

ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN EN YVELINES

UFR MEDICALE PARIS-ILE-DE-FRANCE-OUEST

ANNEE 2005

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

**Gisèle GRECO GEFFROY
née le 19-01-1973 à Antibes**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2005

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE LIE A L'ACCOUCHEMENT ET ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

PRESIDENT : M. le Professeur Arnaud FAUCONNIER

DIRECTEUR : M. le Professeur Arnaud FAUCONNIER

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
LIE A L'ACCOUCHEMENT

ET

ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

A Olivier,

Pour son soutien inconditionnel.

A mes enfants : Quentin, Rémi, et Matthieu,

Qui sont un moteur puissant.

A mes parents et ma sœur,

Qui m'ont accompagnée jusque là.

A ma grand-mère,

Pour tout ce qu'elle m'a apportée.

A mes amis,

Qui ont su résister à ma vie mouvementée...

Je remercie vivement :

Monsieur le Professeur Arnaud FAUCONNIER qui a dirigé et présidé cette thèse. Sa disponibilité et ses compétences ont été fondamentales dans ma formation. Il m'a guidée patiemment tout au long de ce travail. Je lui dois beaucoup.

Monsieur le Professeur Yves VILLE qui m'a permis de réaliser cette étude en m'accueillant dans son service.

Madame la Psychologue Erika TEISSIERE qui m'a aidée avec beaucoup de gentillesse à déterminer les bases de ce travail.

Monsieur le Docteur Patrick Rozenberg qui a participé aux diverses réflexions de cette étude. Il a toute ma sympathie.

Monsieur le Professeur Emile Papiernik pour son intérêt et sa contribution à cette étude. Il est l'un des pionniers sur le sujet.

Tous ceux qui m'ont enseigné la médecine :

Les médecins de la faculté de Nice qui m'ont appris les bases de mon métier.

Les médecins de la faculté de Paris-Ouest pour leur accueil et la qualité de leur enseignement.

Les équipes hospitalières que j'ai rencontrées dans mes différents stages et qui m'ont tant apporté sur le plan humain et professionnel.

Ce projet a été réalisé grâce au soutien financier de l'association de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Poissy

Etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes chroniques

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	1
I.1.	Les algies pelviennes chroniques (APC)	2
I.1.1.	Définitions.....	2
I.1.2.	Epidémiologie.....	3
I.1.3.	Evaluation des algies pelviennes chroniques.....	4
I.2.	L'état de stress post-traumatique(ESPT) et l'accouchement	5
I.2.1.	Epidémiologie de l'ESPT.....	5
I.2.2.	Définition de l'ESPT.....	5
I.2.3.	L'accouchement générateur d'ESPT ?.....	8
I.3.	Etiologies des APC	11
I.3.1.	Les causes admises d'APC.....	11
I.3.2.	Les cause controversées d'APC.....	12
I.3.3.	Les causes psychiques d'APC.....	12
I.3.4.	Une approche globale des causes d'APC.....	14
I.4.	Hypothèses de notre étude	16
I.5.	Buts de l'étude	19
II.	MATERIELS ET METHODES	19
II.1.	Définition du stress pendant l'accouchement	19
II.2.	Population d'étude	21
II.2.1.	Les exposées.....	21
II.2.2.	Les non-exposées.....	21
II.3.	Estimation du nombre de sujets nécessaires	21
II.4.	Type d'enquête et réalisation de la base de données	22
II.5.	Questionnaire	22
II.6.	Stratégie d'analyse	24
III.	RESULTATS	25
III.1.	Taux de réponses	25
III.2.	Nombre de patientes	25

III.3. Comparaison des populations répondantes et non-répondantes	26
III.4. Résultats descriptifs des APC.....	27
III.5. Résultats sur l'ESPT	27
III.6. Comparaison des populations exposées et non-exposées	27
III.7. Résultat principal	28
III.8. Etude des ESPT 1 et 2.....	28
IV. DISCUSSION	28
IV.1. Résumé des résultats	28
IV.2. Limites et biais possibles de notre étude	30
IV.2.1. Définition des groupes à risque.....	30
IV.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
IV.2.3. Effectif de l'étude.....	31
IV.2.4. Questionnaire	32
IV.2.5. Population non-répondantes	32
IV.3. Analyse bibliographique	32
IV.4. Implications de l'étude.....	37
V. CONCLUSION	38
VI. BIBLIOGRAPHIE	39
VII. TABLEAUX ET FIGURE	45
VIII. ANNEXE.....	53

I. Introduction

« La douleur ne protège pas l'homme, elle le diminue » (1) écrivait René Leriche en 1936 dans son traité sur « La chirurgie de la douleur ». Ce chirurgien a défini pour la première fois le concept de douleur chronique, véritable « douleur-maladie », secondaire à une lésion tissulaire et/ou nerveuse, inutile et dégradante pour l'individu. La douleur qui persiste au-delà de sa fonction de système d'alarme d'une agression externe ou de symptôme révélateur d'une pathologie est totalement inutile ; elle représente un défi à relever et non pas une fatalité. Bien que de tous temps, les deux missions fondamentales de la médecine aient été de soulager les souffrances physiques et morales et de retarder la mort, pendant longtemps, la douleur a été insuffisamment prise en compte. Aujourd'hui, la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques à tous les âges de la vie est reconnue comme une priorité de santé publique. Cette évolution a contribué à renforcer la dimension humaine de notre profession (2).

Bien que tous les syndromes douloureux chroniques aient probablement un tronc commun dans leur explication physiopathologique, nous avons choisi de nous pencher plus particulièrement sur les algies pelviennes chroniques dont souffrent les femmes.

Le domaine des algies pelviennes chroniques est étendu et mal cerné. Ces douleurs sont déstabilisantes pour le médecin car elles existent en dehors d'anomalies visibles sur les examens habituels. Le médecin se trouve face à un patient ancré dans sa plainte, cherchant à convaincre de la réalité de ses douleurs et de leur retentissement dans sa vie quotidienne. Il doit prendre en charge une douleur qu'il ne comprend pas, réaliser des propositions thérapeutiques rationnelles, acceptées par le patient, efficaces et qui n'aient pas encore été proposées...(3)

En effet, si les algies pelviennes chroniques sont quelquefois la conséquence de lésions organiques clairement identifiées dont la cure entraîne la guérison, le plus souvent leurs causes sont multiples et leur prise en charge demeure difficile.

Devant ces difficultés à comprendre la physiopathologie des algies pelviennes chroniques, de nouvelles approches proposent d'intégrer le processus douloureux au niveau des fonctions supérieures, permettant ainsi d'envisager une origine cérébrale corticale à ces algies pelviennes chroniques.

L'accouchement est l'un des épisodes les plus marquants de la vie d'une femme et son impact psychologique ainsi que ses conséquences à long terme sont encore mal évalués. De nouvelles recherches sur l'état de stress post-traumatique laissent à penser qu'un accouchement, selon la façon dont il se déroule et dont il est vécu par la femme, pourrait générer un état de stress post-traumatique.

L'idée qu'un accouchement stressant pourrait se somatiser à long terme par des algies pelviennes chroniques n'a à notre connaissance encore jamais été imaginée, et nous nous proposons de rechercher ce lien.

I.1. Les algies pelviennes chroniques (APC)

I.1.1. Définitions

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion ». Cette définition de l'International association study pain (4) s'applique à tout type de douleur quels qu'en soient la topographie, le mécanisme ou l'ancienneté. Elle signifie qu'est douleur tout ce que le patient exprime en tant que tel, ce qui introduit l'importance des dimensions émotionnelles, affectives et cognitivo-comportementales inhérentes à toute douleur (3).

En gynécologie, les algies pelviennes constituent les diverses manifestations douloureuses localisées dans le bas-ventre : au niveau de l'aire pelvienne située sous les crêtes iliaques. On y inclut essentiellement trois types de douleurs (5):

-les dysménorrhées : il s'agit là de la symptomatologie pelvienne douloureuse précédant ou accompagnant les règles.

-les dyspareunies : ce sont les douleurs au cours des rapports sexuels. On distingue la dyspareunie profonde qui se caractérise par une douleur du fond du vagin ou du cul de sac de Douglas et la dyspareunie superficielle caractérisée par une douleur survenant au début du rapport sexuel et située à l'entrée du vagin. Cette dernière, de part sa localisation n'est pas classée dans les algies pelviennes.

-les douleurs pelviennes non cycliques : elles représentent toutes les autres douleurs situées dans le territoire pelvien et que l'on ne peut rattacher aux cycles menstruels ou aux rapports

sexuels. Ces douleurs sont généralement récurrentes et leur séméiologie est identique à chaque fois, ce qui permet d'affirmer l'unité du syndrome douloureux.

Néanmoins, cette définition des algies pelviennes n'est pas uniformément acquise, et par exemple, les anglo-saxons (6-8) n'intègrent pas les dysménorrhées ni les dyspareunies dans les algies pelviennes. Il paraît cependant logique de ne pas les exclure car leurs étiologies peuvent être similaires, ainsi que leur prise en charge thérapeutique (9-11).

Les algies pelviennes méritent d'être prises en considération lorsqu'elles entraînent une gêne suffisante par leur intensité ou leur durée pour motiver une consultation médicale.

La chronicité dans le symptôme intervient lorsque la douleur dure longtemps ou se répète. La définition recommandée pour affirmer le caractère chronique d'une douleur n'est pas basée sur une durée précise, mais sur le fait de perdurer après une période aiguë, correspondant à la « période de cicatrisation attendue » de la lésion causale (12). Plus simplement, la chronicité est caractérisée par une douleur qui ne guérit pas. Les données littéraires recommandent une durée d'évolution de la douleur variant de plus de trois mois (8, 9) à plus de six mois (6, 7, 10, 11, 13) avant d'affirmer son caractère chronique. Se rajoute à cette durée, la notion qu'il s'agit d'une douleur susceptible d'avoir un retentissement cognitif, comportemental et social, altérant ainsi le bien-être et la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle. Cette définition traduit l'importance de l'analyse multifactorielle de la douleur dans sa compréhension étiologique, mais aussi la nécessité d'en apprécier son retentissement sur la vie du patient devenu douloureux chronique. Quelle que soit sa cause, la douleur chronique devient alors une véritable pathologie autonome, à expression psychosomatique qui handicape le patient douloureux chronique au même titre que l'insuffisant cardiaque, respiratoire ou rénal, sans toutefois pouvoir mesurer ce handicap puisqu'il n'existe pas de marqueur biologique objectif de la douleur (3).

I.1.2. Epidémiologie

Les algies pelviennes chroniques sont fréquentes dans la population féminine, cependant leur prévalence est variable selon la définition qu'on leur attribue et selon qu'on comptabilise toutes les APC ou uniquement les APC à partir d'un certain degré de sévérité. Par exemple, la prévalence des dysménorrhées chez les adolescentes de Baltimore (USA) (14) variait de 18% à 80% selon leur degré de sévérité. Il apparaît donc indispensable d'adopter

une mesure de l'intensité douloureuse et une classification uniforme des APC afin d'évaluer précisément le problème.

Deux enquêtes d'observation menées dans la population générale en cabinet de consultation en médecine de ville, avec une formulation ressemblante de leurs questionnaires, l'une aux Etats-Unis (15) sur 701 femmes et l'autre en France sur 110 femmes (58) retrouvaient une fréquence identique des APC et concluaient que la fréquence des APC, et notamment des dysménorrhées était si importante, que quasiment toutes les femmes souffraient plus ou moins intensément d'APC.

Une étude au Royaume Uni sur 284 162 femmes enregistrées dans la base de données nationale Mediplus UKPCD (16) a trouvé une incidence mensuelle des consultations pour APC de 1,6 %, ce qui est proche de l'incidence ces consultations pour la migraine, l'asthme ou les douleurs rachidiennes.

Afin d'évaluer les coûts liés aux APC, une étude menée aux USA sur un échantillon représentatif de 5263 femmes âgées de 18 à 50 ans, Mathias (6) a montré que parmi les femmes souffrant d'APC : 10% avaient consulté un gynécologue, 15% un autre médecin, 79% prenaient des médicaments et 2% avaient subi une intervention chirurgicale. Le coût de la prise en charge des APC avait été évalué à 881,5 millions de dollars/an.

I.1.3. Evaluation des algies pelviennes chroniques

Il existe trois types d'échelles d'auto évaluation subjectives qui permettent au praticien d'apprécier l'intensité de la douleur ressentie par les femmes :

-l'échelle numérique simple : notée de zéro à dix.

-l'échelle verbale simple : douleur absente, faible, moyenne, forte, très forte.

-l'échelle visuelle analogique.

Ces trois types d'échelles ont été validés pour les douleurs chroniques rhumatismales, les douleurs cancérologiques, les douleurs aiguës (17), et les algies pelviennes aiguës dans le cadre des urgences gynécologiques (18). Il est probable que ces échelles d'auto évaluation subjectives mesurent bien plus que la simple intensité douloureuse. En effet, particulièrement dans la douleur chronique, il semble utopique de discerner l'aspect neuro-sensoriel, fonctionnel ou psychoaffectif de la douleur. On peut toutefois étudier plus précisément l'impact fonctionnel de la douleur en s'intéressant à la fréquence de la douleur, à la

consommation de médicaments, au recours de la patiente au système de soins... On utilise dans ce cas des questions fermées avec réponses binaires : oui/non, ou des questions à choix multiples et à nombre d'items variable comme par exemple : aucun, faible, moyen, fort, très fort (19).

I.2. L'état de stress post-traumatique(ESPT) et l'accouchement

Les premières descriptions de l'ESPT datent de la première guerre mondiale. Sa cause présumée est présentée comme un événement exceptionnel, dépassant les ressources de l'individu. Avec le temps, cette notion s'est élargie à d'autres événements, tels que les catastrophes naturelles, les agressions, les viols, les maltraitements, les abus sexuels et bien d'autres encore. Si la composante objective occupait au départ une place prépondérante, le vécu subjectif de l'événement tend à devenir prioritaire dans la constitution d'un ESPT et permet ainsi d'admettre que de nombreux événements de vie (dont l'accouchement) puissent générer un ESPT ((20), avis d'expert).

I.2.1. Epidémiologie de l'ESPT

La prévalence de l'ESPT est très variable d'une situation à l'autre : on estime que 3.5% des blessés de la guerre du Vietnam et que 65% des prisonniers de cette même guerre souffriraient d'un ESPT; aux Etats-Unis, 5 ‰ des hommes et 13 ‰ des femmes seraient atteints d'ESPT ((21), revue d'études).

I.2.2. Définition de l'ESPT

L'ESPT est défini dans la classification psychiatrique du DSM IV (22) par six critères (de A à F) qui comprennent les causes, les manifestations et les conséquences de l'ESPT.

Dans les causes d'ESPT, on retrouve :

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

occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche.

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

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

1)Le critère B correspond au fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique. L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières.

Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (critère B1) ou des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté (critère B2). En de rares occasions, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours, durant lesquels les composantes de l'événement sont revécues et la personne se comporte comme si elle vivait l'événement à ce moment (critère B3). Ces événements, souvent appelés « flash-backs » sont typiquement brefs, mais peuvent être associés à une détresse prolongée et à une activation neurovégétative. On observe souvent une souffrance psychologique (critère B4) ou une réactivité physiologique (critère B5) intense quand la personne est exposée à des événements déclenchants qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (dates anniversaires...).

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

Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique (critère C1) et pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci (critère C2). Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique (critère C3).

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

Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelé « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir (critère C4) ou se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres (critère C5) ou avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité) (critère C6). Le sujet peut avoir le sentiment d'un futur « amputé »(critère C7).

3)Le critère D correspond à des symptômes persistants d'activation neurovégétative. Il s'agit de symptômes persistants d'anxiété et d'hyper éveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil qui peut être due à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu (critère D1), une hyper vigilance (critère D4), et des réactions exagérées de sursaut (critère D5). Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère (critère D2) ou d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches (critère D3).

Ces trois types de symptômes sont décrits à plusieurs reprises dans divers articles qu'il s'agisse d'avis spécialisés (20, 21, 23), de descriptions de cas isolés (24) ou encore d'études prospectives (25, 26).

Néanmoins, cet état est rarement identifiable cliniquement tel qu'il vient d'être décrit. Il est le plus souvent incomplet et surtout il se modifie avec le temps, sa chronicité entraînant un éloignement de la triade symptomatique initiale(critères B, C, D). Rencontrer un ESPT chronique sous cette forme isolée serait une exception et non la règle (20). Ainsi dans les conséquences de l'ESPT, le DSM IV définit :

-Le critère E comme une durée des symptômes supérieure à un mois (comparativement dans le cas d'un accouchement au baby-blues ne dépassant guère deux semaines en général) (21, 24), voire un an selon certains auteurs (25), qui soulignent aussi que le ESPT ne décroît pas avec le temps.

-Le critère F qui correspond à une perturbation entraînant une altération du fonctionnement social, professionnel... ou une souffrance cliniquement significative dans la vie de tous les jours, ce qui permet d'inclure un grand nombre de symptômes et de pathologies telles : anxiété, dépressions, difficultés à envisager positivement son avenir, réactions psychotiques, comportements d'autodestruction, violence et agressivité intra-familiale, troubles alimentaires, abus de toxiques, difficultés de concentration, comportement social inadapté (chômage, isolement...), troubles sexuels, troubles du rapport mère-enfant, processus de conversion équivalents possibles de manifestations psychosomatiques diverses... et dont les douleurs pelviennes persistantes constituent un sous-ensemble.

Au fur et à mesure que l'on s'éloigne du traumatisme initial, les symptômes se modifient, ce qui contribue à masquer l'ESPT. Identifier cet état permet de servir de levier thérapeutique au praticien et de comprendre la résistance ou parfois même l'intensification de certains symptômes aux diverses prises en charge (20).

I.2.3. L'accouchement générateur d'ESPT ?

L'accouchement, quel que soit son déroulement, constitue de toute évidence un événement émotionnel important dans la vie d'une femme. Parmi les femmes qui accouchent, la prévalence de l'ESPT varierait de 1,5% à 6% ((27) étude prospective sur 289 femmes).

Il semble que certains antécédents traumatiques puissent prédisposer les femmes à mal vivre leur accouchement :

-Dans une étude prospective concernant 75 femmes multipares, des antécédents obstétricaux négatifs (variant de la simple dystocie à la naissance d'un enfant mort-né ou abîmé) ont paru exercer un effet délétère sur un accouchement ultérieur. La prise en charge psychologique de

ces femmes pendant la grossesse suivante semblait améliorer considérablement le pronostic du nouvel accouchement (26).

-Une autre étude prospective concernant 1640 femmes (25) a montré que le principal facteur de risque de développer un ESPT de l'accouchement présent était d'avoir un mauvais vécu d'un accouchement antérieur. Dans cette même étude, les antécédents psychiatriques apparaissaient aussi, mais à un moindre niveau comme des facteurs de risque d'ESPT.

-Dans une revue d'articles (21), l'auteur a décrit qu'un antécédent traumatique obstétrical lié à la grossesse et non à l'accouchement constituait aussi un facteur de risque d'ESPT. Une étude de cas isolés (24) a confirmé que des antécédents de fausses-couches, grossesse extra-utérine, infertilité, toxémie gravidique, alitement, hydramnios ou hospitalisation pendant la grossesse prédisposaient les femmes à l'ESPT.

-Enfin, les femmes ayant subi des agressions sexuelles antérieurement ont parfois le sentiment de revivre leur agression au moment de l'accouchement de par leur position physique, la pression exercée au niveau vaginal par la tête du bébé, les « ordres » donnés par le personnel soignant...(21) et sont ainsi plus à risque de développer un ESPT lié à l'accouchement.

Le stress pendant l'accouchement apparaît multifactoriel dans toutes les études, qui privilégient selon les cas ou de manière associée les facteurs objectifs ou subjectifs.

Parmi les facteurs objectifs, la césarienne en urgence et le forceps apparaissent comme fortement générateurs de stress.

Dans une étude prospective concernant 53 femmes (28), l'auteur a montré que le critère A du DSM IV était entièrement applicable à la césarienne en urgence. A la suite de la césarienne en urgence, les femmes décrivaient un ensemble de sentiments négatifs variant de la peur extrême à la déception en passant par la colère et la culpabilité de n'avoir pu mener leur accouchement de manière eutocique.

Dans une autre étude prospective comprenant 1550 femmes (29), Söderquist trouvait un taux statistiquement significatif plus élevé d'ESPT chez les femmes ayant subi un accouchement par césarienne en urgence ou par forceps par rapport aux femmes ayant accouché par césarienne programmée ou par voie vaginale sans instrument particulier.

Une étude prospective concernant 136 femmes en bonne santé (30) a montré qu'un état de stress pendant l'accouchement (déterminé objectivement par la mesure du cortisol salivaire)

était associé à un retard de la montée de lait comparativement aux femmes non stressées; dans cette étude, un état de stress important a notamment été retrouvé chez les femmes primipares ayant nécessité une césarienne en urgence ainsi que chez les femmes ayant accouché par voie vaginale mais avec une phase d'expulsion prolongée.

Toutes les études s'accordent pour affirmer que quel que soit le type d'accouchement, la peur intense des femmes pour leur vie ou celle de leur enfant ainsi qu'un sentiment d'impuissance ou d'horreur suscité par l'accouchement sont des facteurs de risque d'ESPT.

Certaines études (23, 25, 31) insistent particulièrement sur des facteurs subjectifs pouvant paraître secondaires mais autant à mêmes d'engendrer un ESPT :

-Une douleur extrême a été signalée à plusieurs reprises dans la littérature comme associée à un plus fort niveau de stress, sans cependant que ce facteur ait été étudié spécifiquement (21, 23, 25). Dans une étude prospective sur 264 femmes (31), la douleur était signalée comme un facteur de stress sans pour autant que le niveau de douleur ait été retrouvé plus élevé chez les femmes ayant présenté un ESPT suite à leur accouchement.

-Deux études prospectives ((25), 1640 femmes), ((31), 264 femmes), ont insisté sur l'effet délétère d'une mauvaise communication avec l'équipe soignante ainsi que d'une insuffisance d'informations données à la patiente pendant son accouchement. La présence du conjoint pouvait aussi apporter dans certains cas une aide non négligeable. Ces deux études retrouvaient significativement plus d'ESPT chez les femmes mécontentes de l'équipe soignante pendant leur accouchement. Ces patientes avaient le sentiment d'être ignorées voire méprisées par les soignants, de n'avoir pas été informées ou encore de n'avoir pas pu participer aux décisions prises pendant l'accouchement, tout cela contribuant au mauvais vécu de leur accouchement (23).

-Il convient aux soignants d'être particulièrement vigilant chez les femmes qui décrivent pendant leur accouchement un sentiment de dépersonnalisation car il est le témoin d'un stress intense totalement incontrôlé et représente une réaction de défense psychique d'ultime recours pour traverser ce stress (20, 21, 23, 24).

I.3. Etiologies des APC

Déterminer l'étiologie de la douleur représente un exercice difficile ; ce d'autant plus que dans la douleur chronique, il existe parfois une pérennisation du phénomène douloureux qui risque d'évoluer pour son propre compte, alors même que le facteur causal a disparu. De plus, si certaines APC trouvent leur origine dans le domaine gynécologique, d'autres APC proviennent du système digestif, urinaire, nerveux ou encore de l'appareil locomoteur. Nous nous limiterons à l'analyse des causes gynécologiques.

Dans le meilleur des cas, on retrouve lors des explorations (imagerie, cœlioscopie...) une lésion unique dont le traitement entraîne la guérison de la douleur. En pratique clinique, les situations sont généralement plus complexes car plusieurs lésions peuvent être retrouvées. Diagnostiquer avec certitude la lésion causale nécessiterait de traiter les lésions une par une afin de voir après la guérison de quelle lésion le syndrome douloureux disparaîtrait, ce qui n'est éthiquement pas envisageable (notamment en cas de cœlioscopie) et sans intérêt pour les patientes. En effet, la douleur peut être due à l'implication de plusieurs pathologies et donc nécessiter la guérison de toutes les lésions pour disparaître. Cependant, traiter toutes les lésions trouvées aboutit à un échec de la disparition des algies pelviennes chroniques dans plus de la moitié des cas, et ce d'autant plus que les anomalies sont peu importantes (32).

I.3.1. Les causes admises d'APC

Certaines lésions sont toutefois admises comme responsables d'APC par l'essentiel du corps médical. Ce sont les pathologies suivantes :

-les lésions d'endométriose profonde (supérieures à six millimètres de profondeur d'infiltration) (33, 34).

Les lésions d'endométriose toutes tailles confondues sont présentes dans 25 à 74% des cœlioscopies pratiquées pour APC, néanmoins les lésions superficielles d'endométriose n'ont pas fait preuve de leur responsabilité en pathologie clinique.

-les adhérences pelviennes lorsqu'elles restreignent la mobilité ou l'expansion des organes pelviens (13, 35).

Les adhérences pelviennes tout type confondu sont retrouvées chez 26 à 50% des femmes opérées pour APC. Leur implication générale dans les APC est elle aussi controversée car 17% des patients asymptomatiques seraient porteurs d'adhérences (36).

-les infections génitales chroniques. Elles représentent deux à sept pour cent des cœlioscopies pour APC.

-les kystes ou les dystrophies ovariennes. Leur fréquence lors des cœlioscopies pour APC varie de 0 à 23 % selon les études.

-les fibromes. Ils seraient retrouvés dans 0 à 54 % des cas de cœlioscopies pour APC.

I.3.2. Les causes controversées d'APC

En revanche, la responsabilité des lésions suivantes dans les APC est controversée :

-le syndrome de Masters et Allen (37). Sur une série de 28 patientes opérées, Masters et Allen ont conclu que l'existence de lacérations sur la face postérieure du ligament large était responsable d'APC. La réalité de ce syndrome est néanmoins assez controversée, car de telles lacérations sont visibles chez des femmes ne présentant aucune symptomatologie, ou bien ne seraient que le reflet d'une pathologie associée comme l'endométriose ou l'inflammation chronique du péritoine (38, 39).

-le syndrome de congestion pelvienne. Il correspond à l'existence de varices au niveau du pelvis. La première association entre varices pelviennes et APC a été décrite en 1949 par Taylor (40). Puis, en 1984, par Beard (41) qui retrouvait plus d'incompétences veineuses diagnostiquées à la phlébographie chez les femmes avec APC et sans autre cause évidente que chez les femmes avec APC et autre cause évidente ou chez les femmes sans APC.

-la rétroversion utérine. L'utérus est normalement antéversé : son corps est en position ventrale et son col en position caudale. En cas de rétroversion utérine, la situation est inversée : le corps est en position caudale et le col en position ventrale. La cure de la rétroversion utérine entraînait une guérison des APC dans 80% des cas sur des séries non contrôlées (42-45). Un essai randomisé (46) a confirmé l'efficacité de la cure de rétroversion utérine par cœlioscopie. Cependant 25% des femmes ne présentant aucune pathologie possèdent un utérus rétroversé (5).

I.3.3. Les causes psychiques d'APC

Le diagnostic de douleurs psychogènes repose sur deux faisceaux d'arguments :

-l'absence de signes d'organicité dûment constatés.

-la présence de signes psychopathologiques.

Chez certaines femmes souffrant d'APC, malgré une démarche diagnostique et thérapeutique bien conduite et la réalisation d'une ou plusieurs interventions chirurgicales sans succès, une origine psychologique est alors invoquée pour expliquer les douleurs. Les douleurs seraient le témoin d'un désordre psychologique, dont l'expression pourrait être à la fois psychosociale (dépression masquée, anxiété, trouble de la sexualité, hystérie, hypochondrie...) et somatique (douleurs, troubles fonctionnels pelvi-périnéaux). Mais si les APC peuvent être psychosomatiques, elles sont aussi somato-psychiques en raison du retentissement de la douleur chronique sur l'équilibre psychique du patient (3). Dans son traité sur le syndrome douloureux chronique (2), Jean Vibes soulignait déjà que le fait psychopathologique est aussi authentique que le fait organique, même s'il est plus subtil à cerner.

Plusieurs études ont montré un lien entre APC et dépression, sans savoir si la dépression entraîne la douleur chronique ou si c'est l'inverse.

Une étude prospective (47) a comparé quatre groupes de femmes : deux groupes asymptomatiques, l'un avec lésions, l'autre sans lésion, et deux groupes avec APC, l'un avec lésions, l'autre sans lésion. Le score de dépression était nettement supérieur dans les groupes avec APC que dans les groupes asymptomatiques.

Une autre étude prospective (48) a comparé deux groupes de patientes : les unes avec APC, les autres sans APC. Elle a montré que les femmes sujettes aux APC présentaient plus de névroses et avaient plus souvent une attitude anormale vis à vis de leur sexualité ou de celle de leur partenaire que les autres.

De même, une étude comparant des femmes avec APC et sans APC (49) a trouvé plus d'antécédents dépressifs, de somatisation, de tendances toxicomanes, de troubles de la sexualité et d'antécédents d'abus sexuels chez les femmes avec APC. Ceci suggère que la chronicité des douleurs puisse être favorisée par des facteurs psychologiques. C'est l'hypothèse de « l'épine irritative » : une lésion organique, pas forcément très importante, va générer un syndrome douloureux, mais les mécanismes qui aboutissent à pérenniser la douleur ont une part plus ou moins importante d'origine psychique. Dans cette hypothèse la douleur peut éventuellement persister après la guérison des lésions. Cette hypothèse pourrait expliquer pourquoi la sévérité des symptômes n'est pas, dans le cadre d'une pathologie chronique, forcément proportionnelle à l'étendue des lésions diagnostiquées (36).

Certaines études (enquête cas-témoins (50), enquête d'observation prospective (51)) ont montré que l'on retrouvait plus d'abus sexuels, notamment dans l'enfance chez les femmes présentant des APC. Ainsi un traumatisme psychologique pourrait à lui seul être générateur d'APC par un mécanisme de somatisation.

I.3.4. Une approche globale des causes d'APC

L'ensemble de ces constatations ainsi que les échecs diagnostiques et thérapeutiques auxquels se heurtent les cliniciens invitent à envisager d'autres voies physiopathologiques que celles utilisées jusque là.

Dans un article de synthèse sur la physiopathologie des douleurs pelviennes (3), l'auteur propose de ne pas séparer chaque hypothèse (organique et psychique) mais plutôt de les rassembler dans une approche globale des APC qui se présente en trois étapes :

-La première étape consiste à déterminer des éléments lésionnels déclenchants, c'est la démarche clinique habituelle qui recherche une pathologie d'organe responsable d'un excès de nociception et qui nécessite un examen clinique, des examens complémentaires allant jusqu'à la coelioscopie. On se situe là dans le cadre de la douleur nociceptive qui est secondaire à une stimulation des nocicepteurs sans lésion du système nerveux.

-La deuxième étape est la recherche d'une perturbation de la transmission nociceptive.

Elle peut être le fait d'une atteinte des voies nerveuses. On se situe là dans le cadre d'une douleur neuropathique périphérique ou centrale selon le niveau lésionnel. Ces douleurs neuropathiques peuvent être associées aux douleurs nociceptives ; on parle alors de douleurs mixtes (c'est l'exemple des sciatiques radiculaires par hernie discale).

Elle peut être aussi le fait d'une perturbation plus complexe et encore mystérieuse des messages avec une altération fonctionnelle des systèmes de régulation de la douleur en rapport avec des modifications liées à la neuroplasticité. Les syndromes douloureux complexes régionaux ou algodystrophie en sont une illustration ; dans ce cas, la douleur n'est pas limitée au territoire d'un nerf périphérique unique et semble disproportionnée par rapport à l'événement initial ; divers symptômes peuvent s'ajouter à cette douleur : hyperalgésie, troubles vasomoteurs, oedèmes...

-La troisième étape est d'ordre psycho-comportemental : la douleur étant une émotion, son expression sera fonction d'une histoire de vie personnelle faisant référence au passé, à l'émotivité de chacun et à l'environnement familial et social.

Ainsi la douleur intègre à la fois le message nociceptif reconnu (1^{ère} étape), modulé (2^{ème} étape) et son intégration corticale (3^{ème} étape) fonction de l'histoire du patient et de facteurs cognitivo-comportementaux.

Sur le plan physiopathologique, tout se passe comme si un élément nociceptif initial (infectieux, opératoire, traumatique) entraînait une réaction locale avec sécrétion de substances algogènes ; celles-ci vont activer les terminaisons des fibres afférentes qui vont faire diffuser le message de manière extensive. Parallèlement, cette libération de substances algogènes génère la production d'autres substances chimiques et l'activation mastocytaire. Cette série de réactions entraîne une diffusion des messages vers les viscères de voisinage, les structures cutanées pariétales et musculaires. Le développement de l'hyper sensibilisation centrale et les modifications neuronales induites par la neuroplasticité vont inscrire la douleur dans la mémoire neurologique de l'individu expliquant son caractère rebelle. Tous ces éléments vont conduire à une expression douloureuse éminemment variable en fonction de l'individu, de ses aptitudes à mettre ou à ne pas mettre en route tous les processus corticaux d'inhibition de la douleur (3).

Deux études animales sur les rats viennent conforter ces hypothèses d'interactions viscéro-viscérales de nature neurochimique.

Une étude animale menée en 2002 (52) a concerné 56 rats femelles. Les auteurs se proposaient d'étudier les comportements douloureux de trois groupes de rats : le premier groupe subissait cinq implants d'endométriose dans la cavité abdominale ; le second groupe subissait aux mêmes endroits cinq implants graisseux ; le troisième groupe ne subissait aucun implant. A ce stade de l'étude, aucune différence de comportement n'apparaissait entre les trois groupes de rats. On insérait ensuite à tous les rats de l'étude un calcul urétéral, et les auteurs observaient alors une augmentation significative du comportement douloureux chez les rats ayant reçus les implants d'endométriose. L'autopsie des rats montrait que les implants d'endométriose se développaient en formant des kystes. L'analyse biochimique de ces kystes

révélaient une sécrétion de substances chimiques algogènes (prostaglandines, interleukine 6...). Ces substances n'étaient pas retrouvées dans les implants graisseux. Les auteurs suggéraient donc que les implants d'endométriose constituaient un facteur de prédisposition aux douleurs abdominales notamment en cas de calculs urétraux. Ils émettaient alors l'hypothèse d'une convergence des influx sensitifs vers la moelle épinière, mais aussi l'existence probable d'interactions viscéro-viscérales.

En 2005, dans une revue d'articles s'intéressant à la physiopathologie des douleurs d'endométriose (53), les auteurs concluaient que chez les rats, les implants d'endométriose généraient d'autant plus de douleurs lorsqu'ils se situaient dans des régions richement innervées comme la région utéro-sacrée. Dans ce même article, une analyse anatomopathologique des zones d'implants d'endométriose chez le rat montrait qu'il existait à leur niveau une fabrication de tissu nerveux, qui connectait les implants d'endométriose à la moelle épinière, donc au système nerveux central via les nerfs vagues et splanchniques. Ces implants d'endométriose par leur simple présence, entraînaient aussi la variabilité de nombreux facteurs en cause dans la douleur, notamment par la production de substances chimiques qui élargissaient alors le foyer douloureux initial.

I.4. Hypothèses de notre étude

Le syndrome de Masters et Allen (37), qui concluait à une cause organique des APC (des lacérations sur la face postérieure du ligament large de l'utérus), comportait dans sa description clinique de nombreux éléments psychogènes : dyspareunie, fatigue physique excessive, dysménorrhée, souffrance pelvienne généralisée, zones localisées douloureuses au niveau du pelvis, instabilité émotionnelle, métrorragies, céphalées occipitales chroniques, ménorragies, symptômes génito-urinaires, leucorrhées chroniques non spécifiques, douleurs à la défécation en période prémenstruelle. De plus, les patientes incluses dans cette étude avaient toutes présenté au moins une histoire obstétricale difficile (accouchement long et laborieux ou au contraire extrêmement rapide, gros bébé...) et un contexte psychique particulier avait été suspecté chez les femmes présentant ce syndrome.

Dans sa thèse concernant 56 patientes opérées pour suspicion de syndrome de Masters et Allen (54), Raoul de Tayrac s'était penché sur les divers symptômes cliniques de ce

syndrome. Il n'excluait pas qu'un problème psychologique puisse souvent exister. Il l'avait observé de la façon suivante :

-Il retrouvait un grand nombre de femmes souvent incommodées dans leur vie quotidienne par des douleurs et la fatigue constante, ainsi que par leur invalidité sexuelle. L'espoir d'amélioration avait motivé chez ces patientes de nombreuses consultations, car à chaque fois l'organicité des troubles était contestée.

-Il retrouvait quelques patientes qui manifestaient dès leur première visite un comportement psychologique très anormal. Il les décrivait comme très agressives, instables, avec un interrogatoire difficile à orienter sur des symptômes localisés et précis. Néanmoins son examen gynécologique provoquait la douleur caractéristique. L'auteur concluait que ce syndrome de déchirure de la toile pelvienne était bien associé à un vrai déséquilibre caractériel.

Si Raoul de Tayrac ne mettait pas en doute la réalité du syndrome de Masters et Allen, il reconnaissait cependant que certaines femmes présentant les anomalies anatomiques décrites par Masters et Allen ne souffraient d'aucune douleur et que cette discordance dans les algies pelviennes restait un de ses grands problèmes concernant ce syndrome.

Dans son étude sur les dyspareunies du post-partum tardif entre six mois et un an après l'accouchement, A. Goltzene (55) ne retrouvait pas de lien les pratiques obstétricales (forceps, ventouses, césariennes), les épisiotomies ou les déchirures périnéales et les dyspareunies. En revanche, elle observait que le sentiment d'insatisfaction des femmes, quant au déroulement de leur accouchement, représentait un facteur de risque très important de dyspareunies dans le post-partum tardif.

Si l'on admet la théorie de l'approche globale des douleurs avec un niveau d'intégration cortical du phénomène douloureux, on peut supposer qu'une part de l'étiologie des APC est d'origine centrale. D'après cette théorie, il y aurait donc nécessité d'un événement déclenchant qui agirait comme le nocicepteur initial et qui entraînerait une cascade de réactions, chacune évoluant de manière autonome, se réactivant éventuellement avec des stimuli moindres et pouvant aboutir selon l'environnement psychique du patient à un symptôme chronique.

Dans les causes d'ESPT, on retrouve le critère A1 qui correspond au sentiment de menace réelle ou imaginaire de l'intégrité physique de l'individu ou d'un proche, et le critère A2 qui correspond à la sensation par l'individu de peur intense, de sentiment d'impuissance ou d'horreur, ou encore de perte du contrôle de la situation. Le champ des événements exceptionnels dépassant les ressources de l'individu apparaît alors infini, ce d'autant que la sensibilité personnelle intervient de façon fondamentale.

Une étude prospective (28) concernant 53 femmes a montré que les critères A1 et A2 du ESPT étaient applicables à la césarienne. D'autres études (29, 30) reconnaissent aussi les éléments objectifs que sont l'accouchement par césarienne ou par forceps, comme potentiellement générateur d'ESPT.

Une seule étude prospective concernant 592 femmes (56) a identifié comme extrêmement stressante l'association suivante : niveau d'intervention obstétrical élevé (césarienne en urgence ou forceps et/ou nécessité de fortes doses d'analgésiques dans le post-partum immédiat) plus l'insatisfaction ressentie par les femmes à propos de leur prise en charge par les soignants. Les femmes ayant vécu cette association ont présenté de manière significative plus d'ESPT que les femmes ayant vécu isolément l'un ou l'autre de ces deux facteurs de risque.

Nous avons souhaité dans notre étude nous pencher plus particulièrement vers les facteurs psychiques qui participent aux algies pelviennes chroniques.

Un accouchement stressant pourrait-il se manifester autrement que par un état de stress post traumatique (de l'anxiété, des cauchemars...). Pourrait-il générer des algies pelviennes chroniques ?

Peut-on penser que l'accouchement pourrait jouer le rôle de nocicepteur en constituant un environnement psychique favorable au passage à la chronicité des douleurs pelviennes ressenties par les femmes à ce moment de leur vie ?

Ou bien les APC seraient-elles la conséquence d'un mécanisme de somatisation d'un état de stress post-traumatique généré au moment de l'accouchement ?

L'hypothèse que nous nous proposons d'étudier est la suivante : les APC sont-elles des équivalents à minima d'un état de stress post-traumatique consécutif à un accouchement stressant?

I.5. Buts de l'étude

-Rechercher si les femmes ayant subi un accouchement stressant présentent des APC au moins un an après l'accouchement.

-Vérifier si les femmes ayant subi un accouchement stressant présentent un ESPT.

-Rechercher si l'ESPT se manifeste par des APC.

L'étude du lien entre ces trois entités : accouchement stressant, état de stress post-traumatique et algies pelviennes chroniques n'a à notre connaissance jamais été réalisée à ce jour.

Cette étude a été menée de façon prospective sur des femmes ayant accouché depuis plus d'un an au centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain en Laye.

II. Matériels et méthodes

II.1. Définition du stress pendant l'accouchement

Nous avons tout d'abord réalisé une recherche bibliographique à l'aide des mots-clefs suivants : algies (ou douleurs) pelviennes chroniques, accouchement, grossesse, naissance, état de stress post-traumatique, désordres psychologiques du post-partum. Ceci nous a amené à analyser 12 articles.

La césarienne et le forceps y étaient décrits comme pourvoyeurs d'ESPT (28-30). Toutefois, l'étude de la littérature ne nous a pas permis de trouver des situations entraînant inexorablement un ESPT, ce qui nous a amené à ré-évaluer objectivement cette hypothèse.

Une réflexion avec Erika Teissière, psychologue dans le service d'obstétrique du centre hospitalier de Poissy Saint-Germain en laye et dont le travail consiste à prendre en charge des femmes présentant des difficultés psychologiques suite à un accouchement ou un

événement obstétrical difficile, nous a permis de préciser les situations de stress de notre étude.

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal semblent générer une peur intense chez les femmes pour la vie de leur bébé. L'hémorragie de la délivrance, de part le risque vital qu'elle fait courir à la patiente apparaît aussi comme un potentiel facteur de stress lié à l'accouchement.

Enfin, nous avons encore affiné nos définitions à l'aide d'un entretien téléphonique avec Emile Papiernik, obstétricien à l'hôpital A.Béclère à Paris. Il s'est intéressé au problème du stress pendant l'accouchement et il avait notamment publié en 1978, avec Monique Bydlowsky, psychanalyste, la présentation de dix cas d'accouchements traumatiques (26).

Nous avons ainsi défini trois situations de stress pendant l'accouchement (que nous nommerons par la suite accouchements stressants lorsqu'on s'intéressera indifféremment à l'une de ces trois situations) :

-la césarienne en urgence pour anomalies de rythme cardiaque fœtal (ARCF)(28-30).

Ces références bibliographiques définissaient la césarienne en urgence, quelle que soit sa cause, comme facteur de risque d'ESPT lié à l'accouchement. Nous avons choisi de restreindre ce groupe aux césariennes en urgence pour ARCF.

Nous considérons par anomalies de rythme cardiaque fœtal, les ARCF survenant de façon inopinée, sans pathologie préexistante et alors que l'accouchement semble se dérouler normalement.

-l'extraction par forceps pour ARCF (28, 29).

Là encore, les références bibliographiques définissaient le forceps en général, comme facteur de risque d'ESPT lié à l'accouchement, tandis que nous restreignons ce groupe aux forceps pour ARCF.

-l'hémorragie de la délivrance.

Très peu de femmes ont présenté au centre hospitalier de Poissy-Saint Germain en Laye des hémorragies de la délivrance ayant nécessité un transfert en réanimation et/ou une intervention chirurgicale urgente. Nous avons choisi de prendre en considération les hémorragies de la délivrance supérieures ou égales à 500 millilitres et/ou si le volume n'était pas précisé, ayant nécessité des investigations complémentaires pour traiter l'hémorragie :

embolisation, injection de médicaments, révision utérine, hystérectomie, transfert en réanimation.

II.2. Population d'étude

II.2.1. Les exposées

Les patientes devaient répondre aux critères suivants :

- grossesse d'évolution normale.
- grossesse de terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée.
- enfant singleton né vivant.
- l'une des trois situations d'accouchement stressant précédemment décrite (cf. supra).

II.2.2. Les non-exposées

Les patientes devaient répondre aux critères suivants :

- grossesse d'évolution normale.
- grossesse de terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée.
- enfant singleton né vivant.
- accouchement eutocique, ce qui élimine les accouchements par césarienne, forceps ou ventouses quel qu'en soit le motif, ainsi que toute difficulté obstétricale prévue ou imprévue, ayant pu survenir au décours de l'accouchement.

II.3. Estimation du nombre de sujets nécessaires

L'effectif de la population a été calculé de deux manières différentes :

(i) Pour les dyspareunies : d'après une étude réalisée antérieurement sur les dyspareunies à un an après le post-partum (55). 28 % des femmes souffraient régulièrement de dyspareunies dans le post-partum dans une population obstétricale à bas risque. Parmi les femmes satisfaites de leur accouchement 20 % présentaient des dyspareunies et parmi les femmes insatisfaites de leur accouchement 33 % en présentaient. En se basant sur un taux de Base de 20 % et sur une différence cliniquement intéressante de 15 % le calcul du nombre de sujet nécessaire donnait :

pour $\beta = 20\%$, $\alpha = 5\%$, 137 femmes par groupe d'après la méthode arcsinus (57). Si l'on supposait un taux de réponse de 80 % au questionnaire, le nombre de sujet à inclure était d'environ 171 sujets par groupe.

(ii) Pour les dysménorrhées : nous nous sommes basés sur une étude réalisée en population générale, chez des femmes sans pathologie qui consultaient leur gynécologue pour un suivi de routine (58). Dans cette population la valeur moyenne des dysménorrhées, évaluée par une échelle visuelle analogique était de 2,8 cm et l'écart type de 2,2 cm. Une différence de 1,5 cm sur les échelles visuelles analogiques nous paraissait cliniquement intéressante. Le calcul du nombre de sujets nécessaires donnait :

pour Bêta = 20 %, Alpha = 5 %, 102 femmes par groupe d'après la méthode approchée (57).

On supposait également un taux de réponse de 80 %. Par ailleurs, il était vraisemblable que parmi les femmes soumises à un accouchement stressant toutes ne présenteraient pas un stress lié à l'accouchement. Ainsi, si l'on supposait qu'au minimum un tiers des femmes soumises à un accouchement considéré comme stressant auraient en fait un stress réel, le nombre de cas nécessaires à l'étude était de 128.

II.4. Type d'enquête et réalisation de la base de données

Nous avons réalisé une étude exposés/non-exposés. Les sujets exposés représentaient les femmes ayant subi un accouchement stressant selon les critères définis ci-dessus, et les sujets non-exposés correspondaient aux femmes ayant bénéficié d'un accouchement eutocique.

Etablir le listing des femmes incluses dans cette étude a consisté à relever dans le cahier d'accouchements, à partir du 30 septembre 2002, et en remontant dans le temps, chaque exposée. Nous avons apparié à chaque exposée deux non-exposées les plus proches dans le temps et de même parité, jusqu'à obtenir un effectif de 50 personnes minimum dans chaque groupe d'exposées.

II.5. Questionnaire

Il s'agissait d'un auto-questionnaire de 14 pages comportant 75 questions (cf. annexe). Ce questionnaire en français a été développé pour évaluer spécifiquement les algies pelviennes chroniques dans le contexte de l'endométriose (5, 59). Une version courte du questionnaire a été utilisée pour évaluer les algies pelviennes chroniques en population générale (58).

Les algies pelviennes chroniques étaient subdivisées en plusieurs rubriques :

Evaluation subjective des APC: chaque type de douleur était évalué en terme de fréquence de survenue (jamais, parfois, souvent ou toujours) (15) et en terme d'intensité (par échelle visuelle analogique (6, 60, 61)).

Evaluation comportementale des douleurs: durée depuis le début des symptômes, nombre de jours ou la douleur était ressentie, prise médicamenteuse (type et fréquence), retentissement objectif sur l'activité (réduction, alitement) (15, 62-64).

Impact des APC sur la qualité de vie: évaluée sur une échelle multidimensionnelle de qualité de vie, abrégée, comportant une ou deux questions sur chacun des dix items suivants : interférence avec l'activité, conjoint, relation avec les proche, vie sociale moral, sommeil, anxiété, dépression, forme, santé en général, (61, 65).

Les femmes étaient également interrogées sur :

-leur mode de vie (âge, lieu de naissance, situation familiale, profession).

-leurs antécédents (médico-chirurgicaux, psychologiques, obstétricaux).

-leur vécu de la grossesse et de l'accouchement étaient appréhendés par des échelles visuelles analogiques (55).

-l'état de stress post-traumatique. Il était évalué par sept questions portant sur les thèmes suivants : peur des femmes pour leur vie pendant l'accouchement, peur des femmes pour la vie de leur bébé pendant l'accouchement, cauchemars persistants, pensées désagréables récurrentes, troubles du sommeil actuellement, irritabilité actuellement, dépression actuellement. Deux études (25, 29) utilisaient comme questionnaire pour évaluer l'état de stress post-traumatique la « Traumatic Event Scale », bien trop complexe pour être insérée dans notre questionnaire comprenant déjà 75 questions. De même, Wijma (25) a créé un questionnaire permettant d'évaluer l'état psychique des femmes après l'accouchement, mais il s'agissait là encore d'un questionnaire trop complexe pour être ajouté au nôtre. Nous avons donc créé sept questions en nous basant sur les critères de l'ESPT décrits dans la classification psychiatrique du DSM IV (22).

Une première version du questionnaire a été testée sur dix femmes volontaires. Le questionnaire a ensuite été modifié de façon à augmenter sa compréhension, sa lisibilité et sa

faisabilité. Le questionnaire était anonyme. Il était accompagné d'une lettre précisant que son contenu pouvait faire l'objet d'études scientifiques.

Le questionnaire a été adressé par courrier le 01/02/04, avec enveloppe timbrée pour le retour. Une version simplifiée du questionnaire (cf. annexe page 65) a été réalisée par téléphone pour les femmes n'ayant pas répondu initialement. Les réponses ont été réceptionnées jusqu'au 30/06/2004.

II.6. Stratégie d'analyse

Les femmes exposées ont été comparées aux femmes non-exposées pour les algies pelviennes chroniques et l'ESPT.

Nous avons analysé les APC de manière quantitative et qualitative :

-Pour les variables quantitatives, nous avons conservé les valeurs brutes notées sur les échelles visuelles analogiques pour les dysménorrhées, douleurs pelviennes non cycliques et dyspareunies. Nous avons exploité ces données quantitatives à l'aide de tests t de Student.

-les données ont été transformées en variables qualitatives de la façon suivante :

Les femmes étaient considérées comme souffrantes de dysménorrhées lorsque la valeur qu'elles avaient donné pour l'échelle visuelle analogique était supérieure à la médiane et comme non souffrantes lorsque cette valeur était inférieure ou égale à la médiane.

Les femmes étaient considérées comme souffrantes d'algies pelviennes non cycliques lorsque la valeur qu'elles avaient donné pour l'échelle visuelle analogique (question 57) était supérieure à la médiane et comme non souffrantes lorsque cette valeur était inférieure ou égale à la médiane.

Nous avons complété les données manquantes à la question 57 en nous reportant à la question 54 ; les femmes étaient considérées comme souffrantes lorsqu'elles avaient répondu oui à cette question et non souffrantes lorsqu'elles avaient répondu non.

Les femmes étaient considérées comme souffrantes de dyspareunies lorsque la valeur qu'elles avaient donné pour l'échelle visuelle analogique (question 73) était supérieure à la médiane et comme non souffrantes lorsque cette valeur était inférieure ou égale à la médiane.

Nous avons complété les données manquantes à la question 73 en nous reportant à la question binaire 71 (fréquence des douleurs lors des rapports sexuels) ; les femmes étaient considérées comme non souffrantes lorsqu'elles avaient répondu jamais ou exceptionnellement à cette question et souffrantes pour toutes les autres réponses. Si elles n'avaient répondu ni à la question 73, ni à la question 71, on considérait alors la question 74 (moment ou était ressentie la douleur pendant les rapports sexuels) : si une réponse était cochée, qu'elle quelle soit, les femmes étaient considérées comme souffrantes.

Nous avons exploité ces données qualitatives à l'aide de tests du χ^2 . Le seuil de signification était admis pour un $p < 0.05$.

Les calculs statistiques ont été réalisés sur le logiciel stat-view.

Concernant les variables mesurant l'ESPT, (question n° 35,36,41,43,44,45,46 ; cf. annexe) nous avons recherché les différentes dimensions de l'ESPT à l'aide d'une analyse factorielle utilisant l'analyse en composante principale (19). Un diagramme des valeurs propres a été construit afin de déterminer l'uni ou la pluri-dimensionalité des questions. La corrélation de chacun des items avec les différentes dimensions a ensuite été mesurée par les coordonnées des vecteurs propres de chacune des dimensions, et des nouvelles variables explorant les différentes dimensions de l'ESPT ont été construites (19). Chaque dimension était considérée comme positive en cas de réponse positive à l'une au moins de ses questions.

III. Résultats

III.1. Taux de réponses

Le questionnaire de l'étude a été adressé à 482 femmes (319 non-exposées et 163 exposées : 51 forceps pour ARCF, 59 hémorragies de la délivrance et 53 césariennes pour ARCF) ayant accouché au Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy entre le 1^{er} novembre 2001 et le 30 septembre 2002.

240 réponses ont été obtenues initialement puis 41 réponses supplémentaires par téléphone, soit 281 réponses au total. **Le taux de réponses était donc de 58,3%.**

III.2. Nombre de patientes

28 femmes ont été exclues de l'étude pour les raisons suivantes :

-pathologies susceptibles de provoquer des douleurs pelviennes chroniques :

*Antécédents de chirurgie pour endométriose (deux femmes exclues avant analyse statistique)

*Antécédents de chirurgie pour fibrome utérin (deux femmes exclues avant analyse statistique)

*Antécédents de pathologies digestives susceptibles d'entraîner des douleurs pelviennes chroniques :

+recto-colique hémorragique (une femme exclue avant analyse statistique)

+colon spasmodique (une femme exclue avant analyse statistique)

+dolichocôlon (une femme exclue avant analyse statistique)

-Syndromes dépressifs chroniques antérieurs à l'accouchement, sans cause précise (à l'inverse du syndrome dépressif réactionnel pour deuil par exemple) et ayant nécessité un suivi psy (huit femmes exclues avant analyse statistique)

-Forceps pour stagnation (onze femmes exclues avant analyse statistique)

-Pathologies lourdes pouvant perturber l'état psychique et/ou être cause de syndrome douloureux sévère (deux femmes exclues avant analyse statistique : une femme a présenté un cancer du sein peu de temps après son accouchement; une femme avait subi deux greffes rénales, l'une avant, l'autre après son accouchement).

Notre étude a donc porté sur 253 femmes au total : 182 femmes non-exposées et 71 femmes exposées (29 césariennes pour ARCF, 15 forceps pour ARCF, et 27 hémorragies de la délivrance).

III.3. Comparaison des populations répondantes et non-répondantes

201 femmes n'ont pas répondu. Les femmes ayant répondu avaient une moyenne d'âge de 30,6 ans, tandis que les femmes non-répondantes avaient une moyenne d'âge de 31,6 ans ($p=0,0309$). Nous avons retrouvé plus de primipares chez les non-répondantes (63,2%) que chez les répondantes (52,7%) ($p=0,0215$). Nous avons retrouvé plus de femmes nées hors de France chez les non-répondantes (23,9%) que chez les répondantes (11,4%) ($p=0,0003$). Nous avons retrouvé plus d'exposées chez les non-répondantes (38,8%) que chez les répondantes (30,2%) ($p=0,0502$).

III.4. Résultats descriptifs des APC

Dans notre échantillon, 188 femmes (74,3%) ont présenté des APC. 120 femmes (47,4%) souffraient de dysménorrhées. 94 femmes (37,1%) souffraient de douleurs pelviennes non cycliques et 111 femmes (43,9%) souffraient de dyspareunies. 37 femmes (14,6%) souffraient des trois types d'APC. 63 femmes (24,9%) souffraient d'au moins deux types d'APC. 89 femmes (35,2%) souffraient d'un seul type d'APC.

III.5. Résultats sur l'ESPT

Dans notre étude, 226 femmes avaient répondu aux questions évaluant l'ESPT. 70 femmes avaient subi un accouchement stressant et 156 un accouchement normal. 52,2% des femmes ont présenté un ESPT (n=118).

67,1% des femmes exposées ont présenté un ESPT (n=47) et 45,5% des femmes non-exposées ont présenté un ESPT (n=71) (p=0,026).

En ce qui concerne l'analyse en composante principale effectuée, le digramme des valeurs propres a montré l'existence de trois dimensions distinctes (figure). L'une est la question 43 qui reste isolée. Les autres questions ont été regroupées en deux composantes (tableau2 + figure):

-l'une que nous avons nommée ESPT2. Elle regroupe les questions 35(peur des femmes pour leur vie pendant leur accouchement), 36 (peur des femmes pour la vie de leur bébé pendant leur accouchement), et 41(cauchemars concernant l'accouchement). Cet état de stress post-traumatique 2 correspond à la frayeur que les femmes ont pu éprouver au moment de leur accouchement (tableau2).

-l'autre que nous avons nommée ESPT1. Elle regroupe les questions 44(Troubles du sommeil), 45 (Irritabilité), et 46(Dépression). Cet état de stress post-traumatique 1 se rapproche d'un syndrome dépressif dont les femmes ont pu souffrir suite à leur accouchement (tableau2).

Nous avons testé séparément les deux états de stress post-traumatiques 1 et 2 par rapport aux antécédents, douleurs, vécu de la grossesse et de l'accouchement, allaitement.

III.6. Comparaison des populations exposées et non-exposées

Notre population d'étude n'a présenté, entre les exposées et les non-exposées, aucune différence : d'âge, de parité, d'antécédents (psychologiques, chirurgicaux, obstétricaux), de

niveau socioprofessionnel ou de situation familiale. En revanche, nous avons retrouvé plus de femmes nées hors de France chez les exposées ($p=0.037$). (tableau 1)

III.7. Résultat principal

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre le fait d'avoir subi un accouchement stressant et les algies pelviennes chroniques quelles qu'elles soient. (tableau 3)

Cependant, notre groupe d'exposées a présenté très nettement un état de stress post-traumatique 2.

III.8. Etude des ESPT 1 et 2

Le mauvais vécu de la grossesse, le mauvais vécu de l'accouchement, le niveau socioprofessionnel inférieur au baccalauréat et le lieu de naissance (en l'occurrence hors de France) constituaient des facteurs de risque d'ESPT 2. (tableau 4)

Nous avons trouvé un lien entre l'ESPT 1 et les dysménorrhées ($p<0,05$), et une tendance aux douleurs pelviennes non cycliques chez les femmes présentant un ESPT 1 ($p<0,10$) (tableau5). Il existe une tendance aux dysménorrhées ($p<0,10$) et aux douleurs pelviennes non cycliques ($p=0,1114$) chez les femmes présentant un ESPT2 (tableau4).

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de lien entre les dyspareunies et l'ESPT quel qu'il soit. De même, nous n'avons pas mis en évidence de relation entre l'ESPT quel qu'il soit, et le niveau de douleur ressenti pendant l'accouchement, le contact avec les soignants, le besoin de reparler de son accouchement, les antécédents (psychologiques, chirurgicaux, obstétricaux), la parité, le mode ou la durée d'allaitement (tableaux 4 et 5).

IV. Discussion

IV.1. Résumé des résultats

Notre étude n'a pas retrouvé de lien entre le fait d'avoir subi un accouchement stressant et le fait de souffrir d'APC. Les pourcentages de femmes souffrant d'APC ont été

quasiment identiques entre les exposées et les non-exposées, et ce quel que soit le type de douleur : dysménorrhées, douleurs pelviennes non cycliques ou dyspareunies.

Néanmoins, notre groupe d'exposées a très nettement présenté un état de stress post-traumatique de type 2, témoin du souvenir encore présent de la frayeur ressentie par les femmes au moment de leur accouchement.

Toutefois, de nombreuses femmes, considérées comme ayant accouché tout à fait normalement, ont présenté un ESPT2 (peur extrême pendant l'accouchement). Ceci suggère qu'il existe des facteurs subjectifs jouant un rôle important dans la genèse d'un ESPT.

Cette notion est renforcée par les deux résultats suivants :

-Un mauvais vécu de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas lié à un accouchement stressant.

-Un mauvais vécu de la grossesse et de l'accouchement sont fortement corrélés à l'ESPT2.

Le lien retrouvé entre le vécu de la grossesse et l'ESPT2 suggère encore que ces facteurs subjectifs puissent être déjà présents antérieurement à l'accouchement.

En revanche, l'ESPT1 (s'apparentant à un syndrome dépressif) n'est pas lié au vécu de la grossesse, au vécu de l'accouchement, ni même au fait d'avoir subi un accouchement stressant. Cette différence de comportement entre l'ESPT1 et l'ESPT2 souligne le caractère hétérogène et pluridimensionnel de l'ESPT.

Nous avons retrouvé un lien entre l'ESPT1 (cliniquement proche de la dépression) et les dysménorrhées, ainsi qu'une tendance aux douleurs pelviennes non cycliques.

Nous avons retrouvé une tendance aux dysménorrhées et aux douleurs pelviennes non cycliques chez les femmes ayant présenté un ESPT2. Ceci confirme une partie de notre hypothèse qui supposait que les APC pouvaient être des équivalents à minima d'un ESPT lié à un accouchement stressant.

IV.2. Limites et biais possibles de notre étude

IV.2.1. Définition des groupes à risque

L'analyse des exposées par situation de stress nous incite à penser que l'hémorragie de la délivrance telle que nous l'avons définie ne constitue peut être pas une situation à risque d'ESPT lié à l'accouchement.

En effet, lorsque l'hémorragie arrive, l'accouchement s'est bien déroulé jusque là, il est quasiment terminé puisque le bébé est né et va généralement bien; la mère n'a donc plus d'inquiétude pour son enfant et ressent déjà la satisfaction d'une naissance qui s'est bien passée; les sentiments positifs sont dominants et la confiance en l'équipe soignante est maximum. De plus, l'hémorragie est rarement massive et brutale, ce qui permet à l'équipe soignante d'intervenir précocement avant que n'apparaissent les malaises consécutifs à l'hypovolémie. Le degré d'urgence vital peut donc ne pas être perçu par la mère. D'ailleurs lors de l'analyse des commentaires des patientes (27 hémorragies) : sept femmes n'ont fourni aucune précision, cinq femmes se sont décrites sans hémorragie, dix femmes ont rapporté un sentiment « d'inquiétude », de « contrariété » mais aussi de « confiance » dans l'équipe soignante, seulement cinq femmes ont parlé d'« angoisse », de « stress », de « panique » et une seule a écrit clairement qu'« elle a cru qu'elle allait mourir » ; elle est la seule de notre étude à avoir nécessité une transfusion et une hospitalisation en réanimation suite à son accouchement.

IV.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons souhaité étudier spécifiquement l'impact du stress pendant l'accouchement. Afin de limiter au maximum les interférences avec d'autres événements stressants, nous avons exclu les grossesses pathologiques, les accouchements prématurés et/ou enfants morts-nés et les femmes ayant souffert de syndrome dépressif chronique antérieur à l'accouchement. Ce faisant, nous avons supprimé certains biais de confusion mais par là même, nous nous sommes privés de l'étude d'un effet cumulatif des divers facteurs de stress.

Nous aurions souhaité inclure les femmes ayant subi un accouchement sous anesthésie générale, cela nous paraissant extrêmement stressant, mais sur la période étudiée, seulement 4 femmes présentaient tous les critères d'inclusion, ce qui était insuffisant pour exploiter les résultats.

Il aurait été souhaitable d'inclure dans les exposées, les accouchements par ventouse mais ceux-ci étant extrêmement fréquents au centre hospitalier de Poissy Saint-Germain en Laye, la taille de l'échantillon était au minimum triplé, ce qui compliquait la réalisation de l'étude. Fallait-il inclure les ventouses dans les non-exposées? Après réflexion avec la psychologue du service, il a été décidé de ne pas inclure les ventouses dans les non-exposées car elles pouvaient être vécues comme un forceps par les femmes (fantasme du corps étranger plus accouchement ne se déroulant pas normalement); elles ont donc été totalement exclues de l'étude. Dans le même ordre d'idées, il n'a pas paru logique de conserver tous les forceps, et nous avons donc choisi de n'inclure que les forceps pour anomalie de rythme cardiaque fœtal. Le degré d'urgence est moindre par exemple en cas de forceps pour efforts expulsifs inefficaces ou non-progression de la présentation car la vie du bébé n'est pas en danger immédiat lors de la réalisation du forceps.

De même, nous n'avons pas inclus les césariennes imprévues et réalisées pour défaut de dilatation du col par exemple. Dans ce cas, le degré d'urgence est également moindre puisqu'il n'existe pas ce risque vital immédiat pour le bébé, présent lors d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Nous avons pensé au départ appairier ces césariennes pour ARCF aux césariennes initialement programmées (les seuls cas étant les césariennes itératives pour les multipares et les césariennes pour siège pour les primipares) mais ceci nécessitait d'étendre la période de l'étude et compliquait sa réalisation. Enfin, inclure les césariennes autres que pour ARCF dans les non-exposées ne paraissait pas satisfaisant, la césarienne étant décrite comme stressante dans la littérature ; nous avons donc exclu de l'étude les césariennes autres que pour ARCF.

IV.2.3.Effectif de l'étude

Le calcul du nombre de sujets nécessaires était basé sur :

-un taux de réponse de 80%

-la mise en évidence d'une différence d'au moins 15% sur les APC entre les exposées et les non-exposées.

Or, le taux de réponses a été de 58%. Les différences d'APC entre les exposées et les non-exposées n'ont pas excédé 5%, ce qui est nettement inférieur. Il est probable qu'une différence de 15% n'aurait pas été atteinte même si le nombre de sujets avait été respecté.

De plus, 28 patientes ont été exclues de l'étude pour diverses raisons (cf. supra), ce qui a contribué à réduire encore l'effectif de l'étude.

Tous ces éléments réduisent la puissance de notre étude.

IV.2.4. Questionnaire

Il n'existe pas de mesure objective et validée de l'ESPT. Nous avons retrouvé des corrélations significatives et cohérentes entre l'ESPT2 (la peur extrême au moment de l'accouchement) et l'accouchement stressant ou encore les vécus de la grossesse ou de l'accouchement. Nous avons retrouvé un lien connu entre l'ESPT1 (s'apparentant au syndrome dépressif) et les dysménorrhées (47-49). Nous pensons donc que nos questions concernant l'ESPT sont valides. Néanmoins l'ESPT s'est révélé complexe à appréhender tant au niveau de ses étiologies qu'au niveau de ses manifestations cliniques. Nos sept questions évaluant l'ESPT ont donc pu nous faire ignorer des patientes présentant un ESPT incomplet.

IV.2.5. Population non-répondantes

Nous avons relevé deux différences importantes entre les répondantes et les non-répondantes :

-nous avons retrouvé plus de femmes nées hors de France chez les non-répondantes que chez les répondantes : on peut supposer qu'il existe des difficultés de compréhension pour la lecture du questionnaire et des caractéristiques culturelles différentes chez ces patientes nées hors de France.

-nous avons retrouvé plus d'exposées chez les non-répondantes que chez les répondantes. Il est possible que les femmes ayant réellement développé un ESPT lié à leur accouchement n'aient pas souhaité s'y replonger; cela faisant partie intégrante de l'ESPT (Critère C du DSM IV : processus d'évitement de tout ce qui peut rappeler le traumatisme initial). Dans ce cas, les femmes qui n'ont pas répondu sont peut-être celles qui ont le plus souffert de leur accouchement. Leur absence à notre étude pourrait alors représenter un biais majeur à notre étude.

IV.3. Analyse bibliographique

L'étude du lien entre les algies pelviennes chroniques et le stress de l'accouchement n'a jamais été publiée à ce jour.

Néanmoins, 3 études se sont intéressées aux douleurs pelviennes liées à l'accouchement :

-Une étude prospective (66) a été réalisée sur une cohorte de 393 femmes. Il s'agissait de femmes accouchant à terme d'un enfant singleton avec une présentation céphalique. Les

auteurs comparaient trois groupes de femmes : le premier était constitué de femmes ayant accouché uniquement par forceps, le second était constitué de femmes ayant accouché uniquement par césarienne, et le troisième était constitué de femmes ayant subi une césarienne en urgence à dilatation complète après échec des forceps. Les auteurs étudiaient entre autres l'existence de dyspareunies à six semaines et un an après l'accouchement. Ils retrouvaient que les femmes ayant subi une césarienne en urgence à dilatation complète après échec des forceps présentaient plus de dyspareunies que celles des autres groupes à six semaines et un an après l'accouchement. A six semaines, ils retrouvaient également plus de dyspareunies chez les femmes ayant subi des forceps seuls que chez les femmes ayant subi une césarienne isolée. A un an, il n'existait plus de différence entre le groupe forceps seul et césarienne seule. Nous n'avons pas étudié l'effet cumulatif de la césarienne à dilatation complète après échec du forceps, mais nous retrouvons également qu'un an après l'accouchement, les femmes ayant subi un forceps seul pour ARCF ou une césarienne seule pour ARCF, ne présentent pas plus de dyspareunies que les femmes non-exposées.

-Une étude cas-témoins (67) a concerné 622 femmes qui présentaient des douleurs pelviennes au décours de la grossesse et/ou au plus tard dans les trois semaines suivant l'accouchement. Les douleurs de ces femmes se prolongeaient entre deux mois et quatre ans après l'accouchement avec une médiane de six mois. Cette étude a retrouvé les facteurs de risque de douleurs pelviennes suivants : grossesses gémellaires, femmes primipares, âge avancé de la patiente pendant la grossesse, gros poids du bébé, forceps ; elle retrouvait une association négative avec les césariennes. Les auteurs supposaient une étiologie organique à ces algies pelviennes : faiblesse musculaire et/ou laxité ligamentaire. Nos résultats concernant les forceps, l'âge et la parité sont divergents, mais cette étude n'est pas comparable à la notre, la population et les périodes étudiées étant totalement différentes des nôtres.

-A. Goltzene (55) s'est intéressée particulièrement aux dyspareunies. Elle n'a trouvé aucun lien entre les dyspareunies existant entre six mois et un an après l'accouchement, et les diverses manœuvres obstétricales (la péridurale, les forceps et la césarienne). En revanche, elle retrouvait plus de dyspareunies chez les femmes mécontentes de leur grossesse. Notre étude retrouve également l'absence de lien entre les accouchements stressants (forceps, césariennes et hémorragies de la délivrance) et les dyspareunies ou plus généralement les algies pelviennes. Nous ne retrouvons pas ce lien entre les dyspareunies et le vécu de la grossesse. Néanmoins les périodes étudiées pour les APC ne sont pas les mêmes puisque dans notre

étude, elles concernent les femmes entre 12 et 31 mois après l'accouchement. Nous retrouvons cependant un lien entre le mauvais vécu de la grossesse et de l'accouchement et l'ESPT2 (correspondant à la frayeur ressentie par les femmes au moment de leur accouchement).

Dans notre étude, l'ESPT1 (que nous avons rapproché d'un syndrome dépressif) est lié aux dysménorrhées, et nous retrouvons une tendance pour les douleurs pelviennes non cycliques. Ce résultat est admis et connu, la dépression étant responsable d'algies en général. Une étude prospective (47) a comparé quatre groupes de femmes : deux groupes asymptomatiques, l'un avec lésions, l'autre sans lésion, et deux groupes avec APC, l'un avec lésions, l'autre sans lésion. Elle avait retrouvé que le score de dépression était nettement supérieur dans les groupes avec APC que dans les groupes asymptomatiques.

L'hypothèse que l'ESPT puisse se manifester à long terme par des algies pelviennes chroniques a été citée à plusieurs reprises lors d'abus sexuels notamment (étude rétrospective sur 36 femmes (51), étude rétrospective sur 205 femmes (68), étude rétrospective sur 47 femmes (69)), mais n'a jamais été recherché dans le cadre d'un ESPT lié à l'accouchement. Nous retrouvons une tendance aux APC entre 12 et 31 mois après l'accouchement chez les femmes ayant présenté d'un ESPT2. L'ESPT2 paraît vraisemblablement très lié aux accouchements stressants. Son existence reflète le souvenir encore très présent de la peur ressentie au moment de l'accouchement. Nous ne pouvons réellement comparer notre résultat à ces études, le contexte psychologique et les périodes de vie n'étant absolument pas les mêmes.

Concernant les déterminants de l'ESPT lié à l'accouchement, les analogies et les différences de notre étude par rapport aux publications actuelles sont à moduler car toutes les études publient des résultats obtenus, au plus tard, jusqu'à 14 mois après l'accouchement ((29), étude prospective comprenant 1550 femmes), tandis que nos résultats concernent une période située entre 12 et 31 mois après l'accouchement.

Dans notre étude, la césarienne en urgence pour ARCF et le forceps en urgence pour ARCF apparaissent très à risque de générer un ESPT2. Nos résultats sont concordants avec ceux des trois études suivantes :

-Ryding et al affirmaient déjà sur une étude prospective concernant 53 femmes, interrogées deux jours après leur accouchement que la césarienne en urgence rentrait dans le critère A du DSM IV (qui correspond au sentiment de menace réelle ou imaginaire de l'intégrité physique de l'individu ou d'un proche) (28).

-Creedy et al (56), dans une étude prospective concernant 500 femmes ont montré que l'association entre un haut niveau d'intervention obstétrical (= facteur1 : césarienne en urgence, forceps, forte demande d'analgésie) et le sentiment d'une prise en charge insatisfaisante par l'équipe soignante (= facteur2), générait significativement plus de ESPT qu'un accouchement normal. L'association de ces deux facteurs générait aussi plus d'ESPT que l'un ou l'autre de ces deux des facteurs pris isolément.

-Söderquist et al (29) ont décrit dans une étude prospective concernant 1550 femmes, plus de symptômes de stress chez les femmes avec césarienne et forceps que chez les autres.

Notre étude ne retrouve aucun lien entre le niveau douloureux ressenti pendant l'accouchement et l'ESPT. Söderquist et al (29) et Czarnocka et al ((31), étude prospective sur 264 femmes) n'avaient pas non plus retrouvé de corrélation entre ces deux éléments. Bien que l'impact de la douleur soit régulièrement cité dans les articles, et qu'il paraisse logique qu'une douleur mal contrôlée soit anxiogène, seule l'étude de Creedy (56) retrouvait une association significative entre la demande d'analgésie dans le post-partum précoce et l'ESPT ; ce qui pose la question du rôle réel de la douleur dans la constitution d'un ESPT.

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la parité et l'ESPT, ce qui est conforme aux résultats trouvés par Creedy ((56), étude prospective; 500 femmes), Ayers ((27), étude prospective sur 289 femmes), Ryding ((28), étude prospective ; 53 femmes). Une étude prospective concernant 1640 femmes (25) a trouvé plus de primipares souffrant d'ESPT. Nous ne retrouvons pas ce résultat. Les auteurs discutaient cependant ce fait et pensaient qu'il s'agissait possiblement d'un biais d'exposition car leur échantillon contenait plus de primipares. Ils suggéraient aussi que les femmes ayant déjà eu une expérience négative d'un premier accouchement évitaient de retomber enceinte. Ce phénomène est fort probable ; il a été décrit à plusieurs reprises et fait partie intégrante de l'ESPT (Critère C du DSM IV : processus d'évitement de tout ce qui peut rappeler le traumatisme initial).

Une seule étude ((27), étude prospective sur 289 femmes) a recherché et n'a pas retrouvé de lien entre le mode d'accouchement et l'ESPT. Elle a particulièrement souligné le

rôle des facteurs subjectifs dans la genèse d'un ESPT, ce qui est évoqué par toutes les publications et qui explique que l'ESPT se retrouve même après un accouchement normal (23). De même Söderquist et al (29) ont remarqué dans leur étude, qu'en valeur absolue, ils retrouvaient plus d'ESPT chez des femmes ayant accouché normalement, résultat que nous retrouvons également.

Nos résultats sont concordants avec les autres études à propos du mauvais vécu de l'accouchement (études prospectives : (25), (31) ; revues d'articles : (23), (21)). Celui-ci est très corrélé à l'ESPT2. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le vécu de l'accouchement et le fait d'avoir subi un accouchement stressant, et nous soulignons donc aussi l'importance des facteurs subjectifs, probablement prépondérants dans la constitution d'un ESPT.

Nous avons trouvé qu'un mauvais vécu de la grossesse était lié à un ESPT2. Un résultat proche de celui-ci a été décrit par Söderquist (70) dans une étude prospective sur 1224 patientes. Ces femmes étaient interrogées à deux reprises lors de leur grossesse afin d'évaluer leur état de stress et leur peur de l'accouchement. Ces deux éléments ont été extrêmement corrélés, et les auteurs concluaient que les symptômes de l'ESPT pouvaient exister avant et indépendamment du vécu de l'événement stressant (critère A du DSM IV). Dans un article de réflexion sur la peur de l'accouchement ((71), avis d'expert), Wijma signalait que des études avaient montré que la peur de l'accouchement à 32 semaines d'aménorrhée était corrélée à une augmentation des césariennes en urgences. Cette notion de facteur de risque présent antérieurement à l'accouchement avait déjà été évoquée un peu différemment en 1978 par M. Bydlowsky et al (26) ; dans une étude prospective concernant 75 femmes multipares, des antécédents obstétricaux négatifs (variant de la simple dystocie à la naissance d'un enfant mort-né ou abîmé) avaient paru exercer un effet délétère sur un accouchement ultérieur. La prise en charge psychologique de ces femmes pendant la grossesse suivante avait semblé améliorer considérablement le pronostic du nouvel accouchement.

Quatre études (cas rapportés (72), étude prospective chez 75 femmes avec rapport des 10 cas identifiés de ESPT (26), analyse qualitative de 40 cas rapportés (73, 74)) décrivent des ESPT suite à une accumulation d'événements stressants : antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, plus ou moins associés à des histoires compliquées d'infertilité ou encore à des antécédents obstétricaux dramatiques et parfois répétés. L'hypothèse que l'ESPT puisse aussi

résulter d'une accumulation d'événements stressants sans que l'un d'eux pris isolément soit suffisant pour générer un ESPT, peut expliquer les résultats négatifs que nous avons obtenus. En effet, notre étude n'étudiait pas les effets cumulatifs des facteurs de stress et avait même pour but d'écarter ceux extérieurs à l'accouchement (grossesse normale, à terme..., exclusion des antécédents dépressifs antérieurs à l'accouchement...).

IV.4. Implications de l'étude

La compréhension des étiologies des algies pelviennes chroniques offre encore de nombreuses possibilités de recherches :

-Nous avons retrouvé que les femmes souffrant d'ESPT présentaient une tendance aux dysménorrhées et aux douleurs pelviennes non cycliques. Il faut confirmer ou infirmer ce résultat, afin de savoir si les APC peuvent réellement résulter de la somatisation d'un ESPT.

-Il paraît logique que la réaction à un événement stressant et particulièrement la constitution d'un ESPT dépendent des caractéristiques psychologiques des patientes. Identifier un profil psychique des femmes à risque permettrait une prise en charge précoce de l'ESPT.

-A propos de l'ESPT lié à l'accouchement, il semble nécessaire de prendre en compte toute l'histoire obstétricale des patientes, et notamment le déroulement de la grossesse.

D'une part, il n'existe aucune donnée actuellement en population générale sur le niveau de stress (taux d'incidence ? gravité ?) des femmes pendant la grossesse et l'accouchement ni sur les déterminants de ce stress ni sur ces conséquences en terme d'altération de la qualité de vie. Il serait intéressant de développer des outils permettant de dépister et d'évaluer ce stress de manière simple et rapide et systématique chez toutes les femmes. Le questionnaire que nous avons développé, bien que largement imparfait, a montré dans une certaine mesure, sa capacité à évaluer le traumatisme psychologique lié à la naissance. Il serait intéressant d'approfondir le développement de cet outil de façon à le rendre plus précis et à mieux appréhender les dimensions du stress qu'il mesure.

D'autre part le dépistage d'une prédisposition à un ESPT pourrait être effectué préventivement lors des consultations de suivi de la grossesse. Le niveau de stress des femmes pourrait être évalué systématiquement en salle de naissance ou en maternité. Les symptômes d'ESPT pourraient être recherchés ultérieurement par les sages-femmes ou les kinésithérapeutes à l'occasion par exemple des séances de rééducation périnéale.

De façon plus approfondie, une étude prospective avec entretiens psychologiques réguliers pour appréhender le stress des femmes et tester les outils d'évaluation, pourrait être envisagée au centre hospitalier de Poissy Saint-Germain en Laye sur une cohorte de femmes suivies dans le service des grossesses à haut risque. Il serait alors logique de proposer un suivi prospectif à plus long terme chez les femmes les plus stressées.

Il faut savoir si le lien entre l'ESPT et les APC est la conséquence d'une somatisation d'un événement stressant ou bien simplement le reflet de la dépression sous-jacente des femmes qui ont subi un accouchement stressant ? Pour cela, il faut rechercher la physiopathologie de ces douleurs : trouver les voies de communications humorales, nerveuses... intra-cérébrales, et entre le cerveau et la sphère pelvienne. Ceci nécessitera une réflexion et des projets de recherche communs entre gynécologues, neurologues, radiologues...

V. Conclusion

1-Nous n'avons pas mis en évidence de lien direct entre le fait d'avoir subi un accouchement considéré objectivement comme stressant (hémorragie de la délivrance, césarienne ou forceps pour anomalies du rythme cardiaque fœtal) et l'existence d'algies pelviennes chroniques dans le post-partum tardif (au-delà de 1 an).

2-Toutefois, en raison du taux de réponses global inférieur à celui attendu, notre étude manque de puissance pour conclure définitivement à l'absence de lien.

3-En outre, l'évaluation de l'état de stress post-traumatique s'avère difficile : il s'agit d'une part d'un état que l'on ne sait pas mesurer objectivement et d'autre part d'un état qui comporte plusieurs dimensions. A partir de l'outil de mesure que nous avons développé, nous avons mis en évidence deux composantes : le fait d'avoir eu peur lors de l'accouchement et de s'en souvenir longtemps après d'une part ; et la dépression d'autre part.

4-Notre hypothèse de départ reste néanmoins valide car les situations que nous avons considérées comme susceptibles de provoquer un stress important lors de l'accouchement sont bien à l'origine d'un état de stress post-traumatique tel que nous avons tenté de le mesurer. Par ailleurs nous avons mis en évidence une association entre certaines des algies pelviennes chroniques (dysménorrhées et douleurs pelviennes non cycliques) et le fait d'avoir présenté un stress important lors de l'accouchement.

5-La complexité de cet état de stress post-traumatique invite à prendre en compte les facteurs psychologiques individuels des femmes, leur histoire psychique, mais aussi leur vécu subjectif

de la grossesse et de l'accouchement qui interviennent vraisemblablement en parallèle avec les facteurs obstétricaux objectifs dans la genèse d'un état de stress post-traumatique et que nous n'avons pas pu prendre en compte dans cette prise

6-Pour évaluer systématiquement le stress pendant la grossesse et l'accouchement, il est nécessaire auparavant de développer des outils de mesures fiables et d'utilisation simple et rapide. Les services de grossesse à haut risque offrent une population d'étude privilégiée pour développer ces recherches.

VI. Bibliographie

1. Leriche R. La chirurgie de la douleur; 1936.
2. Vibes. guide de la douleur, le syndrome douloureux chronique. éditions ESTEM . centre d'évaluation de traitement de la douleur CHU de Rangueil-Toulouse; 2001.
3. Labat J-J. algies pelvi-périnéales chroniques:une approche globale. 2005:127-167.
4. International_Association_for_the_Study_of_Pain. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. prepared by the International Association for the study of pain, Subcommittee on taxonomy.0. In; 1978.
5. Fauconnier A. Diagnostic et physiopathologie des algies pelviennes chroniques dans l'endométriose. Paris: Université Paris XI; 2004.
6. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87(3):321-7.
7. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001;51(468):541-7.
8. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48(6):357-87.
9. Carter JE. Laparoscopic treatment of chronic pelvic pain in 100 adult women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;2(3):255-62.
10. Vercellini P, Fedele L, Molteni P, Arcaini L, Bianchi S, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;32(3):261-5.

11. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. *Obstet Gynecol* 1986;68(1):13-5.
12. Merskey H. International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain states. *Pain* 1986;Suppl. 3.
13. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984;64(5):672-4.
14. Robinson JC, Plichta S, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(2):578-83.
15. Jamieson D, Steege J. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics and Gynecology* 1996;87(1):55-58.
16. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(11):1149-55.
17. Benhamou D. Evaluation de la douleur postopératoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17(6):555-72.
18. Dalongeville E. Comparaisons de 5 modes d'évaluation des douleurs pelviennes aiguës aux urgences gynécologiques. garches, hauts de seine: paris-ouest; 2004.
19. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Perspectives méthodologiques et statistiques. Paris: Masson; 2001.
20. Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V. [Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces]. *Encephale* 2003;29(1):20-7.
21. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Cmaj* 1997;156(6):831-5.
22. DSM IV; 1998.
23. Goldbeck S. Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. *BMJ* 1996;313:774.
24. 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(4):271-2.
25. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11(6):587-97.
26. Bydlowsky. La névrose traumatique post-obstétricale-"signal symptôme" dans la prophylaxie des accidents périnataux. *Médecine et Hygiène* 1978;1272:352-354.

27. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;28(2):111-8.
28. Ryding EL. experiences of emergency cesarean Section: a phenomenological study of 53 women. *birth* 1998;25:246-251.
29. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):31-9.
30. Grajeda R. Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban guatemalan women. *J.Nutr.* 2002;132:3055-3060.
31. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39 (Pt 1):35-51.
32. Howard FM. Laparoscopic evaluation and treatment of women with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994;1(4 Pt 1):325-31.
33. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;55(4):759-65.
34. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003;18(4):760-6.
35. Howard FM, El-Minawi AM, Sanchez RA. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):934-9.
36. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101(3):594-611.
37. Allen WM, Masters WH. Traumatic laceration of uterine support. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70:500.
38. Chatman DL. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: Allen-Masters syndrome revisited. *Fertil Steril* 1981;36(6):751-6.
39. de Brux JA, Bret JA, Demay C, Bardiaux M. Recurring pelvic peritonitis. A comment on the Allen-Masters syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1968;102(4):501-5.
40. Taylor HC. Vascular congestion and hyperhemia. The clinical aspect of the congestion fibrosis syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1949;57:654-668.
41. Beard RW, Highman JH, Pearce S, Reginald PW. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet* 1984;2(8409):946-9.
42. Gordon SF. Laparoscopic uterine suspension. *J Reprod Med* 1992;37(7):615-6.

43. Koh LW, Tang FC, Huang MH. Preliminary experience in pelviscopic uterine suspension using Webster- Baldy and Franke's method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(6):575-8.
44. von Theobald P, Barjot P, Levy G. Laparoscopic douglasectomy in the treatment of painful uterine retroversion. *Surg Endosc* 1997;11(6):639-42.
45. Batioglu S, Zeyneloglu HB. Laparoscopic plication and suspension of the round ligament for chronic pelvic pain and dyspareunia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(4):547-51.
46. Ostrzenski A. Laparoscopic retroperitoneal hysteropexy. A randomized trial. *J Reprod Med* 1998;43(4):361-6.
47. Waller K, Shaw R. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertility & Sterility* 1995;63(4):796-800.
48. Beard RW, Belsey EM, Lieberman BA, Wilkinson JC. Pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128(5):566-70.
49. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145(1):75-80.
50. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;75(3 Pt 1):428-32.
51. Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain* 1993;53(1):105-9.
52. Giamberardino MA, Berkley KJ, Affaitati G, Lerza R, Centurione L, Lapenna D, et al. Influence of endometriosis on pain behaviors and muscle hyperalgesia induced by a ureteral calculus in female rats. *Pain* 2002;95(3):247-57.
53. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. *Science* 2005;308(5728):1587-9.
54. De Tayrac R. A propos de 56 cas de "syndrome de Masters et Allen" traités par suture aponévrotique, analyse de la désinsertion génito-pelvienne. paris: fac de médecine X. Bichat; 1972.
55. Goltzene A. déterminants des dyspareunies du post partum: enquête d'observation rétrospective basée sur un questionnaire. paris: paris 11ème; 2003.
56. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27(2):104-11.

57. Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B, et al. *Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*. Paris: Les Editions INSERM; 1993.
58. Fauconnier A, Dubuisson J-B, Foulot H, Deyrolles C, Sarrot F, Laveyssière M-N, et al. Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* In press.
59. Chapron C, Barakat H, Fritel X, Dubuisson J-B, Bréart G, Fauconnier A. Presurgical diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis based on a standardized questionnaire. *Human Reproduction* 2005;20(2):507-13.
60. Fedele L, Arcaini L, Bianchi S, Baglioni A, Vercellini P. Comparison of cyproterone acetate and danazol in the treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1989;73(6):1000-4.
61. Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *Bjog* 2000;107(1):44-54.
62. Andersch B, Milsom I. A double-blind cross-over study comparing flurbiprofen with naproxen- sodium for the treatment of primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68(6):555-8.
63. Stout AL, Steege JF, Dodson WC, Hughes CL. Relationship of laparoscopic findings to self-report of pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(1 Pt 1):73-9.
64. Peveler R, Edwards J, Daddow J. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40:305-315.
65. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(1):47-55.
66. Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L, Soothill PW, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):4-10.
67. Mens JM, Vleeming A, Stoekart R, Stam HJ, Snijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain. Implications of a patient survey. *Spine* 1996;21(11):1363-9; discussion 1369-70.
68. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stampler FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;76(1):92-6.
69. Walker EA, Stenchever MA. Sexual victimization and chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(4):795-807.
70. Söderquist J. Traumatic stress in late pregnancy. *Anxiety disorders* 2004;18:127-142.

71. Wijma K. Why focus on "fear of childbirth"? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:141-143.
72. Williams. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *the journal of nervous and mental disease* 1992;180, n°4:271-272.
73. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004;53(1):28-35.
74. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* 2004;53(4):216-24.

VII. Tableaux et figure

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Caractéristiques	Exposées (n=71)	Non exposées (n=182)	p value
Age moyen (années \pm DS)	32 \pm 5	31 \pm 4	0,2705 ^a
Femmes nées hors de France n (%)	15 (22,1)	15 (8,5)	0,0037 ^b
Niveau socioprofessionnel < bac n (%)	26 (36,6)	51 (28,0)	0,4091 ^b
Femmes en activité professionnelle n (%)	46 (64,8)	121 (66,5)	0,7982 ^b
Femmes mariées ou en couple n (%)	67 (94,4)	175 (96,1)	0,5310 ^b
Antécédents psy n (%)	8 (11,3)	22 (12,1)	0,8561 ^b
Antécédents de chirurgie abdominale n (%)	25 (35,2)	46 (25,3)	0,1140 ^b
Antécédents de FC, IVG ou GEU n (%)	23 (32,4)	55 (30,2)	0,9039 ^b
Primipares n (%)	43 (60,6)	108 (59,3)	0,8586 ^b

DS : déviation standard

FC : fausse-couche, IVG : interruption volontaire de grossesse, GEU : grossesse extra-utérine.

a : tests t de student.

b : tests du χ^2 .

Tableau 2 : Analyse Factorielle des questions sur l'état de stress post-traumatique.

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Variable
Q35 / Peur vie accouchement	0,179	0,677	-0,462	ESPT2
Q36 / Peur vie bébé	0,063	0,633	0,312	ESPT2
Q41 / Cauchemars	-0,055	0,705	0,091	ESPT2
Q43 / Pensées Récurrentes	0,066	0,168	0,876	
Q44 / Troubles du Sommeil	0,662	0,059	-0,054	ESPT1
Q45 / Irritabilité	0,794	0,008	-0,038	ESPT1
Q46 / Dépression	0,707	0,016	0,15	ESPT1

Figure : Diagramme des valeurs propres

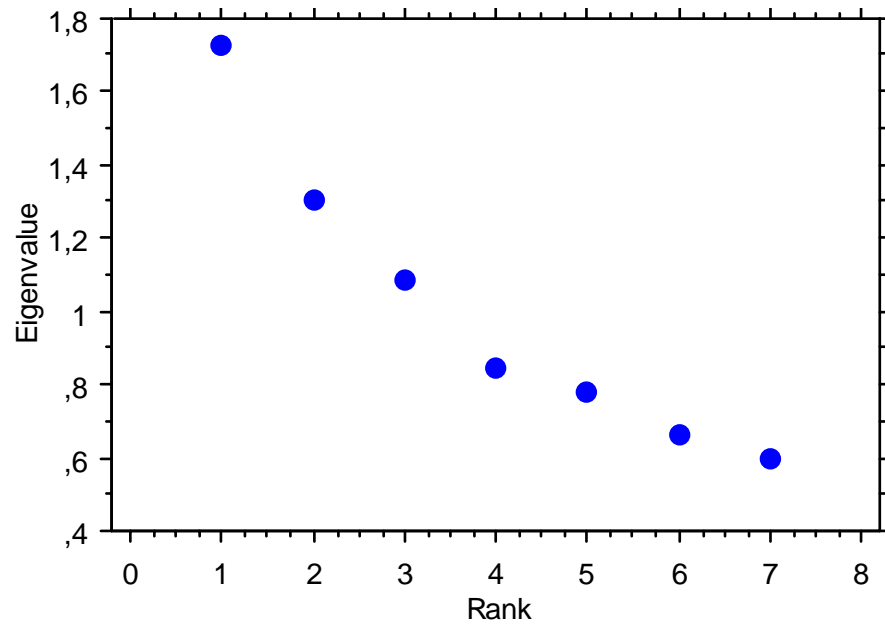


Tableau 3 : Accouchement stressant et : APC, ESPT, vécu de l'accouchement, allaitement.

	Exposés (n=71)	Non-exposés (n=182)	p value
Dysménorrhées n (%)	35 (51,5)	85 (47,7)	0,6019 ^b
Moyenne EVA Dysménorrhées	2,5 ± 2,5	2,6 ± 2,3	0,8159 ^a
Douleurs pelviennes non cycliques n(%)	26 (37,7)	68 (37,6)	0,9869 ^b
Moyenne EVA douleurs pelviennes non cycliques	1,7 ± 2,5	1,5 ± 2,4	0,4811 ^a
Dyspareunies n (%)	33 (49,2)	78 (44,1)	0,4678 ^b
Moyenne EVA Dyspareunies	1,4 ± 2,0	1,3 ± 2,0	0,8281 ^a
Avec ESPT2 n (%)	44 (62,0)	50 (27,5)	<0,0001 ^b
Avec ESPT1 n (%)	16 (28,1)	43 (27,0)	0,8814 ^b
Allaitement au sein n (%)	45 (63,4)	111 (61,0)	0,7670 ^b
Durée moyenne de l'allaitement jrs ± DS	61,5 ± 98,0	66,0 ± 97,0	0,7392 ^a
Pensées désagréables récurrentes n (%)	7 (12,3)	8 (5,0)	0,0647 ^b
Besoin de reparler de l'accouchement n(%)	39 (68,4)	89 (56,0)	0,1008 ^b
Avec mauvais vécu de la grossesse n (%)	39 (54,9)	88 (48,3)	0,3471 ^b
Avec mauvais vécu de l'accouchement n(%)	39 (55,7)	84 (46,1)	0,1739 ^b
Avec accouchement douloureux n (%)	29 (41,4)	92 (51,7)	0,1458 ^b
Mauvais contact avec les soignants n (%)	2 (3,6)	8 (5,1)	0,6495 ^b
Présence du père n(%)	48 (85,7)	150 (94,3)	0,0397 ^b

APC : algies pelviennes chroniques

EVA : échelle visuelle analogique

ESPT : état de stress post-traumatique

DS : déviation standard

(a) : tests t de student.

(b) : tests du chi².

Tableau 4 : Etude de l'Etat de stress post-traumatique 2

	ESPT2 (n=94)	Sans ESPT2 (n=159)	p value
Dysménorrhées n (%)	52 (55,9)	68 (44,4)	0,0810 ^b
Moyenne EVA Dysménorrhées	2,9 ± 2,6	2,3 ± 2,2	0,0399 ^a
Douleurs pelviennes non cycliques n (%)	41 (43,6)	53 (34,0)	0,1273 ^b
Moyenne EVA douleurs pelviennes non cycliques	1,8 ± 2,5	1,3 ± 2,3	0,1114 ^a
Dyspareunies n (%)	41 (46,1)	70 (45,2)	0,8912 ^b
Moyenne EVA Dyspareunies	1,4 ± 2,2	1,3 ± 1,9	0,5233 ^a
Pensées désagréables récurrentes n (%)	11 (15,1)	4 (2,8)	0,0008 ^b
Besoin de reparler de l'accouchement n (%)	48 (65,7)	80 (55,9)	0,1652 ^b
Césariennes pour ARCF n (%)	24 (32,4)	5 (3,6)	<0,0001 ^b
Forceps pour ARCF n (%)	8 (13,8)	7 (5,0)	0,0333 ^b
Hémorragies de la délivrance n (%)	12 (19,3)	15 (10,2)	0,0716 ^b
Avec mauvais vécu de la grossesse n (%)	58 (61,7)	69 (43,4)	0,0049 ^b
Avec mauvais vécu de l'accouchement n(%)	57 (61,3)	66 (41,5)	0,0024 ^b
Avec accouchement douloureux n (%)	42 (44,7)	79 (51,3)	0,3118 ^b
Mauvais contact avec les soignants n (%)	6 (8,3)	4 (2,8)	0,0708 ^b
Primipares n (%)	63 (67,0)	88 (55,3)	0,0673 ^b
Antécédents psy n (%)	10 (10,6)	20 (12,6)	0,6446 ^b
Antécédents de chirurgie abdominale n (%)	32 (34,0)	39 (24,5)	0,1036 ^b
Antécédents de FC, IVG ou GEU n (%)	34 (36,2)	48 (27,4)	0,1573 ^b
Age moyen (années ± DS)	30,9 ± 4,4	31,7 ± 4,4	0,1473 ^a
Niveau socioprofessionnel < bac n (%)	38 (40,4)	39 (24,5)	0,0197 ^b
Femmes nées hors de France n (%)	16 (18,0)	14 (9,0)	0,0387 ^b
Allaitement au sein n (%)	58 (61,7)	98 (61,6)	0,9916 ^b
Durée moyenne de l'allaitement jours ± DS	62,4 ± 98,1	66,1 ± 96,8	0,7680 ^a

EVA : échelle visuelle analogique

ESPT : état de stress post-traumatique

DS : déviation standard

FC : Fausse-couche, IVG : interruption volontaire de grossesse, GEU : grossesse extra-utérine.

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

(a) : tests t de student.

(b) : tests du χ^2 .

Tableau 5 : Etude de l'Etat de stress post-traumatique 1

	ESPT (n=59)	Sans ESPT1 (n=157)	p value
Dysménorrhées n (%)	33 (56,9)	60 (39,5)	0,0230 ^b
Moyenne EVA Dysménorrhées	2,9 ± 2,5	2,1 ± 2,1	0,0191 ^a
Douleurs pelviennes non cycliques n (%)	28 (47,5)	56 (36,4)	0,1382 ^b
Moyenne EVA Douleurs pelviennes non cycliques	2,0 ± 2,6	1,4 ± 2,3	0,0949 ^a
Dyspareunies n (%)	25 (43,9)	64 (42,4)	0,8479 ^b
Moyenne EVA Dyspareunies	1,2 ± 1,8	1,1 ± 1,9	0,8282 ^a
Pensées désagréables récurrentes n (%)	8 (13,6)	7 (4,5)	0,0191 ^b
Besoin de reparler de l'accouchement n (%)	39 (66,1)	89 (56,7)	0,2096 ^b
Césariennes pour ARCF n (%)	6 (12,2)	18 (13,4)	0,8330 ^b
Forceps pour ARCF n (%)	4 (8,5)	9 (7,1)	0,7615 ^b
Hémorragies de la délivrance n (%)	6 (12,2)	14 (10,8)	0,7799 ^b
Avec mauvais vécu de la grossesse n (%)	30 (50,8)	69 (43,9)	0,3646 ^b
Avec mauvais vécu de l'accouchement n (%)	28 (47,5)	71 (45,5)	0,7985 ^b
Avec accouchement douloureux n (%)	31 (53,4)	68 (44,2)	0,2267 ^b
Mauvais contact avec les soignants n (%)	3 (5,1)	7 (4,5)	0,8602 ^b
Primipares n (%)	37 (62,7)	95 (60,5)	0,7674 ^b
Antécédents psy n (%)	10 (16,9)	18 (11,5)	0,2850 ^b
Antécédents de chirurgie abdominale n (%)	17 (28,8)	40 (25,5)	0,6201 ^b
Antécédents de FC, IVG ou GEU n (%)	17 (28,8)	46 (29,3)	0,4680 ^b
Age moyen (années ± DS)	32,2 ± 4,5	31,4 ± 4,4	0,2444 ^a
Niveau socioprofessionnel < bac n (%)	11 (18,6)	42 (26,7)	0,3447 ^b
Femmes nées hors de France n (%)	2 (3,5)	18 (11,9)	0,0664 ^b
Allaitement au sein n (%)	33 (55,9)	101 (63,4)	0,4940 ^b
Durée moyenne de l'allaitement jours ± DS	50,3 ± 84,1	66,3 ± 98,2	0,2704 ^b

EVA : échelle visuelle analogique

ESPT : état de stress post-traumatique

DS : déviation standard

FC : Fausse-couche, IVG : interruption volontaire de grossesse, GEU : grossesse extra-utérine.

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

(a) : tests t de student.

(b) : tests du χ^2

VIII. Annexe

INTRODUCTION AU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est destiné à améliorer la prise en charge des femmes pendant leur accouchement.

Il est **centré** sur votre accouchement qui s'est déroulé à **POISSY entre le 1^{er} Novembre 2001 et le 30 Septembre 2002** . Si vous avez accouché à plusieurs reprises , **ne tenez pas compte** des accouchements précédents ou suivants celui-ci pour répondre au questionnaire .

INSTRUCTIONS :

- *Lisez ATTENTIVEMENT chaque question avant de répondre.*
- *Répondez en ENTOURANT la réponse qui vous convient le mieux.*
- *Les réponses en chiffres doivent être notées dans les cases prévues.*
- *Il faut choisir la réponse qui vous semble la plus juste MEME SI ELLE N'EST QU'APPROXIMATIVE. Si vous avez un DOUTE pour répondre à la question, écrivez une réponse en clair à coté de la question.*
- *Merci de répondre à chacune des questions, même si votre réponse est « NON » car toutes les questions sont importantes pour l'étude.*

QUESTIONNAIRE

1- **DATE** à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

 |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 jour mois année

2- Notez les **3 premières lettres de votre nom et la première lettre de votre prénom** :

 |_|_|_| |_|
 nom prénom

3- Quelle est votre **date de naissance** ?

 |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 jour mois année

4- Quel est votre **lieu de naissance** ?.....

5- Quelle est votre **situation de famille** actuelle ?(entourez le numéro qui vous convient)

- Mariée:1
- Célibataire:2
- Veuve:3
- Vit en couple:4
- Divorcée:5

6- Quelle est (était) votre **profession** ?.....

7- Quel est votre **statut professionnel** ? (entourez le numéro qui vous convient)

- Profession exercée en ce moment :.....1
- Mère au foyer :2
- En arrêt maladie depuis plus d'un mois :3
- Etudiante :4
- Au chômage :5
- En invalidité :6

8- **En général**, diriez vous que vos **santé** est : (entourez le numéro qui vous convient)

- Excellente.....1
- Bonne.....2
- Passable.....3
- Mauvaise.....4
- Très mauvaise.....5

9- Souffrez vous ou avez vous souffert , **avant votre grossesse** ,de problème de santé d'ordre :
(entourez le numéro qui vous convient, une ou plusieurs réponses possibles)

- Cardiaque :1
- Respiratoire :2
- Digestif :3
- Hépatique (Foie) :5
- Dermatologique :6
- Endocrinologique (problème de thyroïde, de diabète...) :7
- Neurologique :8
- Rhumatologique :9
- Autre :(Les problèmes d'ordre gynécologiques seront à préciser lors des Questions suivantes)10

10- Si vous avez entouré un (ou plusieurs) item(s) à la question 8, précisez brièvement votre (vos) **problème(s)** et la date d'apparition des symptômes :

.....
.....

11- Avez vous déjà consulté un **psychiatre ou un psychologue** de façon régulière pendant votre vie ?

OUI

NON

Si oui, précisez le motif et l'année:.....

.....

12- Avez vous déjà subi **une intervention chirurgicale** pour les affections suivantes ?

(*coelioscopie = intervention sur le ventre par caméra introduite par le nombril*)
laparotomie = intervention sur le ventre avec ouverture complète)

(*Si vous avez souffert d'une de ces pathologies , mais que vous n'avez pas été opérée , cochez non , puis n'oubliez pas de le préciser à la question 14)*)

Inscrivez une croix dans les cases qui vous conviennent

	Oui	Non	Date	Coelioscopie	Laparotomie	Voie Naturelle
Fibrome à l'utérus			 année			
Stérilité			 année			
Endométriose			 année			
Kyste aux ovaires			 année			
Péritonite			 année			
Grossesse extra-utérine			 année			
Fausse-couche			 année			
Autres interventions gynécologiques			 année année année			

13- Avez vous déjà subi **d'autres interventions chirurgicales au niveau du ventre** que celles citées à la question précédente ?

OUI

NON

Si OUI , précisez :

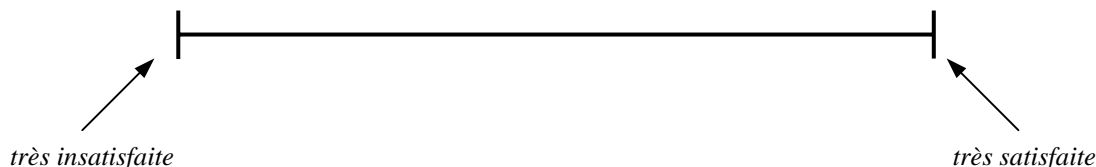
Date	Nature et motif de l'intervention	Coelioscopie	Laparotomie	Voie Naturelle
 année				
 année				
 année				
 année				
 année				

Les questions suivantes concernent VOTRE ACCOUCHEMENT QUI S'EST DEROULE A POISSY ENTRE LE 1^{er} NOVEMBRE 2001 ET LE 30 SEPTEMBRE 2002 :

- 21- Cette naissance était celle de votre : (entourez le numéro qui vous convient)
- 1^{ier} enfant1
 - 2^{ième} enfant ou plus..... 2

22- Avez-vous été satisfaite du **déroulement de votre grossesse** ?

Reportez par une croix sur l'échelle ci après votre degré de satisfaction.



Détaillez si vous le désirez :

.....

.....

23- Avez vous ressenti le besoin d'être aidée par un **psychologue ou un psychiatre pendant votre grossesse** ?

OUI

NON

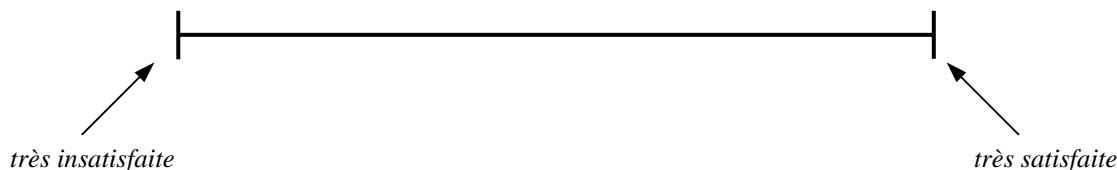
24- Si oui , cela vous a t'il été proposé ?

OUI

NON

25- Avez-vous été satisfaite du **déroulement de votre accouchement** en général ?

Reportez par une croix sur l'echelle ci après votre degré de satisfaction.



Détaillez si vous le désirez :

.....

.....

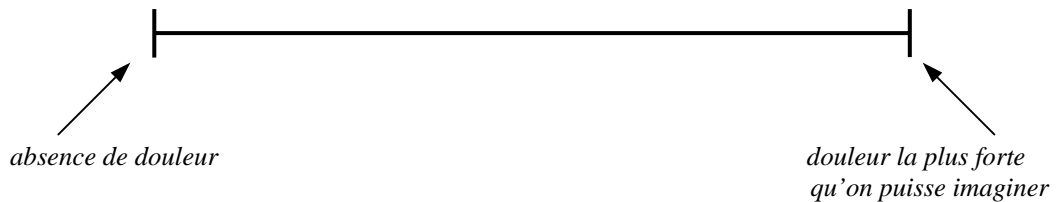
26- Souhaitiez vous une analgésie péridurale pendant votre grossesse ?

OUI NON

27- Pendant l'accouchement, avez vous bénéficié d'une péridurale ?

OUI NON

28- **Reportez par une croix** sur le trait suivant le **niveau maximum de douleur** que vous avez ressenti pendant votre accouchement :



29- L'enfant est il né : (entourez le numéro qui vous convient)

- par voie naturelle sans instrument particulier.....1
- par voie naturelle avec ventouse.....2
- par voie naturelle avec forceps.....3
- par césarienne.....4

30- Si l'enfant est né par césarienne, était elle prévue ?

OUI NON

Si oui, pour quelles raisons ?.....

Si la césarienne était imprévue, était ce pour :

- Anomalies du rythme cardiaque fœtal.....1
- Insuffisance de dilatation du col.....2
- Non progression du bébé alors que la dilatation du col était complète.....3
- Absence de contractions utérines.....4
- Autres (précisez).....5
- Vous ne savez pas pourquoi une césarienne a été pratiquée.....6

Quel a été votre ressenti à l'annonce de la césarienne en urgence ?

.....
.....

31- Lors de votre accouchement, a t'il été nécessaire de vous **endormir totalement** ?
(anesthésie générale)

OUI NON

Si oui, précisez :
.....

32- Avez vous présenté une **hémorragie** (saignement anormalement important) à l'occasion de votre accouchement ?

OUI **NON**

Si oui, avez vous été transfusée (transfusion de sang) ?

OUI **NON**

Quel a été votre ressenti à l'annonce de l'hémorragie ?

.....
.....

33- Avez vous été hospitalisée en **REANIMATION** à la suite de votre accouchement ?

OUI **NON**

Si oui, pourquoi ?.....

.....

34- Si vous avez accouché par les voies naturelles : avez-vous souffert d'une déchirure, ou une épisiotomie a t'elle été réalisée ?

Déchirure **OUI** **NON**

Episiotomie **OUI** **NON**

35- Avez vous eu **peur pour votre vie pendant votre accouchement** ?

OUI **NON**

Si oui, à quel moment :.....

.....

36- Avez vous **crain**t pour la vie de votre bébé pendant votre accouchement ?

OUI **NON**

Si oui, à quel moment :.....

.....

37- Pendant votre accouchement, avez vous trouvé le contact avec l'équipe soignante (sages-femmes, médecins, internes....) : (*entourez le numéro qui vous convient*)

- très mauvais.....1
- mauvais.....2
- médiocre.....3
- bon.....4
- très bon.....5

38- Vous a t'on informé du déroulement des étapes de votre accouchement, de manière :

(*entourez le numéro qui vous convient*)

- très insatisfaisante.....1
- insatisfaisante.....2
- médiocre.....3
- satisfaisante.....4
- très satisfaisante.....5

39- Dans le cas ou votre accouchement a été difficile (césarienne, forceps, hémorragie...) avez-vous revu , en suite de couches le médecin qui vous a pris en charge pendant votre accouchement ?

OUI

NON

Auriez-vous souhaité le revoir ?

OUI

NON

Précisez :

40- Le père de l'enfant était il présent lors de votre accouchement ?

OUI

NON

41- Souffrez vous ou avez vous souffert de **cauchemars en rapport avec cette grossesse ou cet accouchement** ?

OUI

NON

42- Avez vous ressenti le besoin de **reparler de votre accouchement** ?

OUI

NON

Si oui, avez vous pu en reparler avec quelqu'un ?

OUI

NON

Si oui, avec qui ? (*entourez le numéro qui vous convient*)

- Psychologue.....1
- Médecin ou sage-femme qui vous a accouchée2
- Conjoint.....3
- Ami.....4
- Famille.....5
- Autre :.....6

Précisez.....

43- Repensez vous souvent de **façon désagréable à cet accouchement** ?

OUI

NON

Détaillez si vous le désirez :

44- Souffrez vous actuellement de **troubles du sommeil** ?

OUI

NON

Si oui, pouvez vous préciser la date d'apparition de ces troubles :

 |_|_| |_|_|_|_|
 mois année

45- Vous sentez vous **irritable en ce moment** ?

OUI

NON

Si oui, pouvez vous préciser la date d'apparition de cette irritabilité :

 |_|_| |_|_|_|_|
 mois année

46- Vous sentez vous **déprimée** actuellement ?

OUI

NON

Si oui, depuis quand ?

|_|_|
mois

|_|_|_|_|
année

47- Avez vous **nourri votre enfant** : (entourez le numéro qui vous convient)

- Au sein.....1
Si oui, pendant combien de temps ?
(Si la durée de l'allaitement maternel exclusif a été inférieure à 1 mois , notez 0)
|_|_| mois
- au biberon.....2
- de façon mixte : sein + biberon.....3

**Les questions ci-après concernent la période ACTUELLE
Elles concernent vos DOULEURS pendant les règles, en dehors des règles et lors des rapports sexuels.**

Ces questions sont indispensables à notre étude et il est donc particulièrement important que vous y répondiez, MEME SI VOUS N'AVEZ PAS DE DOULEURS ET QUE VOS REPONSES SONT NEGATIVES.

DOULEURS PENDANT LES REGLES

Lorsque vous répondez, pensez à vos 2 ou 3 derniers cycles menstruels

48- Avez-vous un moyen de contraception actuellement ?

OUI

NON

Si OUI, précisez :

49- Vos **règles** se sont elles modifiées depuis votre accouchement ?

OUI

NON

Si OUI , comment :

Si vous êtes en aménorrhée (absence de cycles menstruels) , cochez ici :

50- Vos règles sont elles douloureuses ? (entourez le numéro qui vous convient)

- Toujours.....1
- Souvent.....2
- Rarement.....3
- Jamais.....4

51- **Reportez par une croix** sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de vos douleurs de règles :

(Il est nécessaire de répondre à cette question même si vous n'avez pas de douleur)



52- Vos douleurs de règles vous ont elles récemment obligé à :

- **interrompre votre activité professionnelle** au moment des règles ?
OUI NON
- **limiter vos déplacements** ?
OUI NON
- **rester allongée** ?
OUI NON
- prendre des **médicaments** pour lutter contre la douleur ?
OUI NON
- consulter un **médecin en urgence** ?
OUI NON

53- Est-il arrivé récemment que vos douleurs de règles soient responsables d'un **malaise** ?
OUI NON

DOULEURS EN DEHORS DES REGLES

Lorsque vous répondez, pensez à vos 2 ou 3 derniers cycles menstruels

54- Actuellement ,souffrez vous régulièrement de **douleurs localisées au bas du ventre survenant en dehors ou indépendamment des règles** ?
OUI NON

55- **Si oui**, pouvez vous préciser à quel moment de votre cycle menstruel ces douleurs surviennent elles ? (*entourez le numéro qui vous convient*)

- Les quelques jours précédant les règles.....1
- Les quelques jours suivant les règles.....2
- Au milieu du cycle (12^{ième} , 17^{ième} jours).....3
- Survenue irrégulière sans aucun rapport avec le cycle.....4
- Les douleurs sont présentes tout au long du cycle.....5

60- Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours .Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes **limitée en raison de vos douleurs** :
(Entourez la réponse qui vous convient)

	Non, pas du tout limitée	Oui, un peu limitée	Oui, beaucoup limitée
Efforts physiques importants (courir, soulever un objet lourd, faire du sport)	1	2	3
Efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur)	1	3	3
Soulever et porter des courses ou un enfant en bas âge	1	2	3
Monter plusieurs étages à pied	1	2	3
Monter un étage à pied	1	2	3
Marcher plus d'un Km	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
Se pencher en avant , se mettre à genou ou s'accroupir	1	2	3
Prendre un bain , une douche , ou s'habiller	1	2	3

61- Lorsque vous souffrez des douleurs , celles-ci gênent elles **vos activités habituelles** (travail, courses , travaux ménagés , s'occuper des enfants) ?

- Mon activité est complètement normale.....1
- Mon activité est un peu réduite.....2
- Mon activité est moyennement réduite.....3
- Mon activité est fortement réduite.....4
- Je suis confinée au lit.....5

62- Lorsque vous souffrez de vos douleurs , celles-ci vous gênent elles dans **votre vie de couple ?**

- Pas du tout1
- Un peu.....2
- Modérément.....3
- Beaucoup.....4
- Extrêmement.....5

63- Lorsque vous souffrez de vos douleurs , celles-ci vous gênent elles dans vos **relations avec vos proches** (parents , amis , enfants) ?

- Pas du tout1
- Un peu.....2
- Modérément.....3
- Beaucoup.....4
- Extrêmement.....5

64- Lorsque vous souffrez de vos douleurs , celles-ci vous gênent elles votre **vie sociale** ?

- Pas du tout1
- Un peu.....2
- Modérément.....3
- Beaucoup.....4
- Extrêmement.....5

RESUME

Objectif : Rechercher un lien entre un accouchement objectivement stressant (césarienne ou forceps pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, hémorragie de la délivrance) et des algies pelviennes chroniques (dysménorrhées, douleurs pelviennes non cycliques, dyspareunies) dans le post-partum tardif (au-delà d'un an).

Méthode : auto-questionnaire ; enquête exposés/non-exposés ; comparaison entre accouchement stressant et accouchement normal.

Résultats : taux de réponse 58,3%. 253 patientes dans l'étude. Aucun lien direct n'a été retrouvé. Cependant il existait un lien entre un accouchement stressant et un état de stress post traumatique. Par ailleurs il existait un lien entre état de stress post traumatique et algies pelviennes chroniques (dysménorrhées et douleurs pelviennes non cycliques).

Discussion : Pas de lien direct en raison d'un manque de puissance de l'étude et de la prise en compte insuffisante des facteurs subjectifs (vécu de la grossesse et de l'accouchement).

Mots clés :

Accouchement – Stress –Etat de stress post-traumatique

Algies pelviennes chroniques - Dysménorrhées - Douleurs pelviennes non cycliques -
Dyspareunies