

Troubles psychologiques après décès périnatal chez les parturientes des deux CHU de Toliara

Psychological disorders after perinatal death in patients from the two university hospital of Toliara

H.M.H. Andriamanjato (1)*, A.H. Randriamarolahy (2), S. Rafamantanatsoa (3),
L. Ravaonandrasana (1), N.C.R. Randriamalala (4), M.S. Fenomanana (4),
H. Rakotomahenina (4)

(1) Service Psychiatrie, CHU Antanambao Toliara, Madagascar

(2) Service d'Imagerie Médicale, CHU Mitsinjo Betanimena Toliara Madagascar

(3) Service gynécologie-obstétrique, CHU Antanambao Toliara, Madagascar

(4) Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

* Auteur correspondant: H.M.H. Andriamanjato (hasinmenja@yahoo.fr)

Résumé

Introduction : La mortalité périnatale est un évènement tragique, lourd de conséquences psychologiques pour les mères. Cette étude vise à identifier la répercussion psychologique du décès périnatal sur la santé mentale de la mère.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive comportant deux temps d'évaluation : une première évaluation (T1) réalisée dans les trois premiers jours du post-partum, et une seconde (T2) réalisée à la quatrième semaine du post-partum. L'étude est conduite dans les deux CHU de Toliara.

Résultats : En T1, 63,3% ont présenté un risque élevé de dépression du post-partum, et en T2, 53,1% ont présenté une dépression. La détresse post traumatique a été de 73,3% en T1 et 31,2% en T2, l'anxiété a été de 63,3% en T1 et 62,5% en T2. Plusieurs facteurs ont été associés à la survenue de ces troubles : un âge maternel jeune, une grossesse désirée, la pression exercée par la famille, un suivi prénatal insuffisant.

Conclusion : La perte périnatale présentait un fort impact psychologique. Un accompagnement adapté dès la maternité est essentiel pour soutenir les mères endeuillées et pour prévenir les complications du deuil.

Mots-clés : anxiété, dépression postnatale, mortalité périnatale, syndrome de stress post-traumatique, Toliara.

Abstract

Introduction: Perinatal mortality is a tragic event with significant psychological consequences for mothers. This study aims to identify the psychological impact of perinatal death on the mother's mental health.

Methods: This is a prospective descriptive study involving two assessment points an initial assessment (T1) conducted within the first three days postpartum, and a second (T2) conducted at four weeks postpartum. The study was carried out at the two university hospitals in Toliara.

Results: At T1, 63.3% of participants showed a high risk of postpartum depression, and at T2, 53.1% exhibited depression. Post-traumatic distress was present in 73.3% of participants at T1 and 31.2% at T2, while anxiety was present in 63.3% at T1 and 62.5% at T2. Several factors were associated with the occurrence of these disorders: young maternal age, a wanted pregnancy, family pressure, and inadequate prenatal care.

Conclusion: Perinatal loss had a substantial psychological impact on mothers. Appropriate psychological support initiated during the maternity stay is essential to help bereaved mothers cope with their loss and to prevent complications related to grief.

Key words: anxiety, postnatal depression, perinatal mortality, post-traumatic stress disorder, Toliara.

Pour citer cet article: H.M.H. Andriamanjato, A.H. Randriamarolahy, S. Rafamantanatsoa, et al. Troubles psychologiques après décès périnatal chez Les parturientes des deux chu de Toliara. Rev med Madag 2023;13(1):889-893
<https://doi.org/10.62606/RMMao00228>

Article publié sous la licence CC BY-NC 4.0

Online ISSN 2222-792X

Introduction

La période périnatale est un moment charnière dans la vie d'une femme, marquée par des transformations profondes sur les plans physique, psychologique et social. Elle est habituellement perçue comme une période empreinte d'espoir et de bonheur. Cependant, cette période peut être assombrie par des événements tragiques, tels que la perte d'un bébé pendant la grossesse ou peu après la naissance. La mortinaissance fait référence à la naissance d'un bébé sans signe de vie à partir de 22 semaines de gestation, après que le fœtus est considéré comme viable. Ce terme englobe les décès in-utero en lien avec diverses causes [1]. La perte périnatale est une expérience extrêmement traumatisante pour les parents. Bien que la société tende à minimiser l'impact de cette tragédie, le deuil périnatal est un processus complexe et souvent solitaire. Ce type de deuil est souvent négligé par les structures sociales et médicales, laissant les parents, et surtout les mères, face à une douleur inexprimée et une détresse psychologique intense [2]. Contrairement à une croyance populaire qui prétend que la perte d'un bébé pendant la grossesse ou peu après est moins douloureuse que celle d'un enfant plus âgé, des études récentes montrent que les parents peuvent ressentir une souffrance psychologique tout aussi profonde, voire plus, même sans avoir eu l'occasion de connaître leur bébé. Cette douleur est comparable à celle éprouvée lors de la perte d'un être cher qui a vécu [3]. Pour ces mères, le deuil périnatal ne se limite pas à la perte d'un être cher, mais englobe également la perte des espoirs, des rêves et de l'avenir envisagé pour cet enfant [2]. Les conséquences psychologiques de la mortalité périnatale sont multiples et incluent souvent une augmentation significative des taux d'anxiété, de dépression et de syndrome de stress post-traumatique chez les mères ayant vécu une telle expérience [4]. Pourtant, malgré ces impacts, la mortalité périnatale reste un sujet tabou, rarement abordé dans les conversations publiques ou même dans le milieu médical. À ce jour, peu d'études se sont penchées sur l'impact psychologique de la mortalité périnatale dans des régions et contextes spécifiques tels que la région sud-ouest de Madagascar. L'objectif de cette étude a été d'identifier le retentissement psychologique du décès sur la santé mentale de la mère.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive type enquête, portant sur les femmes ayant accouché dans

les deux Centres Hospitaliers Universitaires de Toliara, sur une période de 12 mois, allant du 1er janvier 2024 jusqu'au 30 décembre 2024. Nous avons inclus dans l'étude toutes les parturientes ayant subi une perte périnatale, définie comme une mort fœtale in utero ou une mort néonatale précoce c'est-à-dire dans les sept premiers jours de vie et ayant donné un consentement libre et éclairé à la participation à l'étude. Les femmes ayant présenté une difficulté à répondre au questionnaire ou illettrées, les participantes perdues de vue de la deuxième évaluation, ainsi que celles qui ne voulaient pas participer à l'étude ont été exclues. Les conséquences psychologiques étaient évaluées en deux temps : dans les trois premiers jours post-partum (T1) et à la 4^e semaine post-partum (T2).

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme. Un échantillonnage exhaustif a été réalisé. Le questionnaire était composé de deux parties. La première partie concerne les variables indépendantes : profil sociodémographique, suivi prénatal (insuffisant inférieur à 4 CPN), mode d'accouchement, antécédents, pression familiale (la famille exerce une pression pour qu'une grossesse survienne), qualité de la relation avec l'entourage, grossesse désirée. La deuxième partie concernait l'évaluation du stress post-traumatique, de l'anxiété et de la dépression du post-partum (DPP). Le questionnaire IES-R (Impact of Event Scale-Revised) a été utilisé pour classer l'indice de stress post-traumatique, l'échelle EPDS (Edinburgh Post-Natal Depression Scale) pour la dépression en post-partum et GAD - 7 (Generalized Anxiety Disorder 7) pour l'anxiété. Si le score de l'EPDS est ≥ 9 en T1, on considère que c'est prédictif d'une DPP ; si le score est ≥ 12 entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine, la femme présente une dépression. Le score de GAD-7 ≥ 10 correspond à une anxiété cliniquement significative. Si le score IES-R est ≥ 37 , cela suggère la présence de symptômes cliniquement significatifs de stress post-traumatique.

Les données sont recueillies, codées, saisies sur le logiciel Word/Excel 2010 et analysées sur le Logiciel Statistical Package for Sociological Sciences (SPSS) for Windows, version 20.0. Les associations ont été considérées significatives pour une valeur de $p < 0,05$. L'objectif et le déroulement de l'étude étaient expliqués oralement aux patientes avant la réalisation de l'enquête. Les participantes ont eu la possibilité de ne pas participer ou de répondre partiellement au questionnaire. Toutes les informations obtenues lors de la recherche étaient restées strictement confidentielles. Le respect de l'anonymat a été appliqué en utilisant des codes pour chaque dossier.

Résultats

Parmi les femmes accouchées dans les deux CHU de Toliara et ayant vécu une mortalité périnatale (1382/80), 60 ont été incluses dans l'étude et 32 participantes ont été réévaluées après quatre semaines et 28 participantes étaient perdues de vue. L'âge moyen des femmes était de $27,4 \pm 6,3$ ans.

La majorité des participantes (83,3%) étaient âgées de moins de 35 ans. Dans 80% des cas, ces femmes étaient en couple. Quarante pour cent des participantes étaient sans emploi, et 78,3% déclaraient une bonne situation sociale. Dans 91,7% des cas, elles ont suivi au moins quatre consultations prénatales, et 75,0% ont accouché par voie basse. La grossesse était désirée dans 65,0% des cas et 38,3% déclaraient avoir subi une pression familiale. Dans 40,0% des

Tableau 1. Facteurs associés à la survenue des troubles anxieux, du stress post traumatique et la dépression du post-partum après un deuil périnatal

Variables	T1 (n=60)			T2 (n=32)		
	EPDS ≥ 9	IES-R ≥ 37	GAD-7 ≥ 10	EPDS ≥ 12	IES-R ≥ 37	GAD-7 ≥ 10
Age (p)	1,000	0,433	0,549	0,338	0,637	0,004
< 35 ans	32 (84,2)	32 (84,2)	33 (86,8)	13 (76,5)	13 (76,5)	20 (100)
≥ 35 ans	6 (15,8)	6 (15,8)	5 (13,2)	4 (23,5)	4 (23,5)	0 (0)
Statut professionnel (p)	0,278	0,278	0,469	0,425	0,425	0,291
Sans emploi	18 (47,4)	18 (47,4)	14 (36,8)	8 (47,1)	8 (47,1)	5 (25)
En emploi	20 (52,6)	20 (52,6)	24 (63,2)	9 (52,9)	9 (52,9)	15 (75)
Situation matrimoniale (p)	0,751	0,150	0,634	0,403	0,648	0,073
Sans partenaire	9 (23,7)	9 (23,7)	7 (18,4)	5 (29,4)	5 (29,4)	2 (10)
En couple	29 (76,3)	29 (76,3)	31 (81,6)	12 (70,6)	12 (70,6)	18 (90)
Suivi prénatal (p)	0,643	1,000	1,000	1,000	1,000	0,044
Insuffisant	34 (89,5)	34 (89,5)	35 (92,1)	15 (88,2)	15 (88,2)	20 (100)
Suffisant	4 (10,5)	4 (7,9)	3 (7,9)	2 (11,8)	2 (11,8)	0 (0)
Pression familiale (p)	0,001	0,412	0,091	0,001	0,037	0,05
Oui	4 (10,5)	4 (10,5)	11 (28,9)	0 (0)	0 (0)	9 (45)
Non	34 (89,5)	34 (89,5)	27 (71,1)	17 (100)	17 (100)	11 (55)
Grossesse désirée (p)	0,001	0,245	0,116	0,002	0,003	0,05
Oui	38 (100)	38 (100)	28 (73,7)	16 (94,1)	16 (94,1)	11 (55)
Non	0 (0)	0 (0)	10 (26,3)	1 (5,9)	1 (5,9)	9 (45)
Antécédents obstétricaux (p)	0,208	0,234	0,209	0,032	0,704	0,009
Oui	18 (47,4)	18 (47,4)	18 (47,4)	12 (70,6)	13 (76,5)	6 (30)
Non	20 (52,6)	20 (52,6)	20 (52,6)	5 (29,4)	4 (23,5)	14 (70)
Antécédents psychiatriques (p)	0,216	0,736	0,216	0,403	0,387	0,379
Oui	7 (18,4)	31 (81,6)	7 (18,4)	5 (29,4)	5 (29,4)	3 (15)
Non	31 (81,6)	7 (18,4)	31 (81,6)	12 (70,6)	12 (70,6)	17 (85)
Relation avec l'entourage (p)	0,542	0,597	0,816	1,000	1,000	0,379
Bonne	28 (73,7)	28 (73,7)	30 (78,9)	13 (76,5)	13 (76,5)	17 (85)
Mauvaise	10 (26,3)	10 (26,3)	8 (21,1)	4 (23,5)	4 (23,5)	3 (15)

EPDS : score de la dépression en post-partum ; ; GAD : score de l'anxiété ; IES-R : indice de stress post-traumatique ; T1 : les trois premiers jours post-partum ; T2 : à la 4^e semaine post-partum.

cas, elles ont eu des antécédents obstétricaux à type de fausses couches, mort fœtale in-utéro, mort-né ou césarienne antérieure ; 11,7% des antécédents médicaux et 25,0% des antécédents psychiatriques.

A la première évaluation (T1), 63,3% des patientes présentaient un score EPDS ≥ 9 ; 73,3% un score IES-R ≥ 37 et 63,3% un score GAD-7 ≥ 10 . À la deuxième évaluation (T2), 53,1 % des femmes ont présenté une dépression ; 31,2% un état de stress post-traumatique et 62,5% une anxiété. Plusieurs facteurs ont été associés à la survenue des troubles : âge inférieur à 35 ans, la présence d'une pression familiale, suivi prénatal insuffisant, une grossesse désirée, la présence d'antécédents obstétricaux (Tableau I).

Discussion

Lors de la première évaluation, 73,3% de la population d'étude ont eu un score IES-R ≥ 37 en T1, traduisant une détresse psychique intense. Le taux a nettement diminué à 31,2% en T2 (après quatrième semaine). Cette amélioration pourrait être liée au processus naturel d'adaptation psychologique maternelle et au soutien psychologique formel et informel dont certaines femmes ont pu bénéficier, ce qui a pu accélérer leur récupération, comme l'ont suggéré Zaers *et al* [5]. Mais la présence des femmes perdues de vue pourrait aussi constituer un biais d'interprétation. D'après Cacciatore, près d'une femme sur trois, soit 30 à 40%, développe un stress post-traumatique dans l'année suivant un décès périnatal, et 10 à 20% des femmes présentent encore des symptômes persistants après 6 à 12 mois, surtout en l'absence de soutien spécialisé [2]. La circonstance de l'accouchement pourrait jouer un rôle majeur. Des auteurs mentionnent l'importance des perceptions subjectives : avoir eu peur pour sa vie ou celle de son enfant ou avoir ressenti une perte de contrôle durant le travail sont apparus comme des déterminants encore plus puissants de stress post-traumatique [6].

Le contexte socioculturel Malagasy pourrait majorer la vulnérabilité : la maternité constitue un marqueur central du statut féminin et la perte d'un enfant peut être interprétée à l'une de croyances traditionnelles (« fady », malédiction familiale), générant un sentiment de culpabilité, de honte et d'isolement, susceptible d'entretenir des niveaux élevés précoces de symptômes dépressifs. Soixante-trois virgule trois pourcent (63,3%) des femmes ont présenté un risque élevé de développer une dépression (EPDS ≥ 9) dans les trois premiers jours post-partum, et à la 4^e semaine post-partum, 53,1% ont présenté une dépression (EPDS ≥ 12). En 2013, Cacciatore, décrit des taux de dépres-

sion clinique variant entre 25 à 35% à court terme, avec une tendance à la baisse au fil des mois [2].

Au Canada, Blackmore *et al.* ont retrouvé un taux d'anxiété d'environ 28% à un mois chez les femmes ayant vécu une perte périnatale [7]. Turton *et al.* au Royaume-Uni ont observé que l'anxiété persistait chez 25 à 40% des femmes dans l'année qui suit l'événement [8]. Dans notre étude, 62,5% présentaient encore un trouble anxieux à la 4^e semaine post-partum.

Le taux élevé de perdues de vue à T2 constitue une limite de cette étude et peut fausser l'estimation réelle des troubles psychologiques à distance du décès périnatal. Les femmes très jeunes (< 20 ans) peuvent présenter une vulnérabilité accrue au stress psychologique [9]. Dans cette étude, nous avons constaté que l'âge inférieur à 35 ans était associé à la survenue de l'anxiété ($p=0,004$). Selon Hughes *et al.* les mères plus jeunes semblent plus exposées à l'anxiété, en raison des ressources psychologiques moins consolidées ou un soutien social plus limité [10].

Le statut professionnel n'avait pas eu d'influence dans la survenue des détresses psychologiques des femmes ayant vécu une perte périnatale. Selon Ng'oma *et al.* l'absence d'un emploi rémunéré stable augmente significativement le risque de dépression post-partum dans les pays à ressources limitées, en particulier lorsque le soutien social est insuffisant [11]. Dans notre contexte, le résultat pourrait s'expliquer en partie par la solidarité communautaire de la population Malagasy. Comme le note Rasamimanana *et al.* les réseaux familiaux élargis amortissent souvent le choc émotionnel lié à la perte, même en l'absence d'emploi stable [12].

Dans cette étude, il n'y a pas eu de lien entre le statut matrimonial et la survenue de la dépression et l'ESPT. Cependant, des auteurs mentionnent que les femmes mariées peuvent subir davantage de pressions familiales et sociales influençant leur vécu psychologique du deuil [13]. Toutefois, la littérature souligne que le soutien du conjoint constitue un facteur protecteur important contre l'installation d'une anxiété persistante après la perte périnatale, alors qu'un manque de soutien ou l'existence de tensions conjugales peut contribuer à l'aggravation des symptômes anxieux [3].

Le soutien social est un facteur protecteur essentiel pour prévenir la chronicisation de l'anxiété [14,15]. Dans notre étude, il a été constaté que l'état de la qualité relationnelle n'influait pas la survenue de troubles anxieux, ni de dépression et d'ESPT. Bennett *et al.* ont mentionné que le soutien de l'entourage est un facteur clé de résilience, modulant l'anxiété et limitant l'isolement émotionnel après une perte périnatale [16]. Par contre, la pression familiale peut augmenter

également le risque de dépression du post-partum et le stress post traumatique, surtout en absence de soutien formel [2,17]. Cette constatation a été notée dans cette étude, une association a été observée avec le score de l'EPDS ($p=0,001$) et l'IES-R ($p=0,037$).

Andriamanjato *et al.* ont rapporté qu'une grossesse non désirée constitue un facteur de risque élevé de DPP chez les parturientes ayant des enfants vivants [18]. Dans cette étude, nous avons constaté qu'une grossesse désirée était associée au risque de survenue de la DPP ($p=0,001$). Blackmore *et al.* ont aussi évoqué que la souffrance psychologique est plus intense lorsque la grossesse est planifiée ou très attendue [7]. L'investissement émotionnel accru rend la perte plus douloureuse et favorise l'installation d'une dépression.

La consultation prénatale ne constituait pas un facteur influençant la survenue de trouble anxieux ($p=0,044$). Selon Mills *et al.* un suivi prénatal irrégulier est associé au maintien de la détresse, tandis qu'un suivi continu et structuré exerce un effet protecteur [19]. Le mode d'accouchement pourrait aussi augmenter la survenue des troubles psychiques du post-partum. Des auteurs ont évoqué que la césarienne, en particulier en urgence, augmente le risque de dépression postnatale et de stress post traumatique, en raison du vécu de perte de contrôle et de la violence du contexte obstétrical [5,20]. Cette constatation n'était pas rapportée dans cette étude. Par ailleurs, Turton *et al.* ont mentionné que les femmes ayant vécu une mort fœtale in utero ou un antécédent de mort-né présentent un risque accru de dépression postnatale et ESPT surtout en absence de soutien [8]. Pour Cacciatore, la combinaison d'un antécédent obstétrical douloureux et d'un deuil périnatal peut maintenir un état d'hypervigilance et d'inquiétude chronique, favorisant ainsi le développement de troubles anxieux et dépressifs [2]. Une association a été observée à la 4^e semaine post-partum entre l'anxiété, la DPP et la présence d'antécédent obstétrical (fausse couche, mort fœtale in utero, mort-né, césarienne antérieure).

Conclusion

La mortalité périnatale constitue une épreuve psychique majeure pour les mères. Au-delà des conséquences obstétricales et néonatales immédiates, cette étude a permis de mettre en évidence un retentissement psychologique important après un décès périnatal avec des fréquences élevées de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique avec une atténuation partielle à la 4^e semaine du post-partum. Plusieurs facteurs ont été associés à la survenue de ces troubles

et devraient être les cibles de dépistage et d'accompagnement. Un accompagnement psychologique systématique et la sensibilisation de la famille pourraient constituer des stratégies efficaces pour améliorer le vécu de ces patientes.

Références

1. Froen JF, Cacciatore J, McClure EM, *et al.* StillBirths: Why they matter. *Lancet* 2011;377:1354-66.
2. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med* 2013;18(2):76-2.
3. Lang A, Fleiszer AR, Duhamel F, *et al.* Perinatal loss and parental grief : the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega* 2011;63(2):183-6.
4. Turton P, Hughes P, Evans CD, *et al.* The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(4):245-6.
5. Zaers S, Waschke M, Ehler U. Depressive and PTSD symptoms after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(1):61-1.
6. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Emergency caesarean: Women's experiences. *J Reprod Infant Psychol* 2000;18(1):33-9.
7. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, *et al.* Previous perinatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011;198(5):373-7.
8. Turton P, Hughes P, Evans CDH, *et al.* Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001;178:556-60.
9. Blackmore ER, Côté-Arsenault D. Perinatal grief in young mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(2):86-3.
10. Hughes P, Turton P, Evans CD, *et al.* Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohorte study. *BMJ* 1999;318(7200):1721-4.
11. Ng'oma M, Meltzer Brody S, Chirwa E, *et al.* Postnatal depression in low-and middle-income countries : A review of clinical and cultural factors. *Int J Ment Health Syst* 2019;12:73.
12. Rasamimanana V, Rasamison F, Raveloma S, *et al.* Family solidarity and mental health care in Madagascar: traditions and innovations. *Transcultural Psychiatry* 2018;55(4):634-1.
13. Fernández Sola C, Camacho Avila M, Hernández Padilla JM, *et al.* Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *Int J Environ Res Publ Health* 2020;17(10):3421.
14. Tesfaye M, Hanlon C, Wondimagegn D, *et al.* Prevalence and associated factors of postpartum depression in women in rural Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:165.
15. Rahman A, Fisher J, Bower P, *et al.* Prevalence and risk factors of perinatal common mental disorders in women in low- and lower-middle- income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2013;91(8):671-80.
16. Bennett SM, Litz BT, Lee BS, *et al.* The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. *Prof Psychol Res Pract* 2020 ;51(1):29-9.
17. Rahman A, Fisher J, Bower P, *et al.* Prevalence and risk factors of perinatal common mental disorders in women in low- and lower middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2013;91(8):593-01.
18. Andriamanjato HMH, Fiaboa BE, Rajaonarison BH, *et al.* Prévalence et facteurs associés à la dépression postnatale au Centre Hospitalier Universitaire Antanambao Toliara. *Rev Afr Sci Soc Santé Pub* 2022;26(1):42-1.
19. Mills TA, Riklesford C, Cooke A, *et al.* Parents experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death : a metanalysis. *BJOG* 2014;121(8):943-50.
20. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-6.