



HAL
open science

Impact d'une hémorragie de la délivrance sur l'état psychologique des femmes : revue de la littérature

Marie Moreau

► To cite this version:

Marie Moreau. Impact d'une hémorragie de la délivrance sur l'état psychologique des femmes : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870461

HAL Id: hal-03870461

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870461>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

MOREAU MARIE

**Impact d'une hémorragie de la délivrance sur l'état
psychologique des femmes : revue de la littérature**

Soutenu le 10 juin 2020

Directeur de mémoire : Ernwein Muriel

Psychologue clinicienne

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

MOREAU MARIE

Impact d'une hémorragie de la délivrance sur l'état psychologique des femmes : revue de la littérature

Soutenu le 10 juin 2020

Directeur de mémoire : Ernwein Muriel

Psychologue clinicienne

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame Muriel ERNWEIN, pour son aide précieuse depuis le début de l'élaboration de ce travail, pour sa disponibilité, son investissement et son dévouement.

Merci à ma famille et mes proches, en particulier à mes parents, Dominique et Frédéric ainsi qu'à mes frères, Pierre et Baptiste pour leurs encouragements depuis toujours et pour m'avoir permis d'être là où j'en suis aujourd'hui.

A Loïc, pour son soutien inconditionnel chaque jour et sa patience.

Merci à mes amies pour tous ces bons moments et pour m'avoir soutenu tout au long de ces années d'études.

Aux sages-femmes que j'ai rencontrées au fil des années, merci de m'avoir donné le goût du métier.

« Dans toute naissance, pulsions de vie et de mort sont en jeu, intriquées. C'est même ce qui fait de la naissance un instant chargé d'émotion, un instant situé dans un temps vital suspendu ; un instant tellement hétérogène à la vie quotidienne que les praticiens ne s'en lassent pas et restent à l'abri de l'usure de la routine. »

La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité. Monique Bydlowski

GLOSSAIRE

B-IPQ : Brief Illness Perception Questionnaire

DSM-5 : 5^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DPP : Dépression du Post-Partum

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPDS : Edinburgh Post natal Depression Scale

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

IESR : Impact of Event Scale Revised

IF : Impact Factor

HPP : Hémorragie du Post-Partum

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCL-5 : Posttraumatic stress disorder CheckList DSM-5

PCL-C : PTSD CheckList – Civilian version

PCLS : Posttraumatic stress disorder CheckList Scale

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyse

PSS-I-5 : PTSD Symptom Scale for DSM-5

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

STAI : Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE.....	6
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	8
MATERIEL ET METHODE.....	13
1. TYPE D'ETUDE ET CRITERES DE SELECTION.....	13
2. BASES DE DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES.....	14
3. SELECTION DES ARTICLES.....	15
4. GRILLE DE LECTURE ET ANALYSE DES ARTICLES.....	15
RESULTATS.....	16
1. REPERCUSSIONS EVOQUEES	18
2. METHODES D'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE UTILISEES.....	23
DISCUSSION	24
1. PROVENANCE DES ETUDES ET PUBLICATION.....	24
2. ARGUMENTATION AUTOUR DES DIFFERENTS IMPACTS.....	24
3. CADRE TEMPOREL DES REPERCUSSIONS.....	27
4. ACTEURS PRINCIPAUX	27
5. COMPARAISON DES RISQUES PSYCHOLOGIQUES.....	30
6. QUALITE DE LA REVUE SYSTEMATIQUE	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	39

INTRODUCTION

En France, 16% des décès maternels sont attribuables à une hémorragie de la délivrance (1). Elle reste une cause non négligeable de morbidité puisqu'elle concerne 5 à 10% des accouchements. De ce fait, l'Hémorragie du Post-Partum (HPP) touche encore une grande proportion des accouchements en France bien que les équipes d'obstétrique ne cessent, au fil des années, d'améliorer la prise en charge de cette complication. On parle d'hémorragie de la délivrance lors d'une perte sanguine d'au moins 500ml dans les 24 heures suivant un accouchement, et elle prend un caractère sévère pour une perte supérieure ou égale à 1000ml (2). Son caractère imprévisible en fait une des plus grandes peurs des obstétriciens et sages-femmes. Le traumatisme pour le corps dû à cette difficulté est exprimé biologiquement (anémie, coagulation intra-vasculaire disséminée, choc hypovolémique, insuffisance multiviscérale, ...) chez la mère et reste bien connu des professionnels médicaux. A l'échelle de la France, les blocs obstétricaux présentent un protocole de prise en charge de l'hémorragie bien encadré pour les soins médicaux. Mais à plus long terme, certains praticiens de la périnatalité commencent à mettre le doigt sur le fait qu'il s'observe à l'évidence un ressenti psychologique spécifique à la période post-natale. Celui-ci pouvant aller jusqu'à l'apparition d'un stress post-traumatique lors d'un ressenti douloureux inhérent à une hémorragie de la délivrance.

Parce qu'aucun accouchement ne se ressemble, nous partons de l'hypothèse que le vécu ne peut en être que dissemblable d'une jeune accouchée à une autre, et parfois difficile à vivre. C'est pourquoi nous souhaitons nous pencher sur la notion indispensable d'état de choc psychologique résultant d'un événement traumatisant submergeant la faculté que possède un individu à faire face aux émotions qu'il ressent. Ce choc peut entraîner un traumatisme caractérisé par des symptômes qui perdurent dans le temps, il est alors question d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) (3). Il est pratiquement impossible de prévoir quelle situation est susceptible d'entraîner un traumatisme émotionnel, et quel individu peut y être confronté. L'hémorragie de la délivrance s'expose à la même problématique : elle est difficilement prévenue par les soignants. Pour rappel, la 5^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) définit l'Etat de Stress Post-Traumatique, qui va majoritairement nous intéresser, comme une « réaction spécifique qui peut se

développer suite à l'exposition à un ou plusieurs évènements traumatiques » (4). Son diagnostic se fait au plus tôt un mois après l'évènement.

Notre intérêt pour l'HPP nous a amené à nous interroger dans un premier temps, et par soucis d'exhaustivité, à la question du post-partum, de manière plus générale, afin de cibler plus tard les aspects spécifiques de l'hémorragie de la délivrance. En effet le post-partum est connu pour être plus à risque, non seulement médicalement, mais psychologiquement, pour la femme : la post-natalité comporte des risques de troubles liés à l'anxiété et au traumatisme. Outre les répercussions médicales, il s'agit d'une période charnière pour la psychopathologie maternelle. Le Professeur en psychiatrie Bertrand Cramer a analysé les phénomènes liés à la naissance et en a avancé la conclusion qu'ils jouaient un rôle déclencheur dans les Dépressions du Post-Partum (DPP) (5). Une dépression dont l'origine bien que diverse peut provenir de l'accouchement en lui-même. Le traumatisme qui peut être généré par la naissance pour la femme, peut provoquer une dépression postnatale qui parfois initie des difficultés relationnelles de la mère pour son nouveau-né. Ainsi, depuis quelques années, de nombreuses études tendent à dire que près de 10% des femmes feront une DPP (6). Cette pathologie périnatale peut bien évidemment avoir des conséquences variables et être exprimée sous plusieurs formes. Ainsi, les évènements découlant de l'accouchement, notamment les complications, sont souvent responsables d'un retentissement psychologique pour la femme.

En allant un peu plus loin dans les recherches sur le mal-être du post-partum, nous avons retrouvé des données pertinentes sur le risque suicidaire du post-partum. Très récemment, en 2019 lors du congrès Encéphale, le Dr Catherine Deneux-Tharoux a pu mettre en exergue grâce à un suivi de patientes depuis 1996, que la première cause de mortalité maternelle serait le suicide (7). En effet, il concernerait 20% de cette mortalité entre le 42^{ème} et le 365^{ème} jour du post-partum. De plus, sur l'ensemble des suicides maternels, plus de 80% interviendraient durant la période délicate du post-partum. Une proportion encore compliquée à évaluer et sous-estimée par les professionnels de la périnatalité. Déjà en 2017, le cinquième rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010-2012 (8) démontrait la partie immergée de cette mortalité. L'effondrement psychique de ces femmes est d'autant plus marqué dans l'année qui suit l'accouchement (9). 86% des suicides auraient lieu après le 42^{ème} du post-partum. Or le Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) éventuel, s'il existe, chez certaines de ces femmes, se superpose à cette période. A ce propos, une équipe australienne a fait passer 499 femmes en entretien téléphonique à 6-8 mois de leur accouchement pour explorer la prise en charge et les soins en intrapartum et voir si il

y avait présence de symptômes de stress post-traumatique (10), une pathologie souvent associée à un risque suicidaire augmenté. Il en est ressorti que 29 de ces femmes répondaient aux critères du stress post-traumatique aigu. Nous voyons bien la corrélation entre le risque de suicide et le SSPT. Ainsi ces conclusions sur la psychopathologie périnatale, dans sa symptomatologie si particulière, renforce l'idée d'une période à risque pour la jeune accouchée.

Lorsque l'accouchement se complique, entre autres par une HPP, la priorité du praticien auprès de la femme est de lui sauver la vie. Et il peut être légitime qu'il ne perçoive pas la souffrance psychique que cette femme vit en étant confrontée à sa propre mort. Elles semblent nombreuses à ne pas vouloir ou pouvoir en parler, aussi bien dans l'immédiat que bien plus tard. Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a édité de nouvelles recommandations, en 2012, à propos de la prévention et du traitement de l'hémorragie de la délivrance (2). En revanche, il n'est aucunement évoqué la notion d'une prise en charge ou un moyen de prévention de la santé psychologique des parturientes ou mères.

Parce que les origines des traumatismes sont très diverses et propres à chaque individu, certaines études récentes se sont penchées sur d'autres causes de mauvais vécu maternel. Pour illustrer ceci, l'American Journal of Gynecology and Obstetrics a publié en décembre 2019 une étude prospective sur l'impact psychologique d'une fausse-couche ou d'une grossesse extra-utérine (11). Une proportion inquiétante de femmes avait un état psychologique cliniquement défavorable (stress post-traumatique, dépression ou anxiété) à la suite de la perte d'une grossesse précoce. Pour illustrer ceci, les critères d'évaluation du stress post-traumatique ont été retrouvés chez 29% des femmes ayant eu une fausse-couche précoce après 1 mois et dans 18% après 9 mois. Depuis quelques années, dans les domaines médicaux, les modes de pensée se tournent de plus en plus vers le ressenti des patients, à la recherche d'une meilleure prise en charge pour un vécu amélioré de ce qui peut être traumatisant. C'est le cas dans notre domaine pour les violences obstétricales qui font l'objet de réflexions et de pistes d'amélioration de la prise en charge des patientes. Il s'agit donc de recherches récentes bien que la problématique soit loin d'être nouvelle pour les femmes qui accouchent.

En continuité avec ces idées, en réalisant une évaluation rétrospective dans une cohorte, une équipe de Floride a constaté que près de deux fois plus de stress post-traumatiques apparaissaient chez les femmes ayant eu une hystérectomie péripartum

d'urgence (intervention la plupart du temps liée à une hémorragie de la délivrance), et 2.5 fois plus à 6 mois du postpartum (12).

Quelques pistes évoquent l'idée que les troubles psychologiques du post-partum peuvent être causés de manière générale par un accouchement traumatique, et parmi lesquels ceux liés à une HPP. L'étude de Futura et son équipe, a cherché à évaluer le lien entre une cause de morbidité maternelle sévère (dont les hémorragies obstétricales en général) et l'installation d'un stress post-traumatique ou d'un dérèglement dans la santé mentale des femmes (13). Mais dans cette enquête, de qualité modérée, il n'a pas été possible de révéler si une hémorragie du post-partum pourrait engendrer un risque de SSPT plus important que chez les femmes indemnes de ces pertes sanguines importantes. Une question qui reste donc en suspens. Néanmoins, l'impact sur la morbidité postnatale est difficile à mettre en évidence, particulièrement concernant la santé psychologique. D'autre part, la thèse de médecine de Gisèle Greco montre que l'évaluation de ces effets indirects s'avère délicat mais que les situations du péri-partum et du post-partum sont en mesure d'induire un stress non négligeable à l'origine d'un état de stress post-traumatique (14). Donner la vie n'empêche donc pas certaines femmes d'être confrontées à leur propre mort, induisant parfois un traumatisme non sans lien avec une DPP et d'autres répercussions d'ordre psychologique. Ainsi pour ce travail, le stress post-traumatique, l'anxiété des femmes et la dépression seront les grands axes qui nous intéresseront.

Bien qu'un retentissement psychologique soit évoqué par beaucoup de praticiens de la périnatalité, les apparitions dans la littérature restent maigres sur ce sujet, d'où la volonté de se pencher sur ce thème non négligeable. L'incidence de cet impact et la réponse psychologique des jeunes mères n'ont pas fait l'objet de beaucoup d'enquête. Il est souvent dit de manière peut-être trop habituelle : « *bébé et maman vont bien* ». Alors la mission des praticiens s'arrête-t-elle lorsque les deux sont en bonne santé physique ?

Les données scientifiques évoquent de multiples facteurs amenant à une détresse psychologique bien que le peu de savoir sur la relation entre l'expérience des femmes de la naissance et l'apparition d'un syndrome traumatique met un frein à l'évolution de certaines pratiques. De surcroît, l'ESPT reste mal reconnu.

Ainsi nous posons la question de recherche suivante : une hémorragie de la délivrance peut-elle avoir des conséquences psychologiques, voire être traumatique, à moyen ou long terme sur la femme ?

L'objectif principal de ce travail est de faire un inventaire de la littérature, à partir d'articles qui expliquent le lien entre l'état psychologique des accouchées et leur hémorragie de la délivrance, aussi bien en immédiat et à distance de l'accouchement. Au-delà des résultats que nous obtiendrons, il pourrait être pertinent de s'intéresser au délai que mettent les femmes après l'accouchement pour parler de l'évènement. Ensuite, nous veillerons, si le lien est révélé et significatif, à le faire émerger et à communiquer ces résultats aux sages-femmes et autres professionnels de l'obstétrique, afin de les sensibiliser à cette lourde problématique de la post natalité.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE ET CRITERES DE SELECTION

Une revue systématique de la littérature a été effectuée entre le 14 août 2019 et le 20 août 2019, par l'intermédiaire de plusieurs bases de données. Dans le cadre de notre interrogation, la revue a pour but de préciser à quoi peut aboutir une HPP sur le plan psychique, les mécanismes y menant et les solutions à apporter.

Ont été sélectionnés les articles répondant aux critères de sélection présentés ci-dessous (Fig. 1).

<i>Critères d'inclusion</i>
<ul style="list-style-type: none">- Sujet de l'article correspondant à l'objectif- Revue scientifique ou article de recherche original- En anglais ou en français- Publié du 1^{er} janvier 2000 au 14 août 2019
<i>Critères de non-inclusion</i>
<ul style="list-style-type: none">- Article traitant exclusivement d'accouchements par césarienne- Article ne correspondant pas à un travail de recherche ou méthodologie non décrite- Article traitant uniquement du partenaire

Figure 1 - Critères de sélection de la littérature.

Il est à préciser que la recherche s'intéresse à l'impact possible sur la patiente et ou le couple, c'est pourquoi nous avons choisi de ne pas inclure les études traitant uniquement du partenaire. Les articles visés devaient avoir pour sujet principal, l'accouchement par voie basse. Ainsi nous avons fait le choix de rejeter les articles n'incluant que des femmes ayant eu une césarienne.

Le choix de limiter les recherches de 2000 à 2019 avait pour but de rassembler des résultats sur le vécu des femmes les plus représentatifs possible, dans les conditions de prise en charge obstétricale actuelles.

2. BASES DE DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES

2.1. PubMed

Les mots-clés identifiés grâce au thésaurus Medical Subject Headings (MeSH) ont été réparti en deux groupes de concepts, afin d’interroger PubMed (Fig. 2).

<i>Hémorragie de la délivrance</i>	<i>Impact psychologique</i>
"Postpartum hemorrhage" "Postpartum haemorrhage" "Obstetric hemorrhage" "PPH" "Hémorragie de la délivrance" "Hémorragie du postpartum"	"Posttraumatic stress" "PTSD" "Depression" "Anxiety" "Stress disorders" "Trauma" "Psychotrauma" "Emotional health problems" "Psychological impact" "Postpartum depression" "Postnatal depression" "Troubles" "Dépression du postpartum" "Posttraumatic stress syndrome"

Figure 2 - Groupes de mots-clés d’interrogation de PubMed.

Dans la requête, pour chacun des groupes, les mots-clés ont été associés par « OR » et les groupes entre eux par « AND », donnant l’algorithme suivant :

```

("Postpartum hemorrhage" OR "Postpartum haemorrhage" OR "Obstetric hemorrhage" OR
"PPH" OR "Hémorragie de la délivrance" OR "Hémorragie du postpartum") AND
("Posttraumatic stress" OR "PTSD" OR "Depression" OR "Anxiety" OR "Stress disorders"
OR "Trauma" OR "Psychotrauma" OR "Emotional health problems" OR "Psychological
impact" OR "Postpartum depression" OR "Postnatal depression" OR "Trouble" OR
"Dépression du postpartum" OR "Posttraumatic stress syndrome") AND (English[lang] OR
French[lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2019/14/08"[PDAT])
  
```

2.2. PubPsych

Le même modèle de recherche que pour PubMed a été effectué sur PubPsych mais en sélectionnant certains mots-clés (les autres n’étant pas identifiables par la base de données) :

Postpartum hemorrhage (Psychological OR Disorders OR Stress OR Anxiety OR Trauma OR Depression) PY>=2000 Py<=2019

2.3. CAIRN

Le terme “*Hémorragie de la délivrance*” a été utilisé en requête de CAIRN pour obtenir uniquement des revues en psychologie.

2.4. Cochrane Library

Nous avons réalisé une recherche dans la source Cochrane Library en associant “*Postpartum haemorrhage*” et “*Posttraumatique stress*” par l’intermédiaire du terme AND, sur titre, résumé et/ou mots-clés.

3. SELECTION DES ARTICLES

La recherche bibliographique reposait sur les critères Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). Une sélection en trois temps a été effectuée, d’abord par lecture des titres, par lecture des résumés et en texte entier en prenant compte des critères de sélection définis précédemment.

4. GRILLE DE LECTURE ET ANALYSE DES ARTICLES

Pour chaque article sélectionné, nous avons recueilli plusieurs informations facilitant l’analyse : son titre, sa date de publication, le lieu de l’étude, le nombre de participants, la méthodologie d’étude, l’objectif, ainsi que les principaux résultats.

A la suite de cela, nous avons proposé une gradation des études en nous appuyant sur la grille de la Haute Autorité de Santé (HAS) (Annexe I).

Enfin, afin d’évaluer la qualité des articles, nous avons recherché l’Impact Factor (IF) des revues les publiant.

RESULTATS

Au total 402 articles ont été retrouvés dans les bases de données et 390 après suppression des doublons. Une sélection en trois temps a été effectuée, d'abord par lecture des titres : 66 articles ont été conservés, et 28 après sélection par lecture du résumé. La lecture complète du contenu des articles a permis de retenir en définitive 14 travaux (Fig. 3).

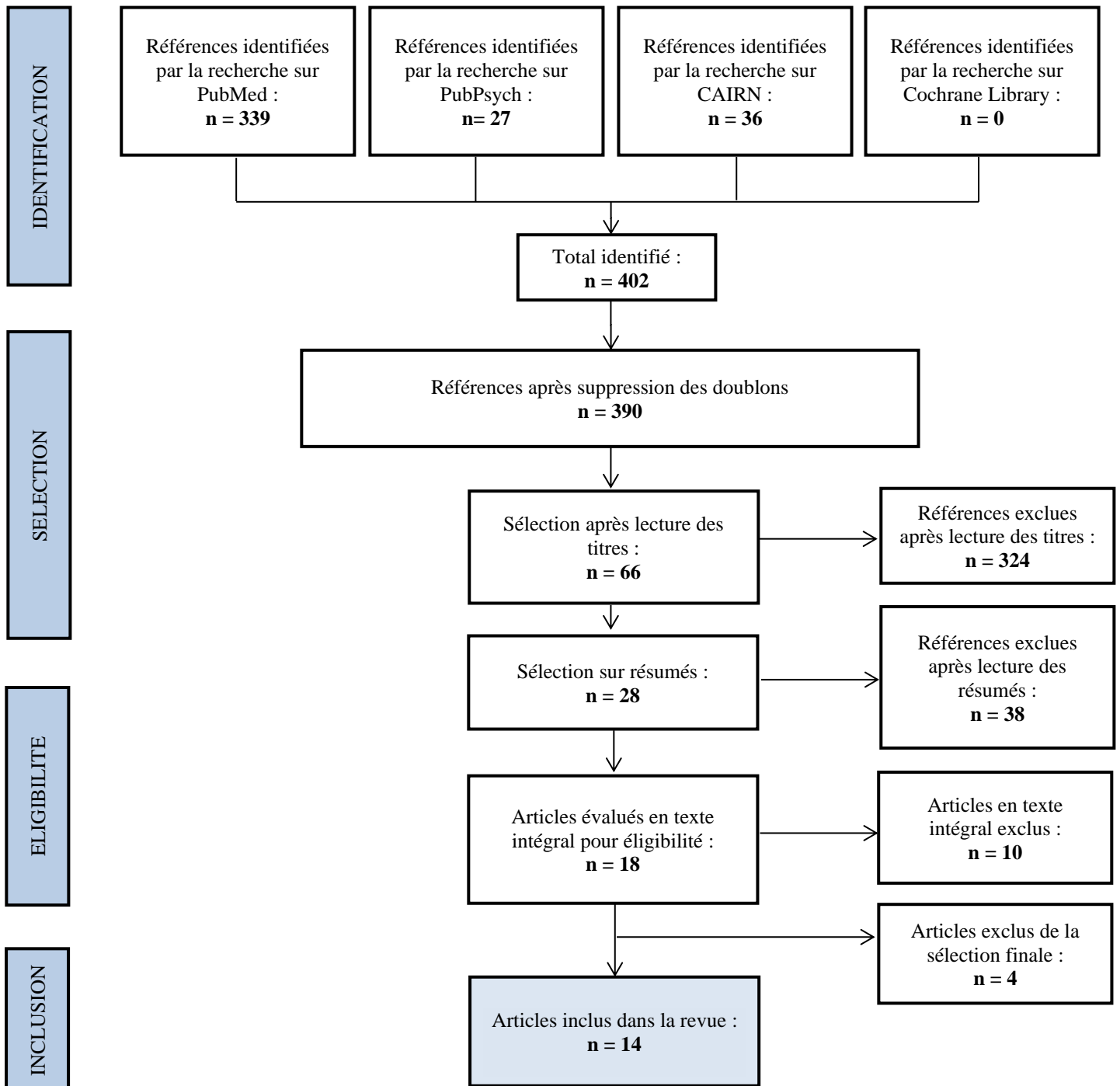


Figure 3 - Flowchart.

En ce qui concerne les articles exclus (15) (16) (17) (18) à la dernière étape de sélection, un tableau résume la raison de leur exclusion (Annexe II).

Les études retrouvées qui seront utilisées pour cette revue de la littérature sont les 14 suivantes :

- Posttraumatic stress disorder related to postpartum haemorrhage : A systematic review - *Zaat et al.* (19)
- Long-term psychological impact of severe postpartum hemorrhage – *Sentilhes et al.* (20)
- Etat de stress post-traumatique et hémorragie du postpartum – *Bouet et al.* (21)
- Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage a qualitative study – *Dunning et al.* (22)
- The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage a systematic review - *Carroll et al.* (23)
- Delineating the Association between Heavy – *Eckerdal et al.* (24)
- Between life and death women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy – *Elmir et al.* (25)
- Emotional impact of severe post-partum haemorrhage on women and their partners an observational, case-matched, prospective, single-centre pilot study – *Ricbourg et al.* (26)
- Is there an association between postpartum hemorrhage, interventional radiology procedures, and psychological sequelae? – *Gronvall et al.* (27)
- Major obstetric hemorrhage: a follow-up survey on quality of life of women and their partners – *Van Stralen et al.* (28)
- Risk factors for chronic posttraumatic stress disorder development one year after vaginal delivery : a prospective, observational study – *Sentilhes et al.* (29)
- Post traumatic stress disorder (PTSD) : The psychological sequelae of abnormally invasive placenta (AIP) – *Tol et al.* (30)
- Information-hungry and disempowered : A qualitative study of women and their partners' experiences of severe postpartum haemorrhage – *Snowdon et al.* (31)
- Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH) : A multicentre cohort study – *Thompson et al.* (32)

Nous avons fait le choix de réaliser une grille de lecture réunissant tous nos articles afin de faciliter leur analyse (Annexe III).

1. REPERCUSSIONS EVOQUEES

1.1. Santé émotionnelle et anxiété

Concernant la santé émotionnelle, les résultats de *Snowdon et al.* (31) indiquent que durant la crise hémorragique, toutes les participantes disaient faire face à une situation traumatisante et effrayante. Ce qui a confirmé la nature stressante et émotionnellement forte de l'HPP grave, dans cette étude. Les femmes reprochaient un ensemble d'actions envahissantes simultanées comme le fait de se voir enlever leurs vêtements, un massage utérin parfois douloureux et impressionnant. Dans cette continuité, les femmes avaient décrit dans les interviews réalisées par *Dunning et al.* (22), un sentiment de perte de contrôle, de confusion, d'anxiété et de déformation du temps, même si les femmes semblaient bien récupérer psychologiquement et émotionnellement de leur accouchement. Dans son enquête de 2011, l'équipe de *Sentilhes* (20) fait un constat sur le long terme : malgré une préservation de leur utérus, il peut y avoir un impact psychologique important. En effet, 42,1% déclaraient avoir des répercussions sur le long terme (comme le développement de phobies des hôpitaux ou du sang (pour 7,2%), de l'anxiété, ...), et 67,6% avaient des souvenirs négatifs de l'accouchement et du post-partum. Nous retrouvons des résultats similaires dans la recherche australienne de 2012 (25), où 6 femmes sur 21 ont eu des flashbacks suite à l'accouchement. Ce qui semblait choquer le plus les femmes était que l'accouchement puisse comporter des risques pour elles. Ensuite, en 2019 en Finlande *Grönvall et al.* (27) ont interrogé les femmes pour savoir s'il existait un lien entre une HPP, les procédures interventionnelles associées et des éventuelles séquelles associées. En résultat, ils ont établi que 63% des mères développaient des séquelles psychologiques, mais également que 67% décrivaient leur accouchement comme effrayant, traumatisant, chaotique et douloureux.

En regardant d'autres conclusions dont celle de *Thompson et al.* (32), nous nous apercevons que toutes les études ne sont pas unanimes. Effectivement, cette dernière révèle que les scores d'anxiété des mères et de santé émotionnelle sont similaires à la population post-natale générale. La cohorte questionnée par *Van Stralen* et son équipe (28) ne faisait pas apparaître de corrélation significative entre une hémorragie obstétricale majeure et le développement d'un trouble psychologique, en comparaison avec un groupe témoin.

1.2. Sentiment de mort imminente

Une autre caractéristique décrite dans de nombreux articles est la sensation de mort. Les femmes craignaient pour leur vie au moment de l'HPP et 15 sur 21 ont même déclaré ressentir un sentiment de mort imminente (se sentant désespérées par la quantité de sang qu'elles perdaient), dans l'étude d'*Elmir et al.* (25). Statistiquement c'est en 2011 que *Sentilhes et al.* (20) mettent en évidence que 35,3% des interrogées en post-partum craignaient de mourir pendant leur accouchement. Moins révélé par l'enquête observationnelle de *Gönnvall et al.* (27), on remarque tout de même que parmi les 63% de séquelles psychologiques retrouvées, la peur de mourir apparaît également.

1.3. SSPT

La méta-analyse de *Zaat et al.* (19) explore les liens entre l'HPP et les symptômes de stress post-traumatique. Ainsi ils en ont conclu qu'il pourrait y avoir une corrélation entre les deux événements, sans que les résultats soient réellement concluants. Trois des études incluses dans la méta-analyse hollandaise n'ont fait état d'aucune association et deux ont montré une plus grande probabilité de développer un SSPT ou des symptômes de SSPT. Un an après, les chercheurs *Bouet et al.* (21) montraient des résultats proches : plusieurs des études retrouvées dans leur revue de la littérature prouvaient un lien significatif entre les complications de l'accouchement (dont la délivrance artificielle, souvent corrélée à l'HPP) et un état de stress post-traumatique. Encore une fois, pour l'étude prospective de *Ricbourg et al.* (26), en voulant estimer l'impact émotionnel de l'HPP sur les femmes et leurs partenaires, les statistiques se sont révélées non significatives. L'évaluation des situations traumatisantes par l'Impact of Event Scale Revised (IESR) montre un score plus élevé chez les femmes avec une HPP par rapport au groupe témoin à 1 et 3 mois. Avec toutefois une diminution du score dans le temps : ils avaient obtenu des résultats supérieurs à 30 pour cette échelle d'évaluation pour 45% des participantes avec une HPP contre 19% du groupe contrôle ($p=0,08$) à 1 mois, ainsi que 23,5% (groupe HPP) contre 12,5% (groupe contrôle) à 3 mois ($p=0,47$) (Fig. 5). Ensuite, l'échantillon de *Sentilhes et al.* (29) ne permet pas de démontrer un lien entre l'HPP et un SSPT, bien que ce dernier ne soit pas rare un an après l'accouchement par voie basse dans une population à faible risque de détresse psychologique.

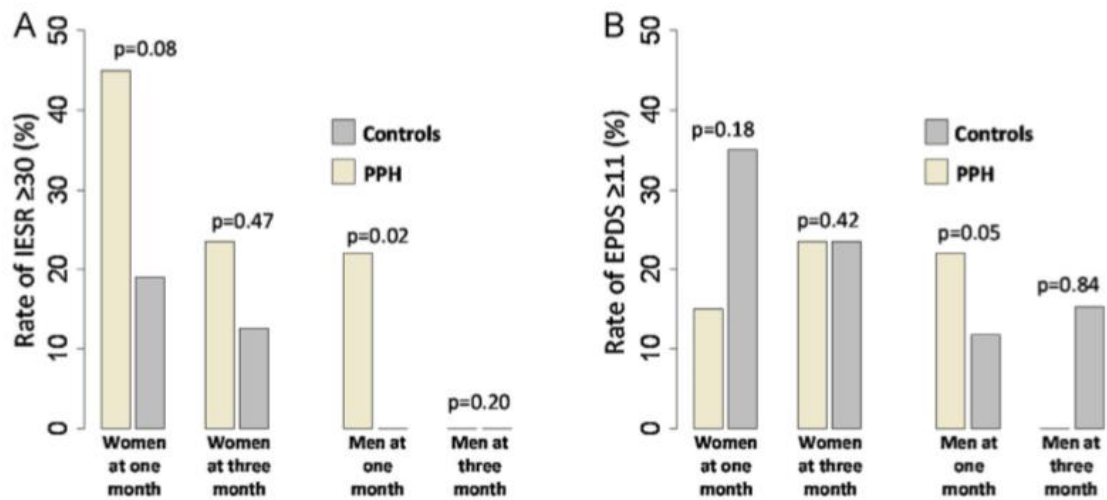


Figure 5 - Scores à l'Impact of Event Scale-Revised (IESR) et à l'Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) chez les femmes et leurs partenaires à 1 et 3 mois de l'accouchement (26).

Une expérience de naissance traumatisante et inattendue est, selon un article anglais (*Tol et al. (30)*), associée à un risque accru de développer un syndrome de stress post-traumatique. A la suite d'un classement dans des zones à risque de SSPT, 7 femmes étaient à haut risque après une HPP sur les 22 (et 13 à risque faible). Les résultats sont référencés en Figure 6.

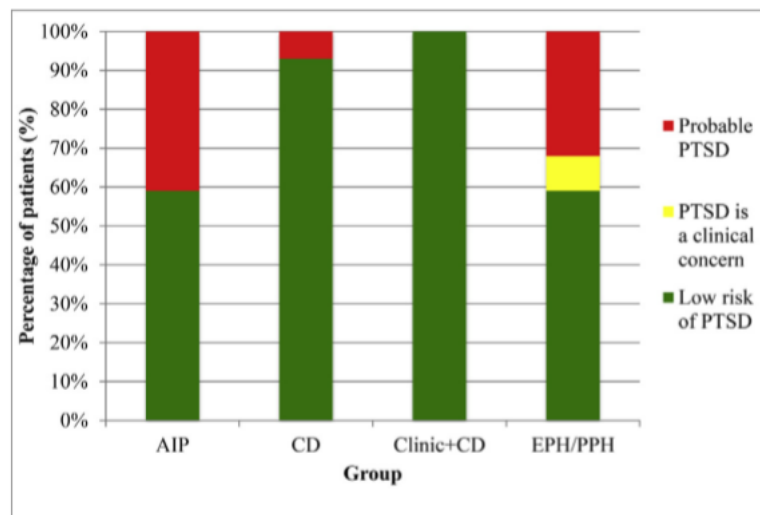


Figure 6 - Pourcentage de femmes dans chaque catégorie de risque selon leur score à l'Impact of Event Scale - Revised (IES-R) (30).

Par ailleurs, 18% des femmes ayant répondu au questionnaire de *Grönvall et al.* (27) ont fait état de symptômes de SSPT, et dans un cinquième des cas, les séquelles psychologiques étaient compatibles avec le SSPT. De plus, *Carroll et al.* (23) affirmaient que parmi les morbidités persistantes en post-partum après une HPP, ce type de stress apparaissait chez 3% des femmes. Des conclusions similaires à celles de *Thompson et al.* (32) : en effet ils ont pu retrouver 5% de SSPT à 2 mois de l'accouchement, ainsi que 3% à 4 mois.

1.4. Dépression du post-partum

Encore une fois les résultats divergent grandement concernant le risque de dépression du post-partum. En effet, en tentant d'explorer la corrélation entre une HPP et une DPP, les chercheurs suédois (*Eckerdal et al.* (24)) n'ont pas permis de mettre en évidence ce lien. Selon eux, aucune différence significative ne voyait le jour par rapport à un groupe contrôle, bien que les conséquences psychologiques de l'hémorragie comprenaient les symptômes de détresse du post-partum et une expérience négative de l'accouchement qui ont été liés à un risque accru de DPP. L'HPP n'aurait pas d'effet négatif direct sur la dépression mais aurait directement augmenté le risque de celle-ci par l'anémie et un mauvais vécu de la naissance. De même, les observations de *Thompson et al.* (32) faisaient émerger 11 à 13% de femmes exposées au risque de DPP à 2 et 4 mois, respectivement, ce qui sont des statistiques équivalentes à celles de la population générale en post-partum.

Dans la cohorte de *Ricbourg et al.* (26), c'est même un effet inattendu qui apparaissait : les femmes ont révélé moins de symptômes de dépression post-natale et sans différence significative avec la population d'accouchées générale.

A contrario, 13% de dépressions ont été découvertes parmi les morbidités persistantes après une HPP par *Carroll et al.* (23). *Elmir et al.* (25), dans leur objectif de décrire le vécu des femmes ayant eu une hystérectomie en urgence pour une hémorragie de la délivrance, ont établi que 9 des 21 femmes qu'ils ont pu interroger avaient des symptômes de dépression. Ce résultat n'a pas été comparé à un groupe témoin. La dépression du post-partum a pu être retrouvée parmi les 63% de séquelles dans l'étude de *Grönvall et al.* (27).

1.5. Relation mère-enfant

Un autre point apparaissant rarement, mais cependant intéressant, était la différence de lien mère-enfant entre une population tout-venant et les femmes ayant eu une HPP. Si selon les données françaises il n'est pas établi de différence significative pour cette relation ni d'évolution dans le temps à la suite d'une hémorragie de la délivrance (26), 8,8% des femmes décrivaient comme principal souvenir la séparation avec leur nourrisson selon *Sentilhes et al.* (20). Ainsi, un éloignement mère-enfant pourrait être vécu comme difficile pour la mère et leur partenaire.

1.6. Grossesses ultérieures

Ensuite, 3 études ont émis des réflexions sur le désir ou le déroulement de future grossesse pour ces femmes ayant eu une HPP. En premier lieu, l'article de *Grönvall et al.* (27) indique que pas moins de 46% des interrogées ayant eu une grossesse par la suite se sont senties anxieuses à l'égard de la conception et ont ensuite eu peur pendant la grossesse et l'accouchement. De plus, à la crainte d'une HPP récurrente, 6 des 14 femmes n'ayant pas eu d'autre enfant n'avaient aucun désir de grossesse. Des résultats concomitants avec ceux de *Thompson et al.* (32), décrivant un changement négatif important concernant le souhait de grossesse future entre la période prénatale et le post-natal. De même, en 2011, l'enquête française (*Sentilhes et al.* (20)) faisait ressortir des résultats similaires, indiquant qu'en cas de grossesse par la suite, les risques de stress gestationnel et de dépression sont importants. 20,6% ont décidé de ne pas retomber enceinte, certaines femmes ayant déclaré qu'elles ne souhaiteraient pas garder une grossesse non planifiée. D'autres qu'elles avaient mis fin à la grossesse suivante à cause de cette crainte. 52,9% ont déclaré qu'elles avaient de manière intentionnelle retardé une grossesse suivante par peur d'une récurrence d'HPP. De plus, sur les 15 femmes qui ont eu une grossesse à terme, 9 ont dit avoir subi une anxiété intense pendant la gestation (6,7% développant une dépression périnatale).

1.7. Relation de couple et sexualité

Face à cet accouchement traumatique, d'autres chercheurs se sont intéressés au couple de manière plus globale. Les partenaires de femmes ayant subi une HPP ont obtenu un score à l'Impact of Event Scale significativement supérieur que le groupe témoin à 1

mois dans la cohorte réunie par *Ricbourg et al.* (26) : 22% contre 0% chez les témoins ($p=0,02$). En outre, les couples exprimaient des problèmes de communication au moment de l'évènement hémorragique, dans le post-partum et par la suite, selon l'étude anglaise de 2011 (*Snowdon et al.* (31)). Il en ressort également que les partenaires craignaient pour la vie de leur compagne, avec un sentiment d'impuissance (peur pour l'avenir du bébé, séparation de leur femme et exclusion de la situation). C'est aussi une conclusion de *Dunning et al.* (22) : en effet, la séparation du couple et/ou de l'enfant a été vécue comme une difficulté pour les femmes mais aussi pour leurs compagnons. Certains couples n'avaient pas conscience des pertes physiologiques pour un accouchement, et donc de l'HPP. De leur côté, encore une fois, le travail de *Sentilhes* (20) nous démontre que des problèmes sexuels surviennent chez 5,8% des femmes par la suite de l'HPP, et 5,9% ont estimé qu'il leur était impossible d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire pendant au moins un an après leur accouchement. 4,4% ont même considéré que cet évènement avait contribué à leur divorce. 19,1% des femmes estimaient que leurs partenaires ont eu un vécu négatif de l'accouchement et du post-partum, parlant d'une sensation d'impuissance face à la situation et surtout ne pas vouloir que leur femme retombe enceinte. Des difficultés sexuelles et conjugales étaient également constatées en 2019 (*Grönvall et al.* (27)), 18% des jeunes accouchées ayant fait état de dyspareunies.

2. METHODES D'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE UTILISEES

Plusieurs méthodes d'évaluation du ressenti des femmes ont permis la réalisation de ces études. Si certains chercheurs ont choisi des entretiens téléphoniques, interviews, ou des questionnaires établis par eux même, d'autres équipes ont eu recours à des échelles d'analyse psychologique. Nous les avons listées ci-dessous :

<ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (PCLS) - Impact of Event Scale - Revised (IES-R) - PTSD Symptom Scale for DSM-5 (PSS-I-5) - PTSD CheckList – Civilian Version (PCL-C) - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Mother to Infant Bonding Scale 	<ul style="list-style-type: none"> - RAND-36 - Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) - Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Milligan's 10-item Scale - Posttraumatic stress disorder Checklist DSM-5 (PCL-5) - General Health Survey Scale
---	---

DISCUSSION

1. PROVENANCE DES ETUDES ET PUBLICATION

Nous retrouvons une diversité évidente de pays où ont été réalisées les études, même si la grande majorité vient d'Europe. Elles sont issues de France, du Royaume-Uni, des Pays-Bas, d'Irlande, de Suède et de Finlande. Enfin deux des études ont été réalisées en Australie et Nouvelle-Zélande, ce qui révèle un intérêt mondial de ce sujet et qui permet de confronter plusieurs types de prise en charge.

Un élément remarquable est la période de publication des études. Nous pouvons noter qu'elles sont très récentes puisque toutes apparaissent après 2011 (Fig. 7), ce qui va de pair avec l'attention grandissante portée sur le ressenti des femmes enceintes et des mères.

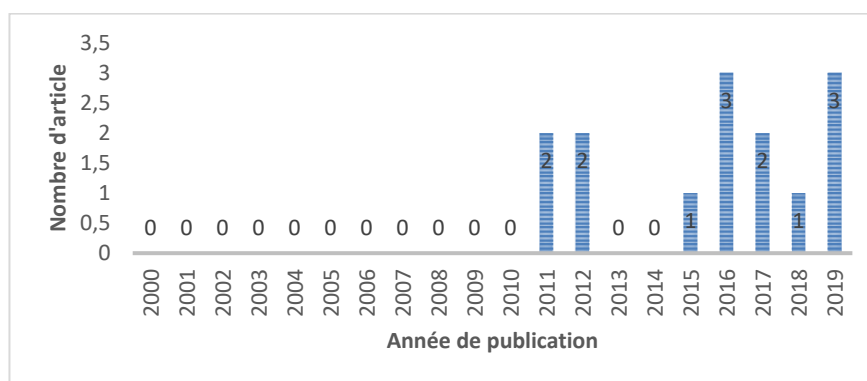


Figure 7 - Répartition des dates de publication des études incluent dans la revue.

2. ARGUMENTATION AUTOUR DES DIFFERENTS IMPACTS

Comme nous avons pu le voir, les résultats en termes de risque de stress post-traumatique en post-partum après une HPP ne sont pas homogènes : les études sont peu nombreuses à se rejoindre. Un phénomène expliqué entre autres par le fait que ce syndrome est difficilement repérable, qu'il y a eu la plupart du temps un faible échantillon de patientes, mais aussi que les moyens de repérer le SSPT ne sont pas les mêmes. Il se déclare également à différents degrés d'intensité. Toutefois, les scores d'échelles

psychologiques pour le SSPT se révélèrent globalement plus élevés pour les patientes ayant vécu cette complication. Mais nous avons pu noter que l'apparition de cette conséquence psychologique n'est pas nécessairement corrélée avec l'intensité de la perte sanguine, mais plutôt par la prise en charge au moment de l'hémorragie et en post-partum. Les facteurs confondants sont nombreux. En effet, le fait que l'accouchement comporte par exemple une extraction instrumentale, en plus d'une hémorragie, peut de manière compréhensible devenir un élément interférent. Il est alors plus complexe de connaître, à plusieurs mois du post-partum, l'origine du traumatisme psychologique, mais aussi plus aisé que les événements se regroupent dans les souvenirs. Le fait pour la femme de reparler ou d'avoir la possibilité d'être en relation par la suite avec un professionnel sensibilisé à cette problématique a été vécu comme bénéfique. Cependant les données recueillies ont bien montré que le partenaire était également touché par ce trouble post-natal. Effectivement, il peut se voir confronter, en complément d'une difficile arrivée au monde de son enfant, à l'angoisse de la perte possible de sa compagne. Ensuite, de manière similaire, les troubles émotionnels et l'anxiété entrants dans cette problématique maternelle du post-partum ne sont pas décrits dans tous les résultats des études.

Au-delà de la traumatique sensation de se vider de son sang, le rapport à son propre corps se voit changer et peut accentuer la fragilité psychique. Ce n'est pas une nouveauté de dire que la femme est susceptible de ne plus avoir la même image de son corps, et particulièrement de son périnée après un accouchement. La femme doit rééduquer sa psyché à une anatomie changée, à un vagin plus distendu (27). Ce phénomène a été bien décrit dans l'étude de cohorte de *Van Stalen et al.* (28) : les chercheurs avaient demandé aux femmes de dessiner leur utérus pendant une embolisation (consécutive à une HPP) et après (Annexe IV). On y voit bien que la vision de cet organe varie : empli de sang ou parsemé de cicatrices.

Par ailleurs, il paraît cohérent de rajouter à cela une sensation de dépossession de soi entraînée par une situation hémorragique. En effet, non seulement cette complication peut faire ressentir une mort imminente mais en plus de cela on retrouve la dépossession du corps. Il s'agit d'une situation d'urgence vitale à caractère rapide, dont la femme peut ne pas en comprendre la gravité de la complication dès ses prémisses. Le fait par exemple de ne plus avoir pouvoir sur son corps, par des gestes ou des actes faisant intrusion dans l'intimité maternelle (révision utérine, déshabillage, injection d'anesthésiques), accentue cette retrouvaille avec son corps parfois difficile en post-partum. Ce qui implique des

conséquences sur la sexualité comme nous avons pu le retrouver dans notre littérature. Les études sont unanimes sur la notion de sexualité perturbée en cas d'hémorragie de la délivrance : cela passe entre autres par des dyspareunies comme évoquées par *Grönvall et al.* (27), ou encore la crainte directe du rapport sexuel qui pourrait induire une nouvelle grossesse et en conséquence un nouveau risque d'HPP. Le périnée féminin n'est parfois plus vu par la femme comme une zone dédiée à la sexualité, mais plutôt comme le lieu d'un profond trauma. Dès que l'homme s'approche, il est légitime de comprendre que le traumatisme sur la peau vécu au moment de l'hémorragie ressurgisse et faisant réémerger l'effraction sur le psychique maternel. C'est donc un rapport à l'image de son corps changé pouvant avoir pour conséquences la perturbation de la vie intime du couple.

En outre, des bilans peu attendus concernent le désir d'une grossesse future. Trois des études recueillies ont évoqué ce thème et toutes sont en accord pour affirmer que cette envie se voit troublée après une HPP. Le désordre psychique induit accentuerait l'anxiété de la grossesse suivante et les femmes ne souhaiteraient pas retomber enceinte pour ne pas risquer de revivre l'évènement (20).

Une fois passée l'euphorie de la naissance, la notion de dépression du post-partum est susceptible de voir le jour. Ce trouble psychique de la femme venant d'accoucher a également été étudié dans quelques-unes de nos études retrouvées. Effectivement, les avis sur la corrélation des deux évènements divergent encore une fois, ce qui est probablement dû à la différence de prise en charge de la femme au moment de l'HPP et en post-partum (suivi psychologique ou non, entourage, ...). Mais cette variation de résultats trouve aussi son explication dans les différentes échelles de mesure de la DPP utilisées : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale ou les questionnaires librement établis par les scientifiques. Cependant, comme précédemment, le conjoint est également touché dans certains cas par cette crise du post-partum. La dépression du partenaire, bien que moins présente que celle de la mère, est justifiée par le fait que celui-ci est le plus sollicité par la femme pour reparler de l'évènement, comme l'expliquait l'analyse de *Thompson et al.* (32). Aussi, de manière plus générale, ce phénomène a déjà été repéré par des auteurs. Le psychiatre français Jacques Dayan explique par exemple que « le père dont la conjointe est déprimée le serait lui-même plus souvent qu'un autre père » (33). Ainsi très simplement, une femme avec une hémorragie de la délivrance serait plus à risque de faire une DPP et donc potentiellement d'induire des troubles dépressifs à son partenaire, provoquant des difficultés dans la vie du couple.

3. CADRE TEMPOREL DES REPERCUSSIONS

Nous pouvons dire qu'il est difficile de comparer les résultats obtenus puisque les différentes études n'ont pas nécessairement été effectuées au même instant dans le post-partum. Parfois les interrogations ont été posées 2 jours après l'accouchement puis à nouveau 1 an après (29), ou encore à 2 puis 4 mois (32). Certains auteurs ont, pour leur part, plutôt opté pour la mise en place de questionnaires que les patientes pouvaient rendre lorsqu'elles le désiraient, comme c'est le cas dans les études de *Grönvall et al.* (27) (entre 25 et 127 mois du post-partum) et *Sentilhes et al.* (20) (entre 12 et 152 mois du post-partum). Il est évident que ceci représente une limite à la confrontation des résultats, mais nous montre probablement un plus large panel d'impact. En effet, nous avons pu voir que les répercussions sur la femme ne dépendent pas forcément du vécu au moment de l'hémorragie : il varie aussi dans le temps après la naissance et ne s'exprime pas de manière similaire.

4. ACTEURS PRINCIPAUX

4.1. Soutiens évoqués et expression du vécu de l'accouchement hémorragique

La suite de la discussion nous amène sur un point important : les professionnels jouent un rôle dans la prise en charge des femmes en post-partum ou au moment de l'évènement hémorragique. Dans les études que nous avons regroupées, un suivi psychologique par la suite n'était qu'exceptionnellement proposé ou bien rarement mentionné. L'analyse française de *Sentilhes et al.* (20) avait mis à disposition un accompagnement psychologique pour 66,2% des patientes avec une HPP en hospitalier, mais plus de la moitié ont refusé. La proposition était de voir un psychologue 2 mois après l'accouchement pour évaluer les répercussions sur le couple. Mais il s'en est résulté que la majorité des femmes ne souhaitaient pas à longue distance de l'accouchement, voir un professionnel en psychologie. Cette constatation est faite alors que les patientes avaient reconnu avoir aimé en rencontrer un pendant les premiers jours du post-partum si cela avait été proposé. Du côté de *Grönvall et al.* (27), 29% des participants avaient déclaré ne pas avoir bénéficié d'un soutien professionnel après leur sortie de maternité, et

seulement 2 sur 49 avaient vu un psychologue. Ainsi, les patientes ne semblent pas réellement exprimer leur vécu d'un accouchement difficile, même si comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, ceci reste subjectif et personne-dépendant. Cette problématique ne viendrait alors pas d'un manque de proposition de suivi auprès de ces femmes mais plutôt d'un manque d'information sur l'importance du suivi, notamment pour les accouchements difficiles. De plus, la proportion de mères souhaitant un suivi psychologique reste faible, selon nos études : 40% ont exprimé leur ressenti à un professionnel dans l'enquête de *Thompson et al.* (32). Dans cette même étude, les partenaires étaient les plus sollicités par les femmes pour évoquer leur santé mentale dans les 4 mois du post-partum (pour 81,4% des interrogées). A contrario, 3% en parlaient à leur obstétricien à 4 mois (12,3% à 2 mois), 1,2% à leur sage-femme à 4 mois (8,2% à 2 mois), 28,8% à 4 mois à leur médecin généraliste (40,4% à 2 mois), et le psychologue était sollicité pour environ 5% d'entre elles. Une constatation simple : les professionnels concernés par la périnatalité seraient plus sollicités pour discuter de la santé physique que mentale.

Des difficultés de communication sont mentionnées par les mères, voire par toutes les femmes interrogées dans une étude (31), pourtant il a été vérifié que toute explication sur l'HPP aussi brève soit-elle était comprise et acceptée par les femmes. Mais alors pourquoi les obstétriciens et les sages-femmes communiquent-ils aussi peu dans les suites de l'HPP ? C'est cette question qui nous amène à évaluer le suivi multidisciplinaire proposé de manière général en post-partum. A cet égard, les femmes ayant consulté un psychologue en post-partum, dans l'étude de *Grönvall et al.* (27), ont déclaré aux chercheurs ne pas avoir reçu un soutien satisfaisant, et pour trois interrogées, que leur visite post-natale avait été décevante du point de vue de la prise en charge émotionnelle. La principale raison était que l'obstétricien qui avait réalisé l'accouchement n'était pas présent. De plus, toujours dans cette même enquête, 29% avaient été en contact avec leur gynécologue ou leur médecin généraliste privé et ont par la suite été orienté vers un psychologue ou un thérapeute sexuel. Ce suivi psychologique, même s'il aura son importance, ne peut pas venir en lieu et place d'un accompagnement, d'un temps de parole spécifiquement avec le médecin ou la sage-femme pour reprendre le déroulement de l'accouchement de la patiente et ses complications.

Pour finir sur ce point, nous émettons l'hypothèse que l'HPP est un évènement peu ou mal connu des couples attendant un enfant. La moitié des patientes et leurs

partenaires n'étaient pas informées par le personnel soignant de l'hémorragie au moment de sa survenue et auraient aimé obtenir plus d'information à ce moment précis ou bien pendant le post-partum (22). Cela signifie-t-il qu'une information sur ce risque hémorragique et ses conséquences pourrait alors être diffusées avant l'accouchement ? Et cette information pourrait-elle limiter le risque de séquelles psychologiques chez les accouchées ? A ce titre, nous gardons à l'esprit que ceci est dépendant de chaque patiente et il apparaît que certaines d'entre elles préfèrent ne pas connaître les risques obstétricaux afin de limiter l'angoisse pendant la grossesse, même si la naissance se révèle bien loin de leur idéal d'accouchement. Effectivement, la littérature scientifique reste malheureusement pauvre sur ce sujet : il est difficile de dire si les patientes seraient plus en sécurité psychologique en post-partum après avoir eu ces informations lors des consultations prénatales (ou préparation à la naissance) ou non.

4.2. Satisfaction de l'information donnée aux patientes et aux couples et conséquences

Pour la femme qui vit une hémorragie de la délivrance, l'importance de donner un sens à la situation fait émerger un besoin de connaissance des risques de l'accouchement. Celui-ci passe par l'information par les professionnels de la périnatalité des risques obstétricaux ainsi que les interventions possibles en découlant. Une demande des femmes d'avoir plus d'informations à ce niveau reste très visible dans nos articles, faisant découler des propositions de prise en charge des patientes ou couples. Par exemple, une des études françaises suggérait de prévoir avec le médecin ou la sage-femme qui avait traité l'HPP, une consultation 2 mois après afin de discuter des questions possibles du couple et d'évaluer l'impact psychologique de l'accouchement. Mais aussi au moment de la gestion de l'évènement, d'informer le partenaire et la patiente de la situation (cause de l'HPP, conséquences à long terme du traitement pour un futur accouchement), et de proposer la visite d'un psychologue dans les jours suivants (20). L'importance pour la femme de donner un sens à l'évènement est frappant parfois (recherches internet, ...) et son conjoint a souvent besoin de plus de renseignements, surtout lorsqu'ils ont été séparés à ce moment donné. Mais nous gardons encore une fois à l'esprit que ce besoin est dépendant de chaque femme/couple, bien que la privation totale d'information semble accentuer la mauvaise expérience de cette hémorragie de la délivrance.

5. COMPARAISON DES RISQUES PSYCHOLOGIQUES

Notre souhait a été de mettre en comparaison les troubles que nous avons retrouvé dans notre revue littéraire avec ceux rencontrés dans la population générale des femmes en post-partum. Ainsi, en prenant la dépression post-natale, les données d'obstétriques convergent pour dire que ce phénomène se produit chez 10 à 20% des accouchées, selon la revue *La psychiatrie de l'enfant* (34) (une proportion variable selon la période du post-partum prise en compte : de 1 mois à 1 an). Or nos études médicales faisaient état de 11 à 13% de DPP en cas d'HPP. Ces statistiques sont bien évidemment très critiquables étant données les nombreux biais existants : critères diagnostic différents, période du post-partum non équivalente, etc. Puis, l'autre trouble de la composante psychique que nous avons évoqué, le SSPT, semblait intéressant à confronter. Sur ce thème, une revue de la littérature du Centre d'études et de recherches en psychopathologie toulousain a relevé que 1,3 à 6% des accouchements classiques étaient susceptibles d'induire cet état de stress post-natal (35). Par rapport à ce que nous avons pu observer lorsqu'il était question d'une HPP, nous notons que certaines études faisaient part de ces mêmes chiffres, alors que d'autres montraient un pourcentage bien plus élevé. C'est le cas de l'observation finlandaise de *Grönvall et al.* (27) estimant à 18% le taux de femmes présentant des symptômes de SSPT. Une augmentation également visible chez *Ricbourg et al.* (26) ainsi que *Tol et al.* (30). Ce qui amène sur la réflexion autour d'une des hypothèses posées au début de ce travail : le vécu d'une hémorragie de la délivrance ne serait pas totalement sans conséquences sur la psyché maternelle, en comparaison avec un accouchement classique. Bien que la confrontation d'expériences reste une chose délicate tant elle est biaisée, mais il semblait important d'y faire un point.

6. QUALITE DE LA REVUE SYSTEMATIQUE

6.1. Evaluation de la qualité des travaux recueillis

L'appréciation des articles par les grades de recommandation de la HAS et par l'IF avait pour but de nous donner des indications sur la qualité de ces études. Dans un premier temps, la gradation HAS permet de se rendre compte que peu d'articles sont au plus haut grade (Grade A : preuve scientifique établie) : trois publications seulement. Ce phénomène s'explique par le fait que l'analyse de toutes retombées psychologiques, quel

que soit le domaine, est permise majoritairement par des études rétrospectives et donc à faible niveau de preuve. Ensuite, l'évaluation du nombre de citations de chaque article, via l'IF, reste une méthode de mesure de la bibliographie scientifique avantageuse pour comparer les articles dans tous les pays de manière équivalente. La grande majorité a un IF supérieur à 2, ce qui montre une reconnaissance dans le monde scientifique moyenne à bonne des revues de publication de ces études. Cette bibliométrie est naturellement quelque peu biaisée puisqu'elle ne prend pas en compte le domaine de recherche (variations importantes d'un domaine à un autre) et elle est susceptible d'être manipulée par certains auteurs. Mais en la couplant avec la gradation de la HAS, nous observons que les études recueillies sont globalement de qualité moyenne.

6.2. Forces et biais généraux

Puisque notre sujet portait sur les retombées psychologiques d'un évènement, les méthodologies de la majorité des études étaient rétrospectives et basées sur une interprétation subjective, ce qui réduit la force de notre revue. De la même manière, les articles n'étaient pas en concordance pour donner une définition identique et claire de l'HPP, rendant difficile leur comparaison par un recrutement postnatal non identique par exemple. Ce recueil de données avait, en revanche, comme atout de regrouper des études de provenances très diverses se traduisant par une hétérogénéité des pratiques obstétricales et prises en charge qui malgré tout nous apportait globalement des résultats concordants. La même conclusion est faite en ce qui concerne les différentes échelles d'évaluation psychologiques : bien que leur diversité induit des difficultés à comparer les résultats obtenus, cela nous a mené à des synthèses semblables. Malgré de nombreuses précautions méthodologiques prises, il persiste un biais de publication. Il reste en effet difficile d'être d'une parfaite exhaustivité lors du recueil des articles, de par le choix des bases de données.

Ensuite, le traitement cognitif d'une information est également une des limites entravant la fiabilité de certains résultats. Effectivement, il est facile pour ce genre de problématique de retrouver un biais dû au jugement des observateurs, et en plus de cela la mémoire des femmes peut être troublée. Le peu de recul scientifique sur ce sujet est également une des forces de notre travail puisque les études étaient appliquées sur des pratiques et prises en charge médicales actuelles. Par ailleurs, c'est une démonstration de l'intérêt grandissant pour cette problématique postnatale.

CONCLUSION

L'hémorragie de la délivrance, urgence obstétricale si redoutée lors d'un accouchement, fait l'objet de nombreuses études améliorant au fil du temps sa prise en charge médicale. La période du post-partum qui s'ensuit est susceptible d'être le foyer d'émergence de troubles anxieux. L'évidence même que l'accouchement peut être la cause d'un traumatisme psychique est de plus en plus perçue dans le monde de l'obstétrique, ne faisant plus de cet instant une expérience positive pour toutes les femmes.

C'est pourquoi notre objectif était de balayer la littérature internationale afin de rechercher l'impact psychique possible d'une HPP à différents moments du post-partum. Par le biais d'une revue systématique où nous avons recueilli 14 études de 2000 à 2019, les constatations étaient diverses. Les résultats en matière de stress post-traumatique, à proprement parler, n'étaient pas franchement unanimes, les études ne trouvant pas toute de manière évidente un lien avec l'HPP. Il en était de même pour les autres troubles thymiques du postpartum. Mais les conclusions qui ont pu attirer notre intérêt étaient celles concernant la relation du couple et le désir de grossesse future après cette expérience. Les partenaires témoins se voyaient particulièrement touchés psychiquement par l'évènement hémorragique, et la sexualité du couple en était impactée. De la même façon, la difficulté pour les accouchées de projeter une grossesse à venir faisait lien avec l'hémorragie ayant eu lieu.

Ainsi, ces résultats sont en concordance avec les hypothèses de nombreux observateurs et nous ont permis de répondre en partie à notre question de recherche de départ : l'hémorragie de la délivrance n'est pas sans séquelles psychologiques, à plus ou moins long terme, sur les femmes.

Notre rôle en tant que sage-femme s'avère déterminant dans ce genre de situation, autant pour prévenir que pour assurer un suivi adéquat pour ces accouchées. Et nous avançons l'idée d'intégrer un temps de débriefing aux soins, avec la possibilité de pouvoir réévoquer l'évènement : ce qui pourrait n'être que bénéfique à ces femmes, et au couple en général.

Il est évident après ce travail que les études sur ce domaine si particulier doivent être approfondies et que les professionnels de la périnatalité ne peuvent plus y rester étrangers. Pour finir, un prochain travail de recherche consisterait à aller à la rencontre de ces patientes, à les interroger directement sur leur vécu de l'HPP, et évidemment à plus grande échelle que ce que nous avons pu retrouver.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNEMM. Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du CNEMM 2007-2009 [en ligne]. [cité 27 novembre 2019]. Disponible sur : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève : OMS; 2015.
3. Cremniter D, Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. EMC - Toxicol-Pathol. 2005; 2(4): 178-84.
4. Psychomédia. Définition : Stress post-traumatique [en ligne]. 2013 [cité 27 novembre 2019]. Disponible sur : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/stress-post-traumatique>.
5. Cramer B. Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? Devenir. 2002; 14(2): 89.
6. Murray L, Cooper P. The role of infant and maternal factors in postpartum. Arch Dis Child. 1997; 77(2): 99-101.
7. Congrès Encéphale : le suicide, premier motif de mortalité maternelle à un an. 23-25 janvier 2019 ; Paris, France. Paris : UEMS; 2019.
8. INSERM, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. Saint Maurice: Santé publique France; 2017.
9. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. Br J Psychiatry. sept 1998; 173: 209-11.
10. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth. juin 2000; 27(2): 104-11.
11. Farren J, Jalnbrand M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy : a multicenter, prospective, cohort study. Am J Obstet Gynecol. déc 2019; 222(4): 367, e1-e22.
12. De la Cruz CZ, Coulter M, O'Rourke K, Mbah AK, Salihu HM. Post-traumatic stress disorder following emergency peripartum hysterectomy. Arch Gynecol Obstet. oct 2016; 294(4): 681-8.

13. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum : a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. avr 2014; 14: 133.
14. Greco Geffroy G. Etat de Stress Post-traumatique lié à l'accouchement et Algies pelviennes chroniques [thèse]. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2005 [cité 27 septembre 2019]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00010882/document>.
15. Woiski MD, Belfroid E, Liefers J, Grol RP, Scheepers HC, Hermens RP. Influencing factors for high quality care on postpartum haemorrhage in the Netherlands : patient and professional perspectives. *BMC Pregnancy Childbirth*. oct 2015; 15: 272.
16. Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage : epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol*. mars 2010; 53(1): 147-56.
17. Dahlen HG, Caplice S. What do midwives fear? *Women Birth*. déc 2014; 27(4): 266-70.
18. Wheaton N, Al-Abdullah A, Haertlein T. Late Pregnancy and Postpartum Emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. mai 2019; 37(2): 277-86.
19. Zaat TR, van Steijn ME, de Haan-Jebbink JM, Olf M, Stramrood CAI, van Pampus MG. Posttraumatic stress disorder related to postpartum haemorrhage : a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2018; 225: 214-20.
20. Sentilhes L, Gromez A, Clavier E, Resch B, Descamps P, Marpeau L. Long-term psychological impact of severe postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(6): 615-20.
21. Bouet PE, Deneux-Tharoux C, Maillard F, Ruiz V, Combaud V, Courtay V, et al. État de stress post-traumatique et hémorragie du post-partum. *Lett gynécol*. 2013; 378-379: 27-9.
22. Dunning T, Harris JM, Sandall J. Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. avr 2016; 16: 80.
23. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 261.
24. Eckerdal P, Kollia N, Löfblad J, Hellgren C, Karlsson L, Högberg U, et al. Delineating the Association between Heavy Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression. *PloS One*. 2016; 11(1): e0144274.
25. Elmir R, Schmied V, Jackson D, Wilkes L. Between life and death: women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. *Midwifery*. avr 2012; 28(2): 228-35.

26. Ricbourg A, Gosme C, Gayat E, Ventre C, Barranger E, Mebazaa A. Emotional impact of severe post-partum haemorrhage on women and their partners: an observational, case-matched, prospective, single-centre pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* oct 2015; 193: 140-3.
27. Grönvall M, Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Is there an association between postpartum hemorrhage, interventional radiology procedures, and psychological sequelae? *J Matern-Fetal Neonatal Med.* août 2019; 1-5.
28. Van Stralen G, Ruijten LLM, Kaptein AA, Wolterbeek R, van Roosmalen J. Major obstetric hemorrhage: a follow-up survey on quality of life of women and their partners. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2018; 39(1): 38-46.
29. Sentilhes L, Maillard F, Brun S, Madar H, Merlot B, Goffinet F, et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery : a prospective, observational study. *Sci Rep.* 2017; 7(1): 8724.
30. Tol ID, Yousif M, Collins SL. Post traumatic stress disorder (PTSD): The psychological sequelae of abnormally invasive placenta (AIP). *Placenta.* 2019; 81: 42-5.
31. Snowdon C, Elbourne D, Forsey M, Alfirevic Z. Information-hungry and disempowered: A qualitative study of women and their partners' experiences of severe postpartum haemorrhage. *Midwifery.* 2012; 28(6): 791-9.
32. Thompson JF, Roberts CL, Ellwood DA. Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH): a multicentre cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* août 2011; 51(4): 365-71.
33. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité.* Paris : Masson; 1999.
34. Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr enfant.* 2011; 54 (2): 611-37.
35. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J théor comport cogn.* déc 2009; 19(4): 116-9.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE.....	6
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	8
MATERIEL ET METHODE.....	13
1. TYPE D'ETUDE ET CRITERES DE SELECTION.....	13
2. BASES DE DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES.....	14
2.1. PUBMED.....	14
2.2. PUBPSYCH.....	14
2.3. CAIRN.....	15
2.4. COCHRANE LIBRARY.....	15
3. SELECTION DES ARTICLES.....	15
4. GRILLE DE LECTURE ET ANALYSE DES ARTICLES	15
RESULTATS.....	16
1. REPERCUSSIONS EVOQUEES	18
1.1. SANTE EMOTIONNELLE ET ANXIETE.....	18
1.2. SENTIMENT DE MORT IMMINENTE.....	19
1.3. SSPT.....	19
1.4. DEPRESSION DU POST-PARTUM	21
1.5. RELATION MERE-ENFANT.....	22
1.6. GROSSESSES ULTERIEURES.....	22
1.7. RELATION DE COUPLE ET SEXUALITE.....	22
2. METHODES D'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE UTILISEES.....	23
DISCUSSION.....	24
1. PROVENANCE DES ETUDES ET PUBLICATION.....	24
2. ARGUMENTATION AUTOUR DES DIFFERENTS IMPACTS.....	24
3. CADRE TEMPOREL DES REPERCUSSIONS.....	27
4. ACTEURS PRINCIPAUX	27
4.1. SOUTIENS EVOQUES ET EXPRESSION DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT HEMORRAGIQUE.....	27
4.2. SATISFACTION DE L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTES ET AUX COUPLES ET CONSEQUENCES.....	29
5. COMPARAISON DES RISQUES PSYCHOLOGIQUES.....	30
6. QUALITE DE LA REVUE SYSTEMATIQUE	30
6.1. EVALUATION DE LA QUALITE DES TRAVAUX RECUEILLIS	30
6.2. FORCES ET BIAIS GENERAUX.....	31
CONCLUSION.....	32

BIBLIOGRAPHIE.....	34
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	39

ANNEXES

ANNEXE I – Grade des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	<u>Niveau 1</u> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - Méta-analyse d’essais comparatifs randomisés ; - Analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	<u>Niveau 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - Etudes comparatives non randomisées bien menées ; - Etudes de cohorte.
C Faible niveau de preuve scientifique	<u>Niveau 3</u> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes cas-témoins.
	<u>Niveau 4</u> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes comparatives comportant des biais importants ; - Etudes rétrospectives ; - Séries de cas ; - Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

ANNEXE II - Articles exclus après lecture.

Etude	Lieu de l'étude	Date de publication	Type d'étude	Motif d'exclusion
<i>Influencing factors for high quality care on postpartum haemorrhage in the Netherlands: patient and professional perspectives</i> Woiski et al. (15)	Netherlands	2015	Etude de cohorte rétrospective, par questionnaire et entretiens semi-structurés	<u>Ne traite pas précisément de notre sujet</u> : identification, par les patientes et les praticiens, des obstacles dans la prise en charge de l’HPP mais pas du ressenti psychologique.
<i>Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes</i> Oyelese et al. (16)	USA	2010	/	<u>Pas de méthodologie de recherche</u>
<i>What do midwives fear?</i> Dahlen et al. (17)	Australia – New Zealand	2014	Etude prospective qualitative	<u>Ne concerne pas notre population étudiée</u> : les sages-femmes sont interrogées sur leurs craintes concernant les situations à risque pour les femmes.
<i>Late Pregnancy and Postpartum Emergencies</i> Wheaton et al. (18)	USA	2019	/	<u>Pas de méthodologie de recherche</u>

ANNEXE III – Grille de lecture des articles sélectionnés.

Titre et auteurs	Date de publication - Pays	Nombre de participants	Type d'étude	Objectif	Principaux résultats	Grade de recommandation HAS	Impact Factor
<i>Posttraumatic stress disorder related to postpartum haemorrhage A systematic review – Zaat et al.</i>	2018 Pays-Bas	N=7	Revue systématique de la littérature	Résumer les connaissances actuelles sur le lien entre l'HPP, avec ou sans hystérectomie d'urgence, et les symptômes de stress post-traumatique.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Corrélation possible entre l'HPP et un SSPT. 2. Les résultats sont déclarés comme non concluants mais on retrouve des femmes percevant leur expérience d'HPP comme un événement traumatisant avec un sentiment de perdre du sang progressivement jusqu'à la mort. 3. Aucune corrélation claire entre HPP et SSPT. 	Grade A	2.024 (2018/2019)
<i>Long-term psychological impact of severe postpartum hemorrhage –Sentilhes et al.</i>	2011 France	N=91	Etude monocentrique rétrospective de cohorte, par interviews semi-structurés	Estimer l'impact psychologique à long terme d'une HPP grave chez les femmes dont l'utérus a été préservé.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une HPP grave peut avoir un impact psychologique à long terme (à 1 an du post-partum) sur les femmes malgré la préservation de l'utérus. Pour 66, 2% l'hôpital leur a proposé un suivi psychologique mais plus de la moitié ont refusé. 42.1% estiment avoir des répercussions sur le long terme (ne pas vouloir d'autre grossesse, pb couple, pb sexuel, phobies). 2. Demande de plus d'information au niveau obstétrical. 3. En cas de grossesse ultérieure, les risques de stress gestationnel et de dépression sont importants. 	Grade C	2.741 (2018/2019)
<i>Etat de stress post-traumatique et hémorragie du postpartum – Bouet et al.</i>	2013 France	N=2	Revue systématique de la littérature	Evaluer le risque d'ESPT après une HPP.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peu d'études actuellement. 2. L'HPP peut être à l'origine de conséquences psychologiques plusieurs mois après, mais on ne peut pour autant dire s'il s'agit précisément d'un ESPT lié l'HPP. 	Grade A	Non informé
<i>Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage a qualitative study – Dunning et al.</i>	2016 Royaume-Uni	N=17	Etude d'interviews semi-structurés, qualitative	Décrire les expériences des femmes et de leurs partenaires de naissance qui ont vécu une HPP primaire pour comprendre l'impact émotionnel de l'HPP.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La moitié des patientes et de leur partenaire ne savaient pas pour l'HPP et auraient aimé avoir plus d'informations à ce moment-là ou en postnatal. 2. Les partenaires avaient besoin de plus d'informations surtout s'ils avaient été séparés pendant l'HPP. La séparation du couple et/ou de l'enfant a été vécu comme une difficulté pour les femmes et leur partenaire. 3. Probablement pas la gravité de l'HPP qui est importante dans les souvenirs au long terme. 4. Certains couples n'avaient pas conscience de l'HPP (pas de connaissance des pertes physiologiques pour un accouchement). 5. Importance pour les femmes de donner un sens à la situation (recherche Internet, ...). 	Grade C	2.413 (2018/2019)
<i>The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage a systematic review – Carroll et al.</i>	2016 Irlande	N=6	Revue systématique de la littérature	Evaluer la prévalence globale des problèmes de santé émotionnelle et physique vécus par les femmes à la suite d'une HPP.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Séquelles sur la santé physique et émotionnelle en grande partie inconnues (notamment prévalence). 2. Peu d'études s'y intéressent. 3. 70% des femmes qui ont eu une autre grossesse ont souffert d'anxiété. 	Grade A	2.413 (2018/2019)

<i>Delineating the Association between Heavy – Eckerdal et al.</i>	2016 Suède	N=446	Etude de cohortes multicentrique, rétrospective	Explorer l'association entre l'HPP et la dépression du post-partum, en tenant compte du rôle de l'anémie du post-partum, de l'accouchement et des antécédents psychiatriques.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune association significative entre l'HPP et les symptômes de dépression du post-partum. 2. Relation de ces symptômes avec l'anémie, l'expérience négative de l'accouchement, l'humeur dépressive pendant la grossesse et les facteurs de SSPT. 3. Conséquences psychologiques de l'HPP (symptômes de détresse du post-partum et expérience négative de l'accouchement,) en lien avec un risque accru de dépression du post-partum. 	Grade B	2.777 (2018/2019)
<i>Between life and death women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy – Elmir et al.</i>	2012 Australie	N=21	Etude qualitative, entretus semi-structurés	Décrire le vécu des femmes ayant subi une hystérectomie d'urgence à la suite d'une HPP.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi psychologique essentiel pour aider à réduire les symptômes émotionnels et psychologiques de ces femmes. 2. Les participantes se trouvaient dans une situation difficile entre la vie et la mort (se sentaient désespérés par la quantité de sang perdue). 15 femmes ont ressenti un sentiment de mort imminente, 6 ont eu des flashback et 3 avec expérience de pensées intrusives. Les femmes craignaient pour leur vie au moment de l'HPP. 9 avaient des symptômes dépressifs. 3. Les procédures chirurgicales à la suite d'HPP peuvent amener une anxiété de la femme. 4. Certaines sont choquées que l'accouchement comporte des risques. 	Grade C	2.048 (2018/2019)
<i>Emotional impact of severe post-partum haemorrhage on women and their partners an observational, case-matched, prospective, single-centre pilot study – Ricbourg et al.</i>	2015 France	N=40	Etude de cohorte prospective, monocentrique	Estimer l'impact émotionnel de l'HPP sur les femmes et leurs partenaires, y compris ses influences sur le SSPT, la dépression post-partum et la relation mère/enfant.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les femmes ayant eu une HPP et leurs partenaires seraient plus susceptibles de développer des symptômes de SSPT mais moins de symptômes de dépression du postpartum. 2. Pas de différence significative concernant la relation de la mère à l'enfant. 	Grade B	2.024 (2018/2019)
<i>Is there an association between postpartum hemorrhage, interventional radiology procedures, and psychological sequelae? – Gronvall et al.</i>	2019 Finlande	N=49	Etude observationnelle monocentrique	Etablir un lien entre une HPP, les procédures radiologiques interventionnelles (utilisées après une HPP réfractaire) et des séquelles psychologiques.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 9 femmes/49 ayant répondu au questionnaire ont développé un SSPT. 2. Séquelles indépendantes du volume sanguin perdu et des interventions (hystérectomie, intervention radiologique). 3. Taux important de séquelles psychologiques avec la procédure radiologique interventionnelle et l'absence de soutien des professionnels a amené à développer ces séquelles en traumatisme (besoin de débriefing des femmes). 4. 2/3 des femmes ayant eu une HPP développent des séquelles psychologiques, des problèmes conjugaux et sexuelles. 	Grade C	1.568 (2018/2019)
<i>Major obstetric hemorrhage: a follow-up survey on quality of life of women and their partners – Van Stralen et al.</i>	2017 Pays-Bas	N=58	Etude de cohorte multicentrique	Evaluer si, pour une femme, un lien est établi entre le fait d'avoir eu une hémorragie obstétricale et sa qualité de vie.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les femmes ayant eu une hémorragie obstétricale majeure ne semblent pas plus à risque de développer un trouble psychologique que le groupe témoin. 2. Pas d'effet négatif sur le long terme (6 à 8ans après) bien que les dessins des femmes et les verbalisations indiquent une répercussion émotionnelle. Pas de corrélation apparaissant entre les dessins et le score de qualité de vie. 	Grade C	2.327 (2018/2019)

<i>Risk factors for chronic posttraumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study – Sentilhes et al.</i>	2017 France	N=1108	Etude de cohorte prospective, randomisée	Evaluer la prévalence du SSPT après l'accouchement (un an après l'accouchement par voie basse) et identifier les caractéristiques des femmes et les accouchements qui y sont associés.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4.2% des femmes diagnostiquées en SSPT et 5.6% au profil de SSPT. Le SSPT n'est pas rare un an après l'accouchement vaginal dans une population à faible risque. 2. En interrogeant à 2 jour du postpartum, on peut identifier les femmes les plus à risque de SSPT et aider à déterminer si une intervention précoce est nécessaire. 3. 1 an après, 1 femmes sur 20 présente un profil de SSPT et 1 sur 40 est diagnostiquée SSPT. 4. SSPT à 1 an plus important chez les femmes qui avait déjà déclaré un mauvais vécu à 2 jours. 5. Corrélation entre l'HPP et le SSPT non démontré ici puisqu'il y a un trop faible taux d'HPP dans l'échantillon (2.5%). 	Grade B	4.011 (2018/2019)
<i>Post traumatic stress disorder (PTSD): The psychological sequelae of abnormally invasive placenta (AIP) – Tol et al.</i>	2019 Royaume-Uni	N=218	Etude rétrospective contrôlée monocentrique	Evaluer le risque de SSPT chez les femmes ayant eu un placenta anormalement invasif par rapport aux femmes ayant eu une césarienne sans complications ou une HPP ou une hystérotomie péripartum inattendue.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une expérience de naissance traumatisante et inattendue est associée à un risque accru de développer un SSPT. 2. Pas de réduction le risque de développer un SSPT après la naissance si les femmes sont préparées à l'éventualité de ces circonstances mettant leur vie en danger. 3. Aucune différence significative constatée entre le placenta invasif et l'hystérectomie/HPP. 	Grade C	2.777 (2018/2019)
<i>Information-hungry and disempowered: A qualitative study of women and their partners' experiences of severe postpartum haemorrhage – Snowdon et al.</i>	2011 Royaume-Uni	N=15	Etude qualitative phénoménologique interprétative, multicentrique	Etudier le vécu des femmes et de leurs partenaires concernant l'HPP grave ainsi que sa prise en charge, et comment ils envisagent les événements par la suite.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Désir de comprendre les choses mais besoins d'informations dépendant des femmes/couples. 2. Les couples ont exprimé un problème de communication au moment de l'évènement hémorragique, dans le post-partum immédiat et par la suite. 3. La période la plus critique pour les individus était le moment même de l'hémorragie. 4. Demande importante de communication quelque soit le moment (avant, pendant et après l'HPP). 5. Confirmation des résultats des recherches d'Elmir. 6. Femmes se sentant impuissantes et vulnérables (difficilement capables d'agir sur le moment). La privation d'information a exacerbé l'expérience de l'HPP. 	Grade C	2.048 (2018/2019)

Emotional and physical health outcomes after significant primary postpartum haemorrhage (PPH): A multicentre cohort study – Thompson et al.

2011
Australie et
Nouvelle-
Zélande

N=206

Etude de cohorte
prospective,
multicentrique

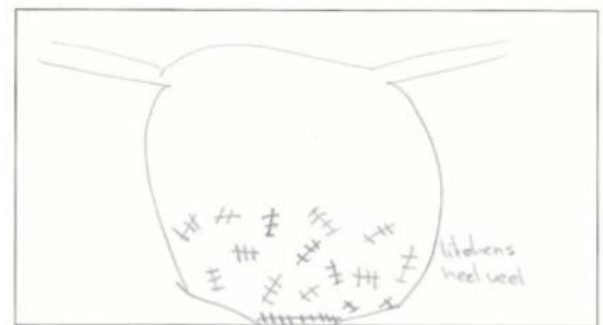
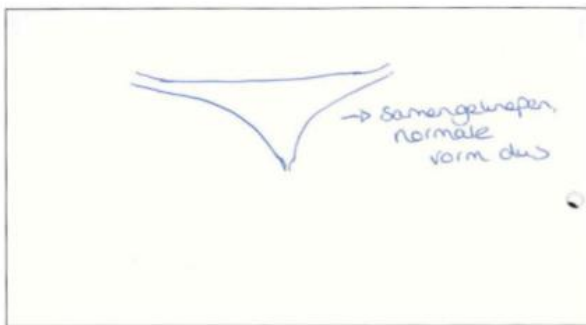
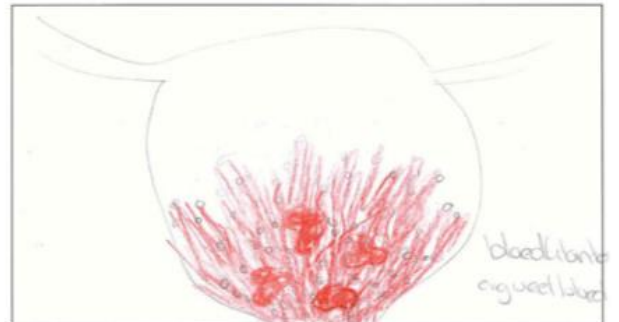
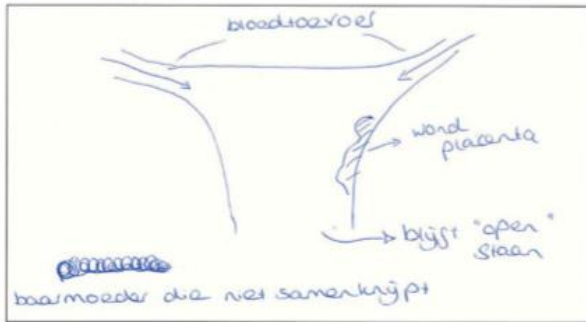
Décrire les conséquences
émotionnelles et physiques
de l'HPP sur la santé des
femmes.

1. Les scores d'anxiété se situaient dans la moyenne
2. 11 et 13 % étaient exposés au risque de dépression du post-partum à 2 et 4 mois, respectivement
3. 5% ont montré des signes de SSPT à 2 mois et 3% à 4 mois.
4. Résultats en matière de santé émotionnelle et physique similaires à ceux dans les populations post-natales générales, à l'exception de la durée des hémorragies post-natales.
5. Faible proportion de femmes déclarait avoir exprimée son ressenti à un professionnel (40%).
6. Changement important dans la volonté d'une grossesse future (avant et après) : moins de désir après une HPP
7. Malgré une perte de sang importante et, dans certains cas, mortelle, les participants ont fait état de problèmes de santé émotionnels et physiques similaires à ceux des populations postnatales en général (à l'exception de la durée des saignements et de l'infection utérine). Niveaux d'anxiété et risque de dépression postnatale similaires.

Grade B

0.588
(2018/2019)

ANNEXE IV – Dessins réalisés par des femmes dans le cadre de leur embolisation utérine (étude de Van Stalen et al. (28)).



**Impact d'une hémorragie de la délivrance sur l'état psychologique des femmes :
revue de la littérature.**

Résumé

Contexte – L'hémorragie de la délivrance fait partie des complications obstétricales de l'accouchement. Il paraît de plus en plus évident qu'elle a des effets psychiques sur les femmes qui peuvent entraîner des réactions psychologiques négatives, voire une expérience traumatisante.

Objectif - Faire un recueil de la littérature scientifique internationale discutant du lien entre une hémorragie du post-partum et l'état psychologique des patientes, à plus ou moins long terme.

Matériel et méthode - Une revue systématique de la littérature a été réalisée sur les bases de données PubMed, PubPsych, CAIRN et Cochrane Library, à la recherche d'articles publiés entre 2000 et 2019.

Résultats – 402 articles ont été identifiés et 14 ont été inclus dans la revue après sélection. Aucun lien entre une hémorragie du post-partum et un syndrome traumatique ou une dépression du post-partum n'a été mis en évidence. Mais une corrélation avec des troubles de la sexualité, la relation de couple et une volonté de ne plus enfanter est bien présente. Les femmes et le couple exprimaient un besoin important d'information à propos de l'évènement hémorragique.

Conclusion – En plus de complications physiques, une grande proportion de femmes ayant vécu une hémorragie du post-partum rencontrait des problèmes de santé émotionnelle. La quantité de sang perdu et le sentiment de mort imminente engendreraient des souvenirs négatifs mis en cause dans d'autres conséquences dans le post-partum (troubles de la sexualité, difficultés à envisager une future grossesse, etc). Des recherches complémentaires et plus approfondies sont nécessaires afin de mettre à jour cette problématique non négligeable de la post-natalité, ainsi qu'une attention plus particulière des professionnels accompagnant ces femmes.

Mots clés

Hémorragie du post-partum – Vécu – Traumatisme psychique

Impact of postpartum haemorrhage on women's psychological state : a systematic review

Abstract

Background - Haemorrhage during delivery is one of the obstetrical complications of childbirth. There is increasing evidence that it has psychological effects on women that can lead to negative psychological reactions and even traumatic experiences.

Objective - Compile a collection of international scientific literature discussing the link between postpartum haemorrhage and the psychological state of patients in the long or short term.

Material and method - A systematic literature review was conducted using the PubMed, PubPsych, CAIRN and Cochrane Library databases, searching for articles published between 2000 and 2019.

Results – 402 articles were identified and 14 were included in the selected review. No association between postpartum haemorrhage and postpartum trauma syndrome or postpartum depression has been founded. However, a correlation with sexuality disorders, couple relationships and a desire to stop having children was present. The women and the couple expressed a strong need of information about the bleeding event.

Conclusion – In addition to physical complications, a large proportion of women who experienced postpartum haemorrhage had emotional health problems. The amount of blood loss and the feeling of impending death would lead to negative memories that would be implicated in other postpartum consequences (sexuality disorders, difficulty contemplating a future pregnancy, etc.). Complementary and more in-depth research is needed to uncover this significant problem of postpartum, as well as more particular attention from the professionals accompanying these women.

Key words

Postpartum haemorrhage – Experience – Psychic trauma