

## **Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement**

Deforges, C., Sandoz, V. et Horsch, A.

**Deforges, C. :** Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Université de Lausanne. SV-A Secteur Vennes, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse. Camille.Deforges@chuv.ch ; Camille-Deforges@hotmail.fr ; 004179 556 73 37.

**Sandoz, V. :** Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Université de Lausanne. Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse. Vania.Sandoz@bluewin.ch ; 004179 556 75 36.

**Horsch, A. :** Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Université de Lausanne. Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse. Département Femme-Mère-Enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Avenue Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne, Suisse. Antje.Horsch@chuv.ch ; 004179 556 07 50.

**Titre :** Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement

**Title:** Childbirth-related post-traumatic stress disorder

**Résumé :** L'accouchement peut être une expérience difficile, et parfois même causer un trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A), ce qui concerne tant les parents que les équipes soignantes. Cet article présente la symptomatologie et les spécificités cliniques du TSPT-A, ainsi que ses conséquences sur le couple, la parentalité, l'enfant et les futures grossesses. Il passe en revue les mesures préventives et les approches thérapeutiques indiquées pour lutter contre le TSPT-A, et se termine par des recommandations à l'attention des équipes cliniques.

**Abstract:** Childbirth can be a difficult experience, and sometimes even cause childbirth-related posttraumatic stress disorder (C-PTSD). C-PTSD can affect both parents and clinical teams. This article presents the symptomatology and the clinical specificities of C-PTSD, as well as its consequences on the couple, parenthood, the child and future pregnancies. It reviews the preventative measures and therapeutic approaches to tackle C-PTSD, and ends with clinical recommendations.

**Mot clés :** Trouble de stress post-traumatique ; Accouchement ; Traitement ; Prévention ; Étiologie

**Key words:** Post-traumatic stress disorder ; Childbirth ; Treatment ; Prevention ; Etiology

## **1. Introduction**

« J'ai vraiment vécu [mon accouchement] comme un traumatisme. À plusieurs niveaux. Je pense qu'il y a le traumatisme de l'évènement en soi, qui est censé bien se passer et qui se passe mal, avec ces flashes... Et puis le traumatisme d'être séparée de ma fille... Le traumatisme de frôler la mort... C'est un ensemble. » [1, 17 min. 28].

S'il est souvent décrit comme un évènement magnifique, l'accouchement peut en effet être une expérience traumatique. D'ailleurs, 30 à 45% des mères le qualifient comme tel [2], certaines étant alors susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A). Au-delà des parturientes, le TSPT-A peut concerner toute personne présente lors de l'accouchement, c'est-à-dire tant les partenaires que les équipes cliniques. Cet article vise à synthétiser les connaissances actuelles sur la symptomatologie du TSPT-A, sa prévalence et son étiologie, mais aussi ses conséquences sur les parents, le couple et l'enfant. Il se termine par un aperçu des approches préventives et thérapeutiques indiquées pour lutter contre ce trouble, ainsi que par des recommandations à l'attention des professionnel-le-s en lien avec les parents durant la période périnatale.

## **2. Définition**

### **A. L'accouchement, un évènement traumatique ?**

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) survient à la suite de l'expérience, directe ou indirecte, d'évènements traumatiques, définis comme « l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » [3, p. 133]. Parce qu'il met parfois en jeu la vie de l'enfant ou celle de sa mère, l'accouchement peut donc être un

évènement traumatique. Cependant, il est important de souligner que la gravité de la situation obstétricale ou néonatale ne suffit pas, à elle seule, pour préjuger de son caractère traumatogène [4]. En effet, l'expérience subjective est déterminante dans le développement du TSPT-A [5], c'est pourquoi même un accouchement sans complication peut être traumatique.

## **B. Symptomatologie**

Dans le DSM-5, le TSPT-A ne constitue pas une entité clinique distincte du TSPT. Ainsi, d'un point de vue diagnostique, sa principale spécificité est que l'évènement traumatique ayant causé son apparition soit l'accouchement. Tout comme le TSPT, il se caractérise par une combinaison de quatre ensembles de symptômes, qui doivent provoquer une souffrance cliniquement significative ou perturber le fonctionnement (social, professionnel, ou autre). Apparus à la suite de l'accouchement, ils doivent persister au moins un mois après ce dernier. Il s'agit :

**1. Des symptômes envahissants** liés à l'accouchement. Cela comprend notamment les intrusions traumatiques, ces « *souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants* » [3, p. 133] de l'accouchement, qui sont source de détresse. Ainsi, une mère pourrait décrire qu'elle a régulièrement des *flash-backs* du moment où elle voit toute l'équipe rentrer d'un seul coup dans la chambre, avant sa césarienne en urgence. Ces souvenirs peuvent revenir sans raison apparente, mais aussi être déclenchés par un stimulus externe (une émission sur l'accouchement, la vue d'une femme enceinte) ou interne (contractions utérines pendant les menstruations, maux de ventre). Les intrusions traumatiques peuvent surgir sous toutes les modalités sensorielles, que ce soit la sensation d'avoir ses organes touchés pendant la césarienne, l'odeur du savon de la maternité, ou encore les mots prononcés par une personne de l'équipe soignante. Parfois, ces intrusions

sont si vives qu'elles sont associées à des réactions dissociatives, la personne ayant l'impression que l'accouchement est de nouveau imminent. Ces symptômes envahissants peuvent également prendre la forme de cauchemars, mais aussi d'une détresse psychologique ou d'une réaction physiologique marquée lorsque que quelque chose rappelle l'accouchement (sensation de ventre noué ou de vertige, augmentation de la fréquence cardiaque ou respiratoire, tension musculaire, etc.).

**2. De l'évitement persistant des stimuli liés à l'accouchement.** Celui-ci peut par exemple se manifester par le refus de rendre visite à une amie venant d'avoir un enfant, l'évasion des questions sur la naissance ou le report répété des rendez-vous de suivi en postpartum. L'évitement peut aussi être dirigé vers l'enfant, dont la présence rappelle l'accouchement [6] (voir section 4.A.). Chez certaines femmes, il est plus patent dans le domaine de la sexualité [6], où la peur de retomber enceinte peut aller jusqu'à la tokophobie [7]. Dans ce dernier cas, on pourra noter une résurgence des symptômes de TSPT-A au moment où le couple envisage de faire un autre enfant.

**3. Des altérations négatives des cognitions et de l'humeur,** qui comprennent un ensemble de symptômes rappelant ceux de la dépression, et peuvent ainsi amener les clinicien·ne·s à prendre un TSPT-A pour une dépression du postpartum. À noter que ces deux troubles sont par ailleurs fortement comorbides [5]. Il s'agit globalement d'une prédominance des émotions négatives (peur, tristesse, honte), d'une difficulté à éprouver de la joie ou du bonheur, et d'un détachement vis-à-vis d'autrui. Ces altérations se caractérisent par ailleurs par des difficultés à se souvenir de l'accouchement, une perte d'intérêt pour les activités d'habitudes appréciées, ou encore des croyances négatives envers soi, les autres ou le monde. Puisque la question de la

responsabilité peut être prégnante, les parents peuvent manifester une culpabilité excessive (par exemple : « *j'aurais dû insister davantage pour que ma compagne aille consulter* » ; « *je n'aurais pas dû faire tant de mouvements la veille* »), ou une animosité marquée envers l'équipe soignante. Lors de l'évaluation diagnostique, il est vrai qu'il peut être difficile de déterminer ce qui relève de distorsions cognitives, et ce qui est une plainte raisonnée et cohérente au regard de la situation vécue. Dans ce dernier cas, toutefois, il est généralement possible pour la personne envisager d'autres perspectives et de questionner sa vision (« *j'aurais dû insister davantage pour que ma compagne aille consulter... mais en même temps je n'avais pas les connaissances qui m'auraient permises de reconnaître que ces symptômes étaient inquiétants* »).

**4. Des altérations de l'éveil et de la réactivité**, qui englobent tout ce qui marque une « hyperactivation » liée à l'expérience traumatique : irritabilité et agressivité, sursauts fréquents, troubles du sommeil et de la concentration, comportements autodestructeurs. Ce dernier critère comprend aussi l'hypervigilance, qui peut être particulièrement manifeste en ce qui concerne l'enfant et sa sécurité. Ici, on notera que certains de ces symptômes sont fréquents et normaux dans la période du postpartum, à l'instar de l'irritabilité ou des difficultés de concentration, ce qui peut rendre l'identification du TSPT-A d'autant plus délicate.

### **C. Du côté des professionnel-le-s**

Les équipes soignantes ne sont pas épargnées par la question du traumatisme lié à l'accouchement : au Danemark, par exemple, 85% des obstétriciens et des sages-femmes estiment qu'ils ou elles ont déjà vécu un accouchement traumatique [8]. Ces expériences

difficiles peuvent entraîner un TSPT-A [9], et s'accompagnent d'un sentiment de culpabilité, de la crainte d'être blâmé·e par les parents ou les pairs, ainsi que d'une détresse considérable [8]. De par sa symptomatologie (irritabilité, évitement, trouble de la concentration ou de l'humeur, etc.), le TSPT des soignant·e·s peut insidieusement rendre ces derniers moins empathiques envers les parents, mais aussi affecter l'atmosphère de travail et les soins prodigués [10]. Il est, de plus, étroitement lié au burnout [10], lui-même étant susceptible d'augmenter les incidents liés à la sécurité des patient·e·s, et de réduire leur satisfaction [11]. Si le traumatisme des équipes soignantes n'est pas l'objet de cet article, les références suivantes peuvent être consultées : Favrod et coll., 2018 [9] ; Panagioti et coll., 2018 [11] ; Schobinger et coll., 2020 [12] ; Pickles et Herring, 2019 [13].

#### **D. TSPT-A et violences obstétricales**

Aux yeux des mères, les moments les plus bouleversants et stressants de l'accouchement seraient dans 27.4% des cas liés au bébé (complications néonatales, séparation), dans 36% des cas liés aux évènements obstétricaux (douleur, manœuvres obstétricales) et, enfin, dans 36.6% des cas liés aux relations interpersonnelles (sentiment d'être ignorée, mise sous pression, abandonnée) [14]. Ces pourcentages suggèrent donc le champ d'action des équipes, tant dans les interactions avec les parents que dans l'accompagnement lors d'inévitables complications, y compris en terme de soulagement de la douleur. Cependant, souvent assimilés, le TSPT-A et les violences obstétricales ne doivent pas être confondus. Si le TSPT-A peut être provoqué par des violences obstétricales, il peut aussi avoir de nombreuses autres causes, qui ne relèvent pas de l'équipe soignante. À l'inverse, toutes les violences obstétricales ne causent pas un TSPT-A.

### **3. Prévalence**

Dans la population générale, environ trois à six pourcent des mères développent un TSPT-A [15, 16]. Ce pourcentage atteint 18 à 19% chez les mères dites « à haut risque », comme par exemple celles qui ont connu des complications sévères durant la grossesse (pré-éclampsie, hyperémèse gravidique, etc.), celles qui accouchent avec extraction instrumentale, qui souffrent de tokophobie ou dont l'enfant est né prématurément [15]. Le TSPT-A concerne également environ cinq pourcent des partenaires dans la population générale, et 12% dans les groupes à haut risque [12].

Pour bien comprendre ces prévalences, il est important de noter qu'elles portent sur le *diagnostic* de TSPT-A. Cela signifie qu'elles ne tiennent pas compte des personnes qui présentent des symptômes sans atteindre le seuil diagnostique. Or, à titre d'exemple, 32% des mères rempliraient les critères diagnostiques pour au moins l'un des quatre grands ensembles de symptômes mentionnés ci-dessus [17]. Cette proportion ne doit pas être négligée car, même en deçà du diagnostic, les symptômes de TSPT sont associés à une perturbation significative du fonctionnement [18], ainsi qu'à de la détresse et à des idées suicidaires [19].

### **4. Conséquences du TSPT-A**

Tant les mères que leur partenaire peuvent être touché·e·s par le TSPT-A, qui peut ainsi affecter toute la famille [4, 20, 21]. Cependant, puisqu'il existe peu de données sur le TSPT-A des partenaires, cette section détaillera principalement les conséquences du TSPT-A maternel.

#### **A. Conséquences du TSPT-A sur la parentalité et l'enfant**

Au-delà de la détresse éprouvée, qui est décrite section 1.B., le TSPT-A joue sur la parentalité. En effet, les parents peuvent avoir des comportements d'évitement vis-à-vis de leur enfant, qui leur rappelle les moments traumatisants de l'accouchement [6]. C'est ce dont témoigne cette mère qui, en parlant de sa fille, explique qu'elle « *ne pouva[i]t jamais juste la câliner et la tenir dans [s]es bras* » [6, traduction libre, p. 395]. Le développement du lien parent-enfant peut alors s'en trouver affecté [4].

Le détachement émotionnel, qui est l'un des symptômes du TSPT-A, peut par ailleurs émousser l'affection portée à l'enfant, ce que le second parent pourra chercher à compenser, comme l'explique ce père dont la femme souffrait de TSPT-A : « *Je sais que j'ai essayé d'apporter beaucoup d'attention et d'amour [au bébé] parce que je sentais que peut-être [ma femme] ne le faisait pas, alors j'ai essayé de combler un peu le fossé* » [20, traduction libre, p. 502]. À l'inverse, certains parents souffrant de TSPT-A ont plutôt des comportements surprotecteurs vis-à-vis de leur enfant, à l'instar de cette mère qui témoigne d'une hypervigilance typique du TSPT-A [23] : « *J'ai... de l'anxiété pour elle depuis qu'elle est née, mais je ne me suis jamais séparé d'elle. Je ne la laisserais à personne* » [6, traduction libre, p. 395].

En ce qui concerne l'allaitement, une récente revue systématique a montré que le TSPT-A maternel était prospectivement associé à une moindre probabilité d'allaiter, et à un allaitement plus bref [21]. Des résultats similaires ont été trouvés au sein d'une vaste étude de cohorte norvégienne, qui a rapporté moins d'initiation de l'allaitement en présence d'un TSPT-A maternel [24]. Il semblerait en outre que les enfants ayant une mère présentant des symptômes de TSPT-A soient plus susceptibles de présenter des difficultés liées à l'alimentation durant les premiers mois de vie [21].

Au-delà de ces premiers mois, plusieurs études ont montré des associations négatives entre le TSPT-A maternel et le développement comportemental et cognitif de l'enfant en âge préscolaire [4]. Une étude de cohorte a ainsi conclu que, lorsque la mère avait des symptômes de TSPT-A à deux mois postpartum, son enfant était plus susceptible d'avoir des difficultés socio-affectives à deux ans, en particulier si l'enfant était un garçon ou avait un tempérament difficile [25]. Dans cette même cohorte, les symptômes de TSPT-A maternel à deux mois postpartum étaient associés à des problèmes de sommeil chez l'enfant lorsqu'il atteignait l'âge de deux ans [26]. En d'autres termes, plus la mère avait de symptômes de TSPT-A à deux mois postpartum, plus il y avait de risques que son enfant de deux ans rencontre des difficultés liées au sommeil, à commencer par des réveils nocturnes plus fréquents et un long temps d'endormissement. Ces conclusions sont similaires à celle d'une revue systématique menée par Cook, Ayers et Horsch en 2018, qui montre que les enfants avec une mère présentant des symptômes de TSPT-A sont plus susceptibles de présenter des difficultés liées au sommeil durant leurs premiers mois de vie [21].

S'ils ne sont pas exhaustifs, les résultats de cette section suggèrent à quel point le développement et le bien-être de l'enfant est un enjeu central du TSPT-A. À titre d'illustration, au Royaume Uni, il a été estimé que les problèmes de santé mentale maternelle durant la période périnatale coûtaient 8.1 milliards de livres sterling pour chaque cohorte de naissance annuelle, or 72% de ce montant serait directement lié aux conséquences de ces difficultés sur l'enfant [27].

## **B. Conséquences du TSPT-A sur le couple**

Le TSPT-A peut également avoir des conséquences sur le couple : ainsi, les symptômes du TSPT-A maternel à deux mois postpartum prédisent une faible satisfaction de la relation de couple deux ans après l'accouchement<sup>1</sup> [28]. À ce propos, une étude qualitative a relevé six grandes thématiques liées aux effets du TSPT-A sur le couple : 1. **la relation physique** ; 2. **la communication avec l'autre** ; 3. **les émotions négatives au sein du couple** ; 4. **le fait de recevoir ou de donner du soutien à l'autre** ; 5. **l'adaptation ensemble, en tant que couple** et 6. **l'effet global sur la relation** [20]. Concernant la relation physique, l'évitement des rapports sexuels a été la difficulté la plus souvent citée. Celui-ci peut être lié au fait que l'acte sexuel rappelle certains moments de l'accouchement, mais aussi au fait que les femmes aient peur de retomber enceinte ou ressentent le besoin de protéger leur corps, qui leur paraît meurtri [20]. Dans cette même étude, les mères déclaraient s'être senties négligées par leur partenaire. Quant à ces derniers, ils rapportaient avoir souffert d'un manque de compréhension et de soutien de la part de leur compagne, et parfois ressenti une irritation devant sa détresse [20]. Ils témoignaient également d'un sentiment d'impuissance lorsqu'ils essayaient de la soutenir mais que leurs tentatives s'avéraient inefficaces [20]. L'un d'entre eux qui, tout comme sa femme, a développé un TSPT-A, raconte ainsi : « *Nous avons perdu beaucoup de choses joyeuses que nous avions l'habitude d'avoir, nous sommes devenu-e-s beaucoup plus sérieux-se avec la responsabilité, et quand [mon bébé] pleurait, cela nous tirait vraiment vers le bas, et en fait nous avons changé de manière assez substantielle, je pense que c'était une période très sombre de notre vie, vraiment* » [20, traduction libre, p. 502].

### C. Conséquences du TSPT-A sur les grossesses ultérieures

---

<sup>1</sup> Cette relation étant toutefois médiée par les symptômes de dépression du postpartum maternels

Pour finir, le TSPT-A peut avoir des conséquences négatives sur les futures grossesses. Ainsi, les femmes traumatisées par leur premier accouchement ont non seulement moins d'enfants par la suite, mais sont également susceptibles d'attendre d'avantage avant d'envisager une seconde grossesse [29]. Par ailleurs, cette dernière peut s'accompagner de peur, d'anxiété, de panique, de crainte ou de déni [30]. C'est ce que décrivent ces deux femmes, la première lorsqu'elle a réalisé qu'elle était à nouveau enceinte : « *Je me souviens du moment exact où j'ai réalisé ce qui se passait. [...] J'ai soudain su que j'étais à nouveau enceinte ! [...] Je me souviens avoir regardé le soleil, cet arbre, les fenêtres du bureau en me disant : « NON ! Dieu, S'IL VOUS PLAÎT, NON ! » J'ai tout de suite senti ma poitrine s'enfoncer en moi et peser mille tonnes. J'avais le souffle court, la tête brûlée. Tout ce à quoi je pensais, c'était "NON ! »* [30, traduction libre, p. 245], et la seconde lorsqu'elle imagine son nouvel accouchement : « *Pour moi, donner la vie c'était perdre la mienne* » [1, 56 min. 22].

Heureusement, une nouvelle grossesse peut aussi être l'occasion de se réconcilier avec la maternité et l'accouchement, comme le décrit cette mère : « *J'ai été traitée avec respect, mes souhaits et ceux de mon mari ont été écoutés. Cette fois, je n'ai pas été traitée comme un morceau de viande, mais comme une femme qui vit l'un des plus beaux événements de la nature* » [30, traduction libre, p. 246]. D'ailleurs, si certaines femmes enceintes ayant vécu un accouchement traumatique souffriraient de tokophobie et témoigneraient d'un plus faible attachement prénatal, d'autres présenteraient au contraire un niveau d'attachement prénatal plus élevé que les femmes non traumatisées [31]. Ce dernier résultat pourrait suggérer une croissance post-traumatique, c'est-à-dire l'apparition de changements positifs dans les croyances ou le fonctionnement, qui font suite à des événements de vie difficiles [30, 31].

## **5. Etiologie du TSPT-A**

Puisque la vaste majorité des études se sont concentrées sur le TSPT-A maternel, l'étiologie du TSPT-A des partenaires ne sera pas abordée ici. Cependant, il est probable que certains mécanismes décrits ci-dessous se retrouvent chez eux/elles.

### A. Facteurs de risque du TSPT-A

À travers une revue systématique, Andersen et ses collègues [32] ont mis en évidence deux facteurs de risques *majeurs* dans le développement du TSPT-A : 1. **la détresse subjective durant le travail** (expérience du travail et/ou émotions négatives, détresse, perte de contrôle, dissociation périnatale, douleur pendant le travail, peur intense pour son bébé et/ou soi-même, et peur élevée de l'accouchement) ; et 2. **les urgences obstétricales** (césarienne en urgence et manœuvres instrumentales). Dans cette même revue, les facteurs suivants avaient un rôle prédictif *modéré* : 1. **d'autres facteurs obstétricaux** (complications maternelles durant la grossesse, l'accouchement ou le postpartum, césarienne électorale) ; 2. **les complications liées à l'enfant** (handicap, hypoxie néonatale, faible poids de naissance et prématurité) ; 3. **les difficultés de santé mentale pendant la grossesse** (dépression et stress/anxiété traumatique) ; 4. **les facteurs psychosociaux** (antécédents de difficultés de santé mentale, faible compétence de *coping*/sens de la cohérence, manque de souvenirs positifs liés à la grossesse) ; 5. **un faible soutien de l'équipe soignante ou du/de la partenaire** ; et 6. **les antécédents de traumatisme psychologique ou d'abus sexuels**. Ces résultats font fortement écho au modèle diathèse-stress du TSPT-A d'Ayers et ses collègues [5], qui distingue les facteurs de vulnérabilité présents durant la grossesse, des facteurs de risque durant l'accouchement et des facteurs postnataux (Figure 1). Il souligne notamment l'importance de l'évaluation subjective de l'accouchement, ainsi que le rôle des facteurs postnataux dans la persistance des symptômes du TSPT-A.

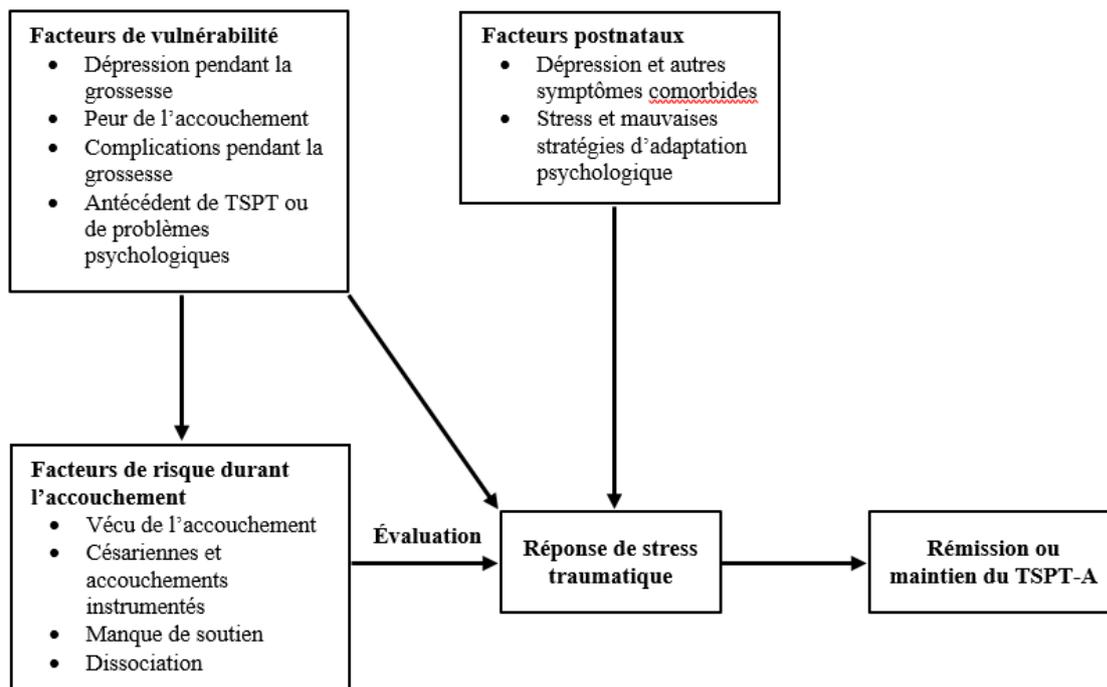


Figure 1. Modèle diathèse-stress du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement, basé sur Ayers et coll., 2016 [5]. Traduit. Reproduit avec autorisation.

## B. Maintien du TSPT-A : mécanismes cognitifs

D'un point de vue cognitif, King, McKenzie-McHarg et Horsch ont récemment montré la pertinence du modèle d'Ehlers et Clark [33] dans une contexte périnatal [34]. Partant du principe que les cognitions ont un rôle central dans le développement du TSPT, ce modèle postule que le sentiment de menace imminente serait le résultat d'une évaluation cognitive particulièrement négative durant et/ou après l'accouchement traumatique, ainsi que d'une altération de la mémoire autobiographique. Ce sentiment de menace imminente serait réactivé de manière involontaire par des personnes ou des situations partageant certaines caractéristiques avec l'événement traumatique (telles que l'enfant, l'équipe soignante ou l'hôpital). Ces réactivations incessantes pousseraient au développement de comportements et de stratégies

cognitives visant à diminuer la souffrance associée à aux sentiment de menace, et caractérisés par un fort évitement. Bien que destinées à contrôler le sentiment de menace, les stratégies déployées joueraient paradoxalement un rôle majeur dans la persistance des symptômes du TSPT-A, en empêchant des changements dans l'évaluation cognitive de l'accouchement et la nature de la mémoire autobiographique [33, 34]. Selon King et ses collègues [34], 37% de la variance des symptômes du TSPT-A serait expliquée par des facteurs cognitifs, justifiant ainsi de les traiter par une approche cognitivo-comportementale.

## **6. Approches préventives et thérapeutiques**

### **A. Prévention du TSPT-A pendant la grossesse**

Parce que l'accouchement est un évènement plutôt prédictible, arrivant au terme d'un suivi médical de plusieurs mois, et que les facteurs de vulnérabilité sont de mieux en mieux connus (voir section 5), le TSPT-A se prête bien à des interventions de prévention primaire. Une première approche pourrait passer par le travail, pendant la grossesse, sur les représentations de l'accouchement [35]. En effet, des attentes irréalistes ou trop rigides peuvent participer à rendre l'accouchement et ses imprévus d'autant plus traumatisants [35]. Il paraît donc important de sensibiliser les couples au fait que la naissance peut nécessiter différentes sortes d'interventions médicales. Pour cela, un plan de naissance en arborescence, c'est-à-dire incluant plusieurs scénarios (par exemple : ce qui est souhaité en cas de déclenchement, de césarienne en urgence, ou encore d'accouchement prématuré) permettrait aux parents d'envisager d'autres modalités d'accouchement et de s'y préparer [36]. Cette stratégie pourrait être d'autant plus pertinente pour les femmes présentant des facteurs de risques (voir section 5), mais nécessite bien

évidemment de dispenser l'information avec discernement, particulièrement pour celles présentant des signes de tokophobia.

Chez les femmes ayant des antécédents de TSPT, la psychoéducation autour du stress post-traumatique et des autres troubles comorbides, si elle peut être pertinente, doit être proposée avec parcimonie, en fonction des souhaits et de la situation de chacune [4]. Il en ira de même pour les thérapies centrées sur les précédentes expériences traumatiques, qui sont émotionnellement pénibles et doivent être envisagées à l'aune de la balance bénéfice-risque : d'un côté, ces traitements peuvent faire ressurgir des émotions ou de l'angoisse, entraînant ainsi le risque d'une exposition au stress *in utero* [4], de l'autre des traumatismes irrésolus peuvent non seulement perturber la grossesse mais aussi être réactivés lors de l'accouchement et contribuer à en faire une nouvelle expérience traumatique. Dans le cas d'un traumatisme lié à un abus sexuel, par exemple, la sensation des mouvements de fœtus ou l'accouchement par voie basse peuvent déclencher des intrusions traumatiques [4].

## **B. Prévention du TSPT-A pendant l'accouchement**

Selon une récente revue de littérature, il n'existe pas encore de données probantes sur les interventions de prévention du TSPT-A pendant l'accouchement [37]. Cependant, les connaissances dont nous disposons sur les facteurs de risques du TSPT-A suggèrent que la qualité des soins et le soutien reçu pendant l'accouchement sont déterminants [4, 5, 16]. Par conséquent, percevoir l'équipe soignante comme étant en contrôle de la situation [38], recevoir une information appropriée [34] ainsi que des marques de soutien de la part de l'équipe comme du partenaire [5] pourraient contribuer à un vécu positif de l'accouchement et donc limiter le développement du TSPT-A [4] (voir section 5).

### C. Prévention du TSPT-A après l'accouchement

À ce jour, les interventions de prévention secondaire du TSPT-A sont encore rares, mais il existe plusieurs pistes prometteuses. Chez les mères d'enfants hospitalisés, une intervention de crise proposée rapidement après la naissance et complétée d'un soutien psychologique tout au long du séjour en néonatalogie permettrait de réduire les symptômes de TSPT-A [39]. Notons toutefois que toute intervention précoce ne se vaut pas puisque le débriefing, par exemple, se révèle inefficace lorsqu'il consiste en un entretien mené dans les tous premiers jours suivant l'accouchement, et qu'il repose sur le CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*) [36, 37].

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) fait également l'objet d'un intérêt grandissant pour la prévention du TSPT-A. Il s'agit d'une technique par laquelle les patient·e·s évoquent leurs souvenirs traumatiques tout en recevant une stimulation bilatérale (généralement, par un mouvement oculaire) [40]. Bien qu'il existe encore peu d'études réalisées dans un contexte périnatal, l'une d'entre elle a suggéré qu'une session de 90 minutes d'EMDR, si elle est réalisée dans les premiers jours postpartum, réduirait les symptômes de stress liés à l'accouchement à six semaines postpartum [40].

Plusieurs travaux indiquent également que l'écriture expressive pourrait permettre de prévenir le TSPT-A [37]. Celle-ci consiste pour les parents à écrire pendant 20 minutes sur leurs émotions, pensées et sentiments liés à l'accouchement. Pratiquée dans les premiers jours suivant la naissance, l'écriture expressive réduirait les symptômes de TSPT-A à trois mois postpartum, chez les mères issues de la population générale [37].

Plus inattendu, une brève intervention comportementale incluant une tâche visuospatiale réduirait les intrusions traumatiques liés à l'accouchement, et préviendrait le TSPT-A. Dans une étude pilote menée sur 56 femmes ayant eu une césarienne en urgence, il a en effet été montré que celles qui réalisaient une tâche visuospatiale (ici, jouer en jeu vidéo Tétris pendant 15 minutes) dans les six heures suivant la naissance rapportaient moins d'intrusions traumatiques durant la première semaine postpartum que celles qui recevaient uniquement les soins habituels [41]. Cette intervention présente l'avantage de ne pas requérir d'évocation détaillée de l'accouchement et d'être accessible aux parents allophones, mais n'a pour l'instant été étudiée que dans le cadre de césariennes en urgence, c'est-à-dire dans des groupes à haut risque de TSPT-A [42].

#### **D. Traitement du TSPT-A (au-delà d'un mois postpartum)**

Les interventions thérapeutiques pour le TSPT-A sont mieux connues et plus largement étudiées que les interventions préventives. Le *National Institute of Health and Clinical Excellence*<sup>2</sup>, qui est l'organisme britannique en charge de la publication des directives dans le domaine de la santé, recommande les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme [43]. Ces dernières comprennent un large éventail de techniques comportementales, cognitives et émotionnelles, visant à travailler avec les parents sur les moments les plus traumatiques de l'accouchement. Elles peuvent être offertes dans le cadre d'entretiens individuels, en groupe, ou même en ligne [44]. L'EMDR est également indiqué pour un emploi à visée thérapeutique, bien que les études réalisées dans un contexte périnatal soient encore rares et aient été réalisées sur de tout petits échantillons [45]. Enfin, chez les mères d'enfants nés très prématurément, l'écriture expressive à trois mois d'âge corrigé, à raison de 15 minutes durant trois jours

---

<sup>2</sup> Les auteures de cet article n'ont pas trouvé de recommandations françaises sur la prise en charge du TSPT lié à l'accouchement.

consécutifs, réduirait les symptômes de TSPT-A [46]. Globalement, toutes ces techniques peuvent être rassemblées sous la bannière des thérapies psychologiques centrées sur le traumatisme, qui incluent aussi des techniques d'exposition. D'après une récente méta-analyse et revue systématique, celles-ci sont efficaces à court comme à moyen terme, c'est-à-dire jusqu'à six mois postpartum, mais il existe encore peu de données sur le long terme [44].

## **7. Recommandations**

Faisant écho à la littérature mentionnée ci-dessus, voici quelques recommandations à l'attention des équipes soignantes. Elles sont notamment adaptées de Schobinger et coll., 2020 [12]. Nous invitons également à la lecture de Patterson, Hollins et Martin 2019 [47].

### **Recommandations générales**

- Que ce soit avant, pendant, ou après l'accouchement, la relation et la communication avec les deux parents est clé : insister sur l'importance des compétences relationnelles de l'équipe soignante, proposer de la formation.
- Mettre l'accent sur *comment* est prodigué un soin, et pas uniquement *s'il* est prodigué.
- Assurer la présence d'une traductrice et d'autres supports de communication (informations écrites, schémas, capsules vidéos, etc.) si besoin.
- Avoir une attitude bienveillante, accueillante, non-infantilisante.
- Autant que possible, prendre les décisions *avec* les parents.
- Assurer une continuité de soins.

### **Avant la naissance**

- Préparation à la naissance : donner de l'information, faire visiter les lieux, encourager les questions, enseigner des techniques pour gérer le stress une fois le moment venu (relaxation, travail sur la respiration, etc.).
- Investiguer le vécu des accouchements précédents et les craintes par rapport à l'accouchement à venir.
- Explorer les représentations que le couple a d'un accouchement « normal » et de leur accouchement « de rêve » ; accompagner les futur·e·s parents vers des souhaits réalistes.
- Travailler sur un projet de naissance en impliquant le/la partenaire, et en collaboration avec les équipes soignantes. Il est important de faire se rencontrer les attentes des deux parties : couple et professionnel·le·s.
- Explorer le savoir des futur·e·s parents concernant les potentiels risques et complications liés à l'accouchement ; expliquer comment ces situations seront gérées par l'équipe.
- Selon ses souhaits, impliquer le/la partenaire dans la préparation à la naissance et pendant l'accouchement : il/elle peut soutenir la future mère, et aider à la communication avec l'équipe soignante.

### **Pendant l'accouchement**

- Évaluer fréquemment la douleur ressentie, et assurer une bonne prise en charge de celle-ci, pendant et après l'accouchement.
- Assurer la continuité de l'information lors d'un changement de service : favoriser les relèves en présence et avec la patiente.
- Être à disposition pour répondre aux questions, donner de l'information.

## **Après l'accouchement**

- Recevoir le retour d'expérience du couple, ne pas préjuger de celui-ci (par exemple, ne pas dire « Vous avez eu un bel accouchement ! » sans avoir sondé le vécu des parents).
- Soutenir l'allaitement et encourager le contact peau-à-peau avec l'enfant, selon les souhaits du couple.
- Distribuer un petit livret aux parents, les sensibilisant à la question des accouchements traumatiques et du TSPT-A. S'assurer que ce document contient des contacts vers des professionnel·le·s de la santé mentale, des groupes de paroles et des associations locales.
- Offrir une consultation au couple à partir d'un mois postpartum (binôme sage-femme et médecin, idéalement ceux/celles qui connaissent le dossier), pour discuter du vécu de l'accouchement et donner de l'information selon les besoins des parents. Cette démarche implique aussi un dépistage du TSPT-A, de la dépression du postpartum et des troubles anxieux, qui peut se faire soit par un·e professionnel·le de la santé mentale soit sous sa supervision et à l'aide de questionnaires validés (par exemple : le PCL-5 appliqué à l'accouchement pour le TSPT-A).
- Si nécessaire, adresser les parents à un·e professionnel·le de la santé mentale pour la suite de la prise en charge.

## **Auprès des équipes**

- Sensibiliser les équipes au TSPT-A et ses manifestations, telles que les pensées intrusives, cauchemars, troubles du sommeil ou la difficulté à établir un lien avec le bébé, pour qu'elles puissent détecter les personnes à risque.
- Souligner l'importance de l'attitude des professionnel·le·s dans la perception d'une naissance comme étant traumatique, sans les culpabiliser.

- Permettre un espace de discussion et de réflexion après un accouchement potentiellement stressant ou traumatique, pour faciliter l'expression des émotions et améliorer les prises en charge.

## **8. Conclusion**

Le TSPT-A est un trouble bien spécifique du postpartum. Il a une symptomatologie singulière, et de nombreuses conséquences délétères sur le couple, la parentalité, l'enfant et les futures grossesses. Bien que cet article témoigne du manque de données disponibles sur l'expérience du ou de la partenaire, une part grandissante des travaux de recherche s'y intéresse désormais. Par ailleurs, le développement des connaissances sur les facteurs de risque du TSPT-A suggère la multiplicité des approches potentielles, qu'elles soient préventives ou thérapeutiques. Loin d'être entre les seules mains des professionnel·le·s de la santé mentale, ces dernières ouvrent la voie à une collaboration interprofessionnelle entre l'ensemble des équipes soignantes qui se trouvent sur le chemin des parents durant toute la période périnatale.

## Bibliographie

1. Méric L, Gerber C (2018) *Accoucher sans violences*. 36.9°. Switzerland: RTS TV.
2. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ (2010) A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med.*40(11):1849-59.
3. American Psychiatric Association (2016) *Mini DSM-5: critères diagnostiques (3e éd.)*: Elsevier Masson.
4. Horsch A, Garthus-Niegel S (2019) Posttraumatic stress disorder following childbirth. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law*. London: Routledge.
5. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K (2016) The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.*46(6):1121-34.
6. Ayers S, Eagle A, Waring H (2006) The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med.*11(4):389-98.
7. Hofberg K, Brockington I (2000) Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.*176:83-5.
8. Schroder K, Jorgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC (2016) Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.*95(7):735-45.
9. Favrod C, Jan du Chene L, Martin Soelch C, Garthus-Niegel S, Tolsa JF, Legault F, et al. (2018) Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. *Front Psychiatry.*9(364):364.
10. Sheen K, Slade P, Spiby H (2014) An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *J Adv Nurs.*70(4):729-43.
11. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. (2018) Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.*178(10):1317-30.
12. Schobinger E, Gashi S, Avignon V, Horsch A (2020) *Accouchements traumatiques : perspective soignante*. *Krankenpflege Soins infirmiers.*56-61.
13. Pickles C, Herring J (2019) *Childbirth, Vulnerability and Law*. London: Routledge. 272 p.
14. Harris R, Ayers S (2012) What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychol Health.*27(10):1166-77.
15. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L (2017) The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.*208:634-45.
16. Grekin R, O'Hara MW (2014) Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*34(5):389-401.
17. Maggioni C, Margola D, Filippi F (2006) PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*27(2):81-90.
18. Brancu M, Mann-Wrobel M, Beckham JC, Wagner HR, Elliott A, Robbins AT, et al. (2016) Subthreshold posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of DSM-IV prevalence and a proposed DSM-5 approach to measurement. *Psychol Trauma.*8(2):222-32.
19. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ, Ruscio AM, Karam EG, Shahly V, et al. (2015) Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry.*77(4):375-84.
20. Nicholls K, Ayers S (2007) Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *Br J Health Psychol.*12(Pt 4):491-509.
21. Cook N, Ayers S, Horsch A (2018) Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disorders.*225:18-31.
22. Horsch A, Jacobs I, Gilbert L, Favrod C, Schneider J, Morisod Harari M, et al. (2017) Impact of perinatal asphyxia on parental mental health and bonding with the infant: a questionnaire survey of Swiss parents. *BMJ Paediatr Open.*1(1):e000059.
23. Horsch A, Ayers S (2016) *Childbirth and Stress*. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. p. 325-30.

24. Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M (2018) The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*.45(2):193-201.
25. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M (2017) The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med*.47(1):161-70.
26. Garthus-Niegel S, Horsch A, Bickle Graz M, Martini J, von Soest T, Weidner K, et al. (2018) The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *J Affect Disord*.241(1573-2517 (Electronic)):71-9.
27. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science, London, UK.; 2014.
28. Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest T, Ayers S, Weidner K, et al. (2018) The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Front Psychol*.9:1728.
29. Gottvall K, Waldenstrom U (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*.109(3):254-60.
30. Beck CT, Watson S (2010) Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nurs Res*.59(4):241-9.
31. Garthus-Niegel S, Horsch A, von Soest T, Haga SM, Drozd F, Ayers S, et al. (2020) Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Arch Womens Ment Health*.23(4):547-55.
32. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS (2012) Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*.91(11):1261-72.
33. Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*.38(4):319-45.
34. King L, McKenzie-McHarg K, Horsch A (2017) Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*.17(1):32.
35. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M (2006) Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev*.26(1):1-16.
36. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. (2015) Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.33(3):219-37.
37. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI (2018) Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*.97(6):648-56.
38. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E (2016) Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*.32:87-92.
39. Jotzo M, Poets CF (2005) Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*.115(4):915-9.
40. Chiorino V, Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Roveraro S, Bertolucci GG, et al. (2019) The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health*.1-16.
41. Horsch A, Vial Y, Favrod C, Harari MM, Blackwell SE, Watson P, et al. (2017) Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behav Res Ther*.94:36-47.
42. Sandoz V, Deforges C, Stuijzand S, Epiney M, Vial Y, Sekarski N, et al. (2019) Improving mental health and physiological stress responses in mothers following traumatic childbirth and in their infants: study protocol for the Swiss TrAumatic biRth Trial (START). *BMJ Open*.9(12):e032469.
43. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).

44. Furuta M, Horsch A, Ng ESW, Bick D, Spain D, Sin J (2018) Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*.9:591-.
45. de Bruijn L, Stramrood CA, Lambregtse-van den Berg MP, Rius Ottenheim N (2020) Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*.41(1):5-14.
46. Horsch A, Tolsa JF, Gilbert L, du Chene LJ, Muller-Nix C, Bickle Graz M (2016) Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry Hum Dev*.47(5):780-91.
47. Patterson J, Hollins Martin CJ, Karatzias T (2019) Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*.76(1532-3099 (Electronic)):21-35.

ACCEPTED