'ouvrir une réflexion sur les facteurs personnels et cognitifs favorisant de telles réactions à la douleur. Ces premiers résultats laissent entrevoir la complexité du rapport des femmes à la douleur de l'accouchement, question qui ne doit pas être éludée par les progrès non contestables de l'analgésie péridurale.

Remerciements

Nous remercions les Dr Thévenot, Dr Bonmarty, Dr Martin, Pr Boubli, Dr Munos, Dr Grandjean, Dr Landman, Dr Letourneur, Dr Kobuch, Dr Carnus, et Dr Dubord de nous avoir permis de réaliser cette étude dans la clinique Ambroise Paré (Toulouse).

Références

- [1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [Anaes] 2007. Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile (2004) Retrieved May 10, 2006, from : [http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/\(ID\)/F06206DFFED7E04FC1256F0B0041E817/\\$file/Sortie_accouchement_recos%20.pdf](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/(ID)/F06206DFFED7E04FC1256F0B0041E817/$file/Sortie_accouchement_recos%20.pdf).
- [2] Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry* 1995;166:525–8.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). (DSM-IV). Washington, DC: Author; 1994.
- [4] Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr* 1978;4:321–8.
- [5] Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;28:111–8.

- [6] Creedy D, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptom symptoms following: incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27:104–11.
- [7] Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36–46.
- [8] Van Son M, Verkerk G, Van Der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery, and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. *Clin Psychol Psychother* 2005;12:297–312.
- [9] Czarnoka J, Slade P. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35–51.
- [10] Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004;53:28–35.
- [11] Creedy D. Emotional well-being of childbearing women: a review of the evidence. Professorial Lecture, School of nursing, Griffith University, March 2002.
- [12] Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:195–6.
- [13] Moleman N, Van Der Hart O, Van Der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:271–2.
- [14] Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:856–61.
- [15] Olde E, Van Der Hart O, Kleber RJ, Van Son M. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *J Trauma Dissociation* 2005;6:125–42.
- [16] Reynolds JL. Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J* 1997;156:831–5.
- [17] Delahanty DL, Royer DK, Raimonde AJ, Spoonster E. Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *J Anxiety Disord* 2000;17:149–64.
- [18] Kaufman ML, Kimble MO, Kaloupek DG, McTeague LM, Bachrach P, Forti AM, et al. Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-relevant stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:167–74.
- [19] Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994;151:902–7.
- [20] Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé JL, Charlet JP, Lauque D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1337–9.
- [21] Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. *Thérapie* 1984;39:119–29.
- [22] Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277–99.
- [23] Morisot P, Boureau F. Évaluation de la douleur obstétricale par questionnaire d'adjectifs : comparaison de deux modalités d'analgésie péridurale. *Ann Fr Anesth Reanim* 1991;10:117–26.
- [24] Brunet A, Weiss D, Meltzer T, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The peritraumatic distress inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry* 2001;158:1480–5.
- [25] Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation of the peritraumatic distress inventory's French translation. *Can J Psychiatry* 2005;50:67–71.
- [26] Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer SE, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry* 2005;20:145–51.
- [27] Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale-revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411.
- [28] Brunet A, Saint Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale. *Can J Psychiatry* 2003;48:56–61.
- [29] Jehel L, Vermeiren E. Les outils d'évaluation des troubles post-traumatiques. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. *Le traumatisme psychique*. Paris: Masson; 2001.

- [30] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- [31] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatr* 1998;13:83–9.
- [32] Lyons S. A prospective study of posttraumatic stress symptoms one month following childbirth. *J Reprod Inf Psychol* 1998;16:91–105.
- [33] Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11: 587–97.