

Verhaeghe Catherine

Juin 2019

CIU en victimologie et psychotraumatologie:

L’Etat de Stress Post-Traumatique Post Partum

**Abstract:** L’ESPT est un trouble qui peut être déclenché après un événement potentiellement traumatisant. L’accouchement peut ainsi être associé à un sentiment de menace vitale pour la maman ou son enfant et véhiculer des émotions négatives de peur intense ou de perte de contrôle, voire d’impuissance. L’individualisation des répercussions post-traumatiques de l’accouchement sur le psychisme de la femme date des années ’90. L’ESPT dans le postpartum touche 1,5 à 3% des mamans à 6 mois de l’accouchement et 24 à 33% souffrent de symptômes d’ESPT (Montmasson, Bertrand, Perrotin & El-Hage, 2012). Dans ce travail, nous nous intéresserons à cette symptomatologie spécifique et ses conséquences intra-, inter- et supra-personnelles, sa comorbidité et ses prédicteurs. Les échelles citées dans la littérature seront évoquées et analysées au niveau de leur utilité et les conclusions du questionnaire tenteront d’éclaircir les stratégies et moyens utilisés par les professionnels de la santé en Belgique. Finalement, nous aborderons les différents traitements d’ESPT postpartum. Le fil rouge de cette dissertation étant sans aucun doute **la prévention**, nous espérons que les énumérations puissent être utilisées comme guideline pour tout professionnel confronté à une maman souffrant d’ESPT.

**Remerciements**

*La réalisation de ce travail a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude…*

*Ma famille*

*Dean, un papa héros,*

*Liam et Mathis, qui donnent du sens à la nais ‘sens’*

*Anne, grand-mère dévouée et maitre en logistique*

*Mes collègues et amies*

*Valérie, Elodie, Marie, Anja,*

*Jess, psychologue, pour son écoute,*

*Gwenaelle, neuro-psychologue, pour tous les liens intéressants, sa lecture, ses conseils et tout son enthousiasme,*

*Astrid, psychologue, ma grande source d’inspiration, elle saura pourquoi…,*

*Evelyne, Béa, Samar, Coralie*

*Sophie, psychologue,*

*J’aimerais également remercier toutes ces personnes fascinantes et passionnées pour leurs conseils et leur écoute*

*France Roblain, médecin généraliste spécialisée en burn-out et victimologie*

*Nathalie Gilmant, psychologue*

*Catherine Gauthier, infirmière*

*Laetitia Schull, psychologue*

*Sarah Verroken, psychologue spécialisée en trauma*

*Tous les formateurs de Victimologie à ULB*

*Et toutes ces mamans résilientes qui continuent courageusement à mettre leurs enfants au monde…*

**Table des matières**

1. *Analyse bibliographique*
   1. Définition ESPT Post Partum
      1. Symptômes spécifiques…………………………………………...………4
      2. Echelles…………………………………………………………….……11
   2. Conséquences…………………………………………………………….…...…16
   3. Diagnostic différentiel…………………………………………………………..18
   4. Prévalence et incidence……………………………………………………….…20
   5. Prédicteurs………………………………………………………………………21
   6. Traitement…………………………………………………………………….....26
      1. Traitement psychologique immédiat…………………………………....26
      2. Traitement psychologique post-immédiat………………………………26
      3. Traitement médicamenteux…………………………………………...…28
2. *Questionnaire*
   1. Procédure…………………………………………………………………….….30
   2. Analyse des résultats et conclusion………………………………….….………30
3. *Une réflexion par rapport à la prévention : le ‘kit’ de sensibilisation*………….......32
4. *Conclusions*…………………………………………………………………...……..35
5. *Bibliographie*………………………………………………………………………..36
6. *Annexes*……………………………………………………………………...………43
   1. *Annexe 1 : Questionnaire version F…………………………………………*…...*..….*43
   2. *Annexe 2 : Questionnaire version N*………………………………………….….44
   3. *Annexe 3 : Brochure*…………………………………………………….........….45
   4. *Annexe 4 : Affiche*…………………………………………………………...…...49
7. *Analyse bibliographique*
   1. Définition ESPT Post Partum

1.1.1 Symptômes spécifiques

La naissance d’un enfant est une des expériences les plus intenses et émotionnelles dans la vie d’une femme et la perception de cet événement peut être extrême, allant de ‘très positive’ à ‘très difficile à intégrer’. Avant de débuter l’analyse des symptômes, il est important de signaler que l’Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) postpartum touche les mères comme les pères (Etheridge & Slade, 2017). Cependant, dans ce travail, nous nous concentrerons uniquement sur l’ESPT postpartum chez la femme. La littérature confirme que les femmes qui ont vécu un accouchement traumatisant souffrent des mêmes symptômes que l’ESPT provoqué par d’autres événements potentiellement traumatisant (Stella, 2015).

La présence de la symptomatologie traumatique reliée à l'accouchement a d'abord été documentée en France sous le thème de névrose traumatique post-obstétricale, avant même l'apparition officielle de l'ESPT dans le DSM-III (APA, 1980).

Bydlowski et Raoul-Duval (1978) observaient une apparition de cauchemars dans le dernier trimestre de la grossesse chez des femmes avec un historique d'accouchement difficile. D’autres études de cas sont ensuite apparues dans les années 90 mais ce n'est qu'avec l'arrivée du DSM-IV (APA, 1994) que les études quantitatives ont émergé (Verreault, 2014).

La nouvelle version du DSM-V (APA, 2013) a apporté des changements importants dans les critères diagnostiques de l'ESPT. Tout d' abord, l'ESPT ne se retrouve plus parmi la catégorie des troubles anxieux, mais dans une catégorie spécifique aux troubles liés aux événements traumatiques (Verreault, 2014). Il est aussi important de souligner que l’ESPT peut être partiel ou complet.

A l’heure actuelle, selon le DSM V, une personne souffrant d’ESPT répondrait aux critères suivants :

**Critères A (1 exigé) :** **avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d’une ou plusieurs façons suivantes :**

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants
2. En étant témoin direct d’un ou plusieurs événements traumatisants
3. En apprenant qu’un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d’un membre de la famille ou d’un ami, l’événement doit avoir été violent ou accidentel
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d’un événement traumatisant

**Critères B (1 exigé) : Présence d’un ou plusieurs symptômes d’intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l’événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d’images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l’événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l’environnement actuel).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l’exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l’événement traumatisant
5. Réactions physiologiques marquées lors de l’exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

**Critères C (1 exigé) : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l’indique au moins un des symptômes suivants :**

1. Évitement ou tentative d’évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l’événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse
2. Évitement ou tentative d’évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l’esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l’événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

**Critères D (3 exigés): Altérations des cognitions et de l’humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l’indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Incapacité de se souvenir d’éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d’une amnésie dissociative et non pas à cause d’autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d’alcool ou de drogues)
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d’autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ».
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l’événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte)
5. Réduction nette de l’intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d’éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d’affection).

**Critère E (3 exigés) : Profondes modifications de l’état d’éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l’événement traumatisant s’est produit, comme l’indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s’expriment typiquement sous forme d’agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagérée
5. Problèmes de concentration
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s’endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère F (exigé): La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d’un mois.**

**Critère G (exigé) : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociales, professionnelles, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.**

**Critère H (exigé): La perturbation n’est pas attribuable aux effets physiologiques d’une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

**Spécifier le type :**

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de **trouble de stress post-traumatique** et, de plus, en réaction à l’agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l’un ou l’autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation :** expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu’observer de l’extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n’est pas réel ou que tout se passe au ralenti)
2. **Déréalisation :** Sentiment persistant ou récurrent que l’environnement n’est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l’impression d’être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d’une substance (p. ex., moments d’absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d’épilepsie partielles complexes).*

**Avec manifestation différée :**

Si l’ensemble des critères de diagnostic n’est présent que six mois après l’événement (bien que l’apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l’immédiat).

L’accouchement est un événement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d’une femme. En psychologie développementale, les changements corporels et psycho-sociaux fondamentaux et irréversibles qui débutent dès la grossesse sont considérés comme une situation de crise développementale et d’autant plus quand il s’agit du premier enfant. L’impact de l’événement dépendra de l’intensité des émotions vécues telles que sentiments de terreur, angoisse par rapport à la mort du bébé et/ou celle de la maman et sensation d’impuissance et de perte de contrôle (Söderquist, Wijma & Wijma, 2002).

Plusieurs études confirment que l’accouchement peut être potentiellement traumatique et même mener à un ESPT. Cependant l’ESPT postpartum semblerait une entité nosographique mal connue parmi les professionnels de la santé de première ligne. De plus, nous constatons une discrépance entre le vécu de l’accouchement du point de vue de la maman et celui du professionnel. Cette même discordance peut également être retrouvée quand la nouvelle maman essaie d’exprimer ses émotions et cognitions négatives par rapport à l’accouchement à un entourage qui ne cesse de lui rappeler que c’est un événement heureux et qu’elle devrait être ‘reconnaissante parce qu’elle a un bébé en bonne santé’. Cette difficulté d’entrer dans un vrai dialogue ne fait qu’augmenter la sensation de profonde solitude et l’impuissance de la maman.

Les articles que nous avons consultés décrivent les symptômes suivants pour l’ESPT postpartum :

* **L’intrusion** caractérisée par des flash-backs et des cauchemars de la naissance: cet aspect est le symptôme le plus récurrent tout de suite post-accouchement et peut s’atténuer après 6 semaines (De Schepper, Vercauteren, Tersago, Jacquemyn, Raes & Franck, 2016).

Ces reviviscences peuvent être déclenchées par tout ‘trigger’ rappelant l’expérience traumatique et replonger la maman dans les sensations physiques et psychiques de l’accouchement.

Elles peuvent également entraîner des comportements d’évitement (voir ci-dessous) par ex : éviter des consultations gynécologiques,…

Certaines mamans se décrivent ‘enfermée’ dans l’expérience de leur accouchement, ne pouvant se détacher de cette temporalité. Le retour intrusif du passé peut renforcer le besoin de raconter son histoire à répétition à des gynécologues et des sage-femmes, ce qui a parfois l’effet inverse de renforcement de la solitude (Simpson, Schmied, Dickson & Dahlen, 2018).

* **Comportements d’évitement** : la littérature signale l’évitement de relations sexuelles, des avortements répétés ou césariennes électives par peur de la grossesse et l’accouchement et même tocophobie ou peur pathologique de la grossesse et de l’accouchement (Simpson et al., 2018).

Cependant l’évitement peut aussi faire partie d’un processus de coping actif.

Ne pas penser et parler de l’événement traumatique et éviter les personnes, les endroits, les livres et les programmes télé rappelant son accouchement permet à la femme d’assumer son rôle de maman.

* **Syndrome d’hyperactivité neurovégétative :** il se manifeste par destroubles du sommeil, l’irritabilité, les problèmes alimentaires et des sphincters, les accès de colère, l’agressivité, les difficultés de concentration, l’hypervigilance et les réactions excessives de sursaut.
* **Réactions dissociatives** : la maman exécute les routines en se sentant anesthésiée, détachée et dissociée (Simpson et al., 2018). Elle vit sa maternité avec un sentiment d’irréel.
* **Difficultés relationnelles :** L’ESPT postpartum peut modifier la relation *mère–enfant*. Le style de ‘bonding’ ou attachement peut être plus précaire et désorganisé. Les études démontrent que les mamans ont soit un lien d’attachement évitant/rejetant ou soit un lien trop anxieux/protecteur envers leur nouveau-né (Parfitt & Ayers, 2009). Les effets long terme de ce manque de ‘bonding’ peuvent être désastreux et même transgénérationnels (Enlow, Egeland, Carlson, Blood & Wright, 2014).

La *relation avec le conjoint* semblerait également impactée par l’ESPT postpartum, surtout quand la maman a l’impression que son partenaire ne comprend pas ce qu’elle vit et ne lui procure pas un soutien adéquat. Le manque d’intimité et de communication, la perte d’amour propre, les conflits et surtout les reproches par rapport à certains actes du conjoint pendant l’accouchement peuvent mettre la relation sous tension (Simpson et al., 2018). N’oublions pas non plus que les pères peuvent également être affectés par ‘la scène de l’accouchement’ et même développer des signes d’ESPT (Parfitt & Ayers, 2009).

* **Altération de l’humeur :** les altérations négativesont été rajoutées comme critère de diagnostique dans la publication la plus récente du DSM V (Byrne, Egan, Mac Neela & Sarma, 2017).
* **Cognitions négatives :** Les mamans se décrivent comme étant ‘mutilées’, ‘humiliées’, remettant en question leur corps, se sentant ‘vidée’ par la douleur physique et ‘physiquement déprimée’. Elles peuvent développer une vue morose et négative sur leur vagin (Simpson et al., 2018). On note également l’oubli de détails de l’accouchement, sentiments négatifs par rapport à soi, peur pour un événement grave, auto- et hétéro-accusation, honte, perte d’intérêt pour les activités, sensation de détachement des autres et incapacité de sentir des émotions positives. (Ayers, Wright & Thornton, 2018). L’oubli d’aspects importants peut d’ailleurs être un signe de dissociation pendant l’accouchement (Verreault, 2014).
* **Détresse psychologique** intense et prolongée, difficulté d’adaptation à la maternité. L’ESPT est associé à un risque accru de dépression (Shahar et al., 2015 dans Dikmen-Yildiz, Ayers & Philips, 2018). Les idées suicidaires peuvent en être la conséquence.

Les symptômes d’ESPT postpartum peuvent se manifester à différents niveaux et être très handicapants pour la vie de tous les jours. S’ils persistent dans le temps, ils peuvent avoir des conséquences intra-, inter- et supra-personnelles importantes.

On parle d’ESPT *complet* quand la maman répond à au moins un élément des critères A, B et C ainsi que 3 éléments du critère D et E du DSM V. Les critères F, G et H doivent d’office être présents. Quand la maman présente certains symptômes du DSM V, sans répondre à tous les critères, on parle d’ESPT *partiel*, qui peut être très invalidant aussi et même être le précurseur d’un ESPT complet.

Dans le chapitre suivant nous expliquerons la City Birth Trauma Scale et aborderons d’autres outils permettant de différencier l’ESPT postpartum d’autres troubles postnataux, même si certains symptômes se chevauchent. Bien que les échelles permettent d’aborder les différentes manifestations de façon plus rigoureuse et avec moins de risque d’interférence subjective par le professionnel accompagnant, leur recours reste limité. Pourtant, expliciter ces différentes échelles, leur objectif et leur intérêt spécifique dans l’ESPT postpartum nous semble un bon point de départ pour établir le diagnostic.

1.1.2 Echelles

L’ESPT postpartum est un trouble complexe par son étiologie, sa symptomatologie, sa comorbidité et ses répercussions. Dans la littérature différentes échelles sont citées et utilisées. Nous vous proposons ci-dessous un aperçu et leur intérêt d’utilisation dans le cadre de l’accouchement:

* ***CBTS :* *City Birth Trauma Scale :*** Ce questionnaire composé de 29 items mesure l’ESPT comme défini par les critères du DSM V et plus particulièrement les éléments de stress, les reviviscences, l’évitement, les cognitions et humeurs négatives, l’hypervigilance, la durée des symptômes ainsi que des critères d’exclusion. Deux critères (du DSM IV) intéressants pour cette population ont été rajoutés : réaction de peur, impuissance et horreur intense pendant l’accouchement ainsi qu’engourdissement émotionnel (Ayers et al., 2018).
* ***PDI : Peritraumatic Distress Inventory***. Cet inventaire consiste en 13 items évaluant la détresse pendant et tout de suite après un événement stressant.

La réaction émotionnelle intense à la douleur étant un des prédicteurs les plus importants pour le développement d’un ESPT postpartum (Boudou, Séjourné & Chabrol, 2007), cet outil apporte des informations cruciales par rapport au travail et l’accouchement. Comme la douleur et la détresse semblent donc indissociables, une échelle de la douleur peut également être proposée, telle que la MPQ, Mc Gill Pain Questionnaire, version française QDSA.

* ***PDEQ :* Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire :**

Ce questionnaire est également un outil diagnostique intéressant vu la grande corrélation entre la dissociation pendant l’accouchement et l’ESPT postpartum (Olde, Van der Hart, Kleber, van Son, Wijnen & Pop, 2005).

Il a été validé en français par Birmes et al. en 2005. Il propose une mesure rétrospective de la perception de dissociation « durant et immédiatement après » un événement menaçant. Cette dimension recouvre la dépersonnalisation, la déréalisation, le changement corporel ou l’altération de la notion du temps (Boudou et al.,2007).

* ***IES : Impact of Event Scale:*** cet outil d’évaluation est composé de 15 items et est particulièrement attentif à l’intrusion et l’évitement (Horowitz, Wilner. & Alvarez, 1979).
* ***mHCCQ : modified Health Care Climate Questionnaire***. Ce test a été développé pour évaluer le soutien des professionnels de la santé pour le développement de l’autonomie du patient vers un comportement sain. Il est donc pertinent de l’utiliser dans le contexte péri-natal où le respect de la femme, une preuve de sa compétence et la possibilité pour elle de garder un certain contrôle sont des éléments essentiels pour éviter le développement d’un ESPT postpartum (Krings-George, 2013).
* ***PDS : Prenatal Depression Scale :*** Un état dépressif anténatal et surtout au début de la grossesse (Soderquist, Wijma, Thorbert & Wijma, 2009) étant un facteur de risque pour le développement d’un ESPT postpartum, cette échelle de dix items peut fournir des informations clé.
* ***HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale***. Cette échelle d’anxiété et de dépression comprend 7 items. Ces deux facteurs étant prédicteurs d’ESPT postpartum, les réponses de la maman aux différentes affirmations peut suggérer une investigation plus approfondie.
* ***GSES: General Self Efficacy Scale:*** Dans le contexte d’ESPT postpartum, cette échelle de 10 items évaluerait la croyance et la conviction que la maman a de ses capacités de faire face à l’accouchement (Krings-George, 2013).

Le sentiment de compétence maternelle joue un rôle essentiel dans le processus de construction de la parentalité. Les mères qui croient en leurs capacités maternelles présentent de meilleurs résultats en termes de bien-être émotionnel, d’attachement à l’enfant et d’adaptation à leur nouveau rôle. De plus, le sentiment d’auto-efficacité maternelle influence également les stratégies de coping des mères.

* ***Brief COPE***: Ce questionnaire évalue les stratégies d’adaptation du participant confronté à un événement stressant. Il est composé de 28 items dont le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental et émotionnel, l’expression de sentiments, le désengagement comportemental, la distraction, le blâme, la ré-interprétation positive, l’humeur, le déni, la religion, l’utilisation de substances et l’acceptation (Krings-George, 2013).
* ***MOSSF-36 : Medical Outcome Study Short Form 36 health survey.*** Cet outil d’auto-évaluation analyse 8 dimensions de la santé : l’activité physique, la vie et les relations avec les autres, la douleur physique, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l’état physique, les limitations dues à l’état physique et à la santé psychique (Krings-George, 2013).
* ***MOS-SS : Medical Outcomes Social Support Survey:***

Ce questionnaire est composé de 20 items et parcourt les dimensions de quatre échelles de soutien fonctionnel : soutien émotionnel et informatif, soutien tangible, affectif et interaction sociale positive (Sherbourne & Stewart, 1991). L’absence de soutien social semblerait un élément crucial dans le développement d’ESPT postpartum (Schlomi, Polacheck, Dulitzky, Margolis-dorfman & Simchen, 2016).

* ***PPQ : Périnatal PTSD Questionnaire :*** La participante répond aux questions en cochant la fréquence à laquelle un symptôme de type ESPT se présente. Il s’agit des reviviscences, comportement d’évitement, irritabilité, insomnie, manque de concentration, accès de colère,…(Callahan & Borja, 2008).
* ***PES : Peripartum Events scale :*** elle inclût 11 sous-échelles examinant différents événements stressants en lien avec l’accouchement, par ex. les facteurs de risque médicaux, les facteurs obstétriques, la progression du travail et la méthode d’accouchement (O’Hara, Varner & Johnson, 1986).
* ***TES-B : Traumatic Events Scale -B:*** Cette échelle consiste en 21 items pour évaluer des réactions traumatiques par rapport à l’accouchement et leur impact sur la vie de tous les jours (Wijma, Soderquist & Wijma, 1997).
* ***Wijma Delivery Experiences Questionnaire***:Les questions proposées concernent les émotions et les pensées des futures mamans en vue du travail et de l’accouchement et les réponses sont sous forme d’échelle de 0 à 5(Garthus-Niegel, Storksen, Torgersen, Von Soest & Eberhard-Gran, 2010).

Il peut être utile de proposer cet outil à titre préventif quand on suspecte par ex. de l’angoisse chez la future maman. L’évaluation ‘formelle’ et le traitement de ces signes prénataux permettront éventuellement de limiter leur interférence avec l’accouchement.

* ***PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist.*** Basée sur les critères d’ESPT du DSM-5, le participant évalue la fréquence des symptômes (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015).
* ***IDAS-GD: Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-General*** ***Depression***: Cette echelle reprend 20 items liés aux émotions des deux dernières semaines (O’Hara, Stuart, Watson, Dietz, Farr & D’Angelo, 2012).
* ***OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised:*** cet inventaire reprend 18 items et 6 sous-catégories. On demande au participant d’estimer le degré de nuisance par des symptômes de type trouble compulsif obsessionnel(Walther, Yadin, Foa, Simpson & Liebowitz, 2007). La littérature indique que beaucoup de nouvelles mamans montrent des signes obsessionnels dans les 6 premières semaines postpartum, sans répondre aux autres critères d’ESPT.
* ***TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire:*** il s’agit d’une évaluation de la fréquence et de l’intensité d’expérience traumatiques pendant l’âge adulte

(Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, Haynes, Owens & Burns, 2000).

Toute expérience traumatique ultérieure peut favoriser le développement de l’ESPT postpartum et plus particulièrement l’abus sexuel. L’identification précoce de mamans futures qui sont des ‘survivors’ peut réduire les complications obstétriques de façon significative et atténuer l’aboutissement à un ESPT éventuel (Lev-Wiesel, Daphna-Tekoah & Hallak, 2009).

* ***PLDS: Perceptions of Labor and Delivery Scale.*** Cette échelle évalue trois éléments subjectifs du travail et de l’accouchement. Il s’agit de 1. le soutien de la maman par les professionnels et les sentiments de contrôle,

2. la douleur et la détresse et 3. la peur pour soi et le bébé (Bailham, Slade & Joseph, 2004).

L’expérience subjective de l’accouchement est fort influencée par la qualité

des interactions verbales et non-verbales des soignants (Quality of the Provider Actions). Les mamans ‘traumatisées’ décrivent le plus souvent la sensation d’être ignorée, pas soutenue ou abandonnée (Simpson, 2016).

Ces difficultés interpersonnelles provoquent des niveaux très élevés de colère et de conflit, résultant en l’évitement, la détresse et des déficiences.

* ***Maternal Breastfeeding Evaluation Scale:*** les trois paramètres principaux de cette échelle sont plaisir maternel/réalisation du rôle, satisfaction par rapport à l’enfant/croissance et style de vie/image du corps maternel (Leff, Jeffers & Gagne, 1994). Un allaitement non-initié ou pas tenu pour au moins 6 mois peut être un signe d’ESPT postpartum (Garthus-Niegel, Horsch, Bickle Graz, Martini, Von Soest, Weidner & Eberhard-Gran, 2018).
* ***PBQ : Postpartum Bonding Questionnaire:*** Restant dans cette même sphère, cet instrument d’auto-évaluation mesure le lien mère-enfant via 24 items reflétant les attitudes et les sentiments maternels envers l’enfant, qui sont un signe prédicteur postnatal d’ESPT postpartum (Goutadier, Séjourné, Bui & Chabrol, 2014).

Ces différentes échelles peuvent, selon leur objectif (diagnostic ou évaluation de la sévérité des symptômes), être proposées à différents moments en période pré- et/ou postnatale (1 mois postpartum, 6 semaines postpartum, 6 mois postpartum,..). Il nous semble important qu’un professionnel de la santé mentale (psychologue ou sage-femme formée en ESPT postpartum) accompagne la maman qui remplit ce genre d’échelles et de questionnaires, surtout que beaucoup de questions sont très suggestives (ex. du Wijma Delivery Experience Questionnaire : ‘Avez-vous des fantasmes que votre bébé va mourir pendant l’accouchement ?’) et risquent d’augmenter les angoisses, les sentiments de culpabilité, … déjà présents ou peuvent les déclencher (‘trigger-effect’). Un contexte professionnel sécurisant s’impose donc, où le professionnel expérimenté décide de l’intérêt de l’outil et du moment le plus adapté afin de par ex. éviter une traumatisation secondaire si le rappel et l’analyse du vécu est encore trop émotionnellement chargé. L’évaluation rigoureuse de l’impact psychologique de l’accouchement nous semble donc primordiale en vue du large éventail de conséquences d’ESPT postpartum que nous traiterons dans le chapitre suivant. Les connaissances théoriques de l’ESPT postpartum et sa comorbidité, l’expérience professionnelle, l’établissement d’une (hétéro-)anamnèse complète, les capacités d’intuition et de ressenti de l’intervenant permettront d’optimiser le traitement pré-, péri- et postnatal. L’utilisation précautionneuse et réfléchie de mesures validées peut apporter une plus-value si elles correspondent au besoin de la maman là où elle se situe dans son vécu émotionnel. Il est important de mettre au clair l’objectif de l’outil avant de le présenter. En conclusion, il nous semble que l’usage d’outils d’évaluation est particulièrement pertinent en pratique de recherche, notamment épidémiologique et garde son utilité en pratique clinique.

1.2 Conséquences

La littérature mentionne différentes conséquences psychologiques, sociales, physiques et médicales qui atteignent les différentes sphères personnelles. Certains éléments ont déjà été abordés précédemment.

**Conséquences intra-personnelles**

* La maman doit gérer la symptomatologie que l’ESPT postpartum engendre : l’évitement, peur d’une nouvelle grossesse, manque de confiance en soi, sentiments négatifs,…
* On note la possibilité de problèmes psychologiques chroniques et de complications obstétriques dans les grossesses suivantes avec retard de croissance du fœtus et prématurité (De Schepper et al. 2016)
* Le risque de suicide est non-négligeable (Simpson, 2016).
* La littérature signale également une influence sur les choix reproductifs, le refus total d’une nouvelle grossesse étant le phénomène le plus extrême.

Certaines mamans demanderont une césarienne planifiée (Verreault, 2014).

**Conséquences inter-personnelles**

* Allaitement : L’allaitement n’est pas initié par la maman en ESPT postpartum (Garthus-Niegel et al. 2018) ou l’allaitement exclusif n’est pas continué pendant les 6 mois comme l’Organisation Mondiale de la santé le suggère.
* Relation mère-enfant (Shlomi et al., 2016) On peut observer un désengagement de la maman face à son enfant à cause des reviviscences ou le bébé est le ‘trigger’ de la situation traumatisante (Krings-George, 2013). Les enfants de mamans souffrant d’ESPT peuvent présenter un fonctionnement cognitif plus limité, des troubles physiques, psychosociaux, émotionnels et comportementaux ainsi que des troubles du langage (Simpson, 2016).
* Relation mère-conjoint : les relations sexuelles peuvent être altérées.

Les bribes de communication, l’incompréhension perçue par la maman risquent de renforcer l’insatisfaction maritale.

* Relation mère-famille, amis : la déconnexion et l’isolement de la maman peuvent s’installer par l’impression de non-reconnaissance de sa souffrance et la méconnaissance de la souffrance qu’impose un ESPT.

**Conséquences supra-personnelles**

Nous n’avons pas trouvé d’études qui évaluent l’impact sociétal de l’ESPT postpartum. Voici donc quelques hypothèses personnelles sans données chiffrées en guise de réflexion :

* Diminution du taux de natalité liée à la peur de ré-enfanter
* Augmentation de l’utilisation des services de Santé Publique:
* Remboursement de traitement des troubles cognitifs, langagiers… des enfants de mamans souffrant de troubles psychologiques (chroniques) et coût économique (voir chapitre ‘prédicteurs’)
* Augmentation du taux de suicide: développement de troubles émotionnels et sociaux chez le jeune adulte, surtout chez les garçons (Garthus-Niegel et al., 2017) suite à la relation parent-enfant altérée. La litérature signale les effets transgénérationnels de l’ESPT (Enlow et al., 2013).
* Absence au travail pour congé de maladie : période post-natale prolongée (Verreault, 2014).
* Augmentation du nombre de divorces par les répercussions de l’ESPT sur la relation conjugale
* Altération de la Santé Publique causée par la relation entre le refus d’allaitement et la santé de l’enfant. La littérature parle des effets positifs de l’allaitement sur le système immunitaire de l’enfant le protégeant même pendant des années post-lactation contre la diarrhée , les infections respiratoires, l’otite moyenne, les infections Haemophilus influenzae de type b et la respiration sifflante (Hanson, 1998).

En vue des difficultés multiples que peut engendrer un ESPT postpartum et ses conséquences à différents niveaux, il nous semble important de créer plus de conscience dans la population ainsi que chez les professionnels de première ligne en accentuant l’importance de leur accompagnement (non)verbal pré-, péri,- et postnatal.

Il nous semble finalement tout aussi important de mentionner que la sage-femme, l’anesthésiste, le gynécologue,… sont eux-mêmes à risque de trauma vicariant causé par l’exposition répétée à des accouchements traumatiques (Mullan, 2017).

* 1. Diagnostic différentiel

Les troubles les plus fréquemment associés à l’ESPT sont les troubles anxieux, la dépression, le suicide, l’abus de substances, les troubles somatoformes, les troubles dissociatifs et les maladies physiologiques comme par exemple les maladies vasculaires (Krings-George, 2013). Filtrer toute la comorbidité et dissocier la symptomatologie d’ESPT postpartum d’autres troubles psychologiques peut être un challenge.

Les pleurs incessants parfois liés à de la tristesse et la labilité d’humeur qu’on retrouve dans le *babyblues* est un état non-pathologique, en ce qui ne dure que quelques jours, contrairement à l’ESPT postpartum, qui peut durer 6 mois et plus (Leeds & Hargraves, 2008, dans Thorpe, 2017).

La *psychose postpartum ou puerpérale* est une maladie mentale sévère très rare qui peut se déclencher très soudainement dans les jours et les semaines après un accouchement.

Le tableau clinique peut varier et évoluer rapidement. Les symptômes principaux sont : la manie, manque d’inhibition, paranoia, dépression, comportement inhabituel, confusion, hallucinations et délires. Il s’agit d’une urgence psychiatrique (Danion-Grillat, Sibertin-Blanc, Moro & Zimmerman – Relecture: Raynaud, 2008). Même si la psychose peut être déclenchée par un accouchement traumatique, la symptomatologie principale ainsi que le traitement médicamenteux sont fort différents. Au niveau étiologique, la littérature mentionne un lien entre l’ingestion de bromocriptine pour arrêter la lactation (Haskins, Kahn, Saathoff & Yazel, 1987) et la psychose postpartum.

L’ESPT et la *dépression postpartum* peuvent avoir des symptômes communs, comme l’agressivité, l’irritabilité et l’insomnie. Cependant, le diagnostic est différent et doit être traité séparément. Un mauvais diagnostic par méconnaissance du trouble peut mener à la prescription d’anti-dépresseurs qui aident peu ou pas. Ce sont surtout les reviviscences, le symptôme le plus fréquent tout de suite après la naissance, l’hyperactivité, le symptôme le plus fréquent à 6 semaines post-accouchement (De Schepper et al., 2016) et les réactions de sursaut qui distinguent L’ESPT de la dépression. Involontairement, la maman revoit des images de l’accouchement, elle sent l’odeur de l’hôpital ou elle fait des cauchemars.

Les flashbacks peuvent engendrer des crises de panique qui, à leur tour, stimulent les conduites d’évitement. Le corps de la maman est perpétuellement en état d’alerte à cause des hormones de stress, ce qui donne l’irritabilité, l’agitation et la peur. Les deux troubles sont également dissociées par leur étiologie. Là où la dépression postnatale peut être liée à des facteurs biologiques (hérédité, changements hormonaux, problème thyroïdien, déséquilibre vitamines-minéraux, changement au niveau du volume sanguin, tension artérielle, système immunitaire et métabolisme ), sociaux (événements de vie importants, problèmes de couple, situation de vie instable, manque de soutien, normes sociaux concernant la maternité, facteurs culturels) ou psychiques (perfectionnisme, tristesse non-digérée, incertitude, difficulté à exprimer ses émotions,…), l’ESPT est causé par l’expérience (potentiellement) traumatisante, c’est à dire l’accouchement.

En conclusion, l’étiologie, le tableau clinique ainsi que le traitement d’ESPT postpartum se distinguent de ceux d’autres troubles postnataux, malgré des signes cliniques partagés et leur comorbidité possible.

1.4 Prévalence et incidence

Des études récentes basées sur de larges populations montrent une incidence d’ESPT postpartum allant de 1.3 à 2.4 % 1–2 mois postpartum et de 0.9 à 4.6 % 3–12 mois postpartum ([Polachek](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/indexinglinkhandler/sng/au/Shlomi+Polachek,+Inbal/$N?accountid=17194" \o "Cliquez ici pour rechercher d'autres éléments créés par cet auteur) et al., 2016). D’autres auteurs parlent de 5% des femmes (Stamrood, 2013).

Une étude de mamans belges flamandes (De Schepper et al., 2016) indique une prévalence de symptômes d’ESPT de 22–24% dans la première semaine après l’accouchement et de 13–20% après 6 semaines. En plus, elle a constaté une prévalence d’ESPT de 4 % à 6 semaines de l’accouchement. Les résultats dépendent bien évidemment du pays où la recherche a été conduite et ses caractéristiques géographiques, politiques, économiques et socio-culturelles (soins de santé accessibles, position de la femme dans la société, religion, pays en guerre ou en paix,…). Même s’il s’agit d’un phénomène mondial où l’on retrouve l’utilisation de termes extrêmes comme ‘le viol de la naissance’ ainsi que ‘la violence obstétrique’ (Simpson & Catling, 2016), il nous semble probable que la vraie étendue de l’ESPT postpartum ne soit pas correctement chiffrée. Indépendamment des aspect démographiques, les taux d’ESPT obtenus varient en fonction de l’instrument utilisé, du moment et la durée de mesure (Verreault, 2014) et sont influencés par les critères du DSM utilisés au moment de l’étude. La discordance entre le vécu subjectif de la maman et celui du professionnel présent lors de l’accouchement peut également influencer la détection de troubles et donc la prévalence.

De plus, il existe un bon nombre de mauvais diagnostic suite à la non-identification et la difficulté de diagnostic différentiel des plaintes psychiques (De Jong & Velner, 2017). Finalement, l'impact que peut avoir l'ESPT *partiel* ou sous-clinique est non négligeable et souligne l'importance de ne pas se restreindre aux diagnostics *complets* dans l'analyse des effets posttraumatiques. Minimiser l'importance de l'ESPT partiel pourrait nous amener à négliger un sous-groupe de la population qui présente une détresse importante, ainsi qu'une altération significative du fonctionnement (Verreault, 2014).

En conclusion, vue la subjectivité de l’expérience d’accouchement, la multitude de paramètres qui l’influencent et son contexte démographique, l’ESPT postnatal peut s’avérer difficile à définir et à détecter. Néanmoins, 20 à 48% des femmes autour du monde décrivent leur expérience comme traumatisante, nécessitant une meilleure compréhension de ce type d’événement potentiellement traumatisant. La sensibilisation du corps médical et paramédical nous semble le point de départ pour améliorer le diagnostic de l’ESPT postpartum et ainsi obtenir une idée plus fiable du réel impact de ce trouble sur nos sociétés.

1.5 Prédicteurs

L’analyse de la littérature concernant les facteurs de risque d’ESPT postpartum démontre les trois groupes de variables suivants :

1. **Prénatal :**

* *Trauma précédent*: La maman a vécu une agression sexuelle. L’abus sexuel chronique est un facteur de risque essentiel (Thorpe, 2017), surtout l’abus pendant l’enfance mais aussi la violence conjugale. Dans la littérature, nous retrouvons aussi le(s) accouchements(s) ou grossesse(s) traumatiques précédentes: fausse couche ou mort périnatale. Finalement, l’infertilité, antécédent d’avortement ( Montmasson et al., 2012) et les essais ratés de fécondation in vitro peuvent également être prédicteurs (Mullan, 2017).
* *Troubles psychologiques et émotionnels prémorbides*(Simpson et al., 2018 ; De Schepper et al, 2016) : La future maman a besoin de ses ressources psychologiques pour affronter les 8 étapes du processus évolutif vers la maternité (Canavarro, 2001 dans Krings-George, 2013). Toute fragilité émotionnelle, difficulté de coping, angoisse et certainement la dépression prénatale (Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart & Kleber, 2015) peuvent être propices par rapport à l’ESPT postpartum.
* *Conditions médicales prémorbides*(Simpson et al., 2018): le lien entre l’hypertension et l’ESPT a été objectivé. A titre personnel, nous citons également l’annonce d’un cancer maternel pendant la grossesse et la nécessité de déclenchement de l’accouchement prématurément par la suite.
* *Angoisse par rapport à la naissance ou la douleur de l’accouchement*: une maman peut ressentir un certain degré de peur. Cependant, quand le niveau d’angoisse et la peur de la douleur sont très élevés, ce paramètre peut être indicatif d’une naissance traumatique par la suite (O’Donovan, Alcorn, Patrick, Creedy, Dawe & Devilly, 2014).
* *Problèmes financiers*: un salaire familial moins élevé ainsi que l’absence d’assurance peuvent favoriser le risque d’ESPT. Le manque de moyens peut engendrer l’absence de suivi pré- et postnatal et ainsi favoriser la ‘traumatisation’ de l’accouchement.
* *Facteurs socio-démographiques*: mamans réfugiées,…
* *Style d’attachement adulte*: ceci est régulé par le modèle interne qui intègre toutes les croyances de soi, des autres et du monde social et qui influence la création et le maintien de relations de proximité pour le reste de la vie d’une personne (Bowlby, 1988 dans Diehl et al., 1998). Une maman peureuse, évitante et préoccupée aura plus de risque d’un vécu traumatique de l’accouchement.
* *Capacité limitée de cohérence/coping*: disposer de stratégies pour gérer le stress de l’accouchement permettra une meilleure maîtrise des conséquences potentielles sur le bien-être physique et psychique maternel.
* *Image négative de son corps*
* *Parité/nombre de grossesses*: primigravidas ou le fait d’être enceinte pour la première fois semblerait également un facteur lié à un accouchement potentiellement traumatisant, reflétant peut-être une discrépance entre les attentes prénatales et l’accouchement réel (O’Donovan et al., 2014).
* *Soutien social limité*: l’isolement social, célibat et divorce en combinaison de peur prénatale excessive sembleraient des éléments clé dans l’expérience de l’accouchement (O’Donovan et al., 2014 ; Montmasson et al., 2012).
* *Soin prénatal limité*: la possibilité de détection de difficultés psychiques et physiques éventuelles avant l’accouchement est ainsi réduite.
* *Participation limitée à l’éducation prénatale*: la maman n’aura éventuellement pas appris des techniques de relaxation et d’ancrage (Thorpe, 2017).
* *Grossesse planifiée versus non-planifiée*: mamans adolescentes, …
* *Grossesses consécutives :* le temps limité entre deux grossesses peut être un facteur de risque.

1. **Périnatal**

* *Naissance opérative*: césarienne ou accouchement instrumentalisé : la césarienne en urgence est particulièrement prédictive.
* *Complications néonatales et peur pour le bien-être du nouveau-né*: la rencontre avec le ‘réel de la mort’ quand la maman pense qu’elle va perdre son bébé peut être très traumatisant. Un séjour du nouveau-né en néonatologie peut également être potentiellement traumatisant.
* *Événement obstétrique traumatique/complications maternelles*: utilisation du forceps (Chapman, 2015), le prolapsus du cordon (Thorpe, 2017 ; De Schepper et al., 2016)
* *La perception de la douleur pendant le travail*: le degré de douleur perçu est prédictif (O’Donovan et al., 2014).
* *Détresse subjective pendant le travail*: les sentiments de colère, de culpabilité et de honte sont prédictifs de l’ESPT postpartum (O’Donovan et al., 2014).
* *Dissociation pendant le travail*: l’événement est tellement bouleversant que la maman compose avec la situation en se déconnectant (Byrne et al., 2017).

Le risque de dissociation à un moment de stress aigu périnatal est plus élevé si des émotions négatives sont déjà présentes pendant la grossesse (Haagen et al., 2015).

* *Perception négative de la naissance ou sensation de menace*: ‘vivre l’accouchement comme traumatique’ est prédictif d’ESPT (De Schepper et al., 2016).
* *Le lieu de l’accouchement*: s’agit-il d’un accouchement à domicile, à l’hôpital, dans une clinique privée? Les auteurs ne semblent pas trouver de consensus par rapport au risque d’ESPT lié à l’accouchement à domicile versus celui à l’hôpital. Cependant une étude belge démontre que les femmes sont plus satisfaites de leur accouchement planifié à domicile (Christiaens et Bracke, 2009). Par ailleurs, sans s’appuyer sur des nombres chiffrés, nous pensons qu’accoucher en route vers l’hôpital ou dans un lieu non-médicalisé sans assistance à la maman, par exemple dans le cadre de déni total de grossesse, peut être potentiellement traumatisant. Il est clair que nous ne pouvons pas sous-estimer non plus le nombre d’accouchements de femmes (réfugiées) dans des circonstances déplorables.
* *Le déroulement de la phase de* travail : le transfert des soins pendant le travail, les interventions multiples, la perte de contrôle ou locus de contrôle externe peuvent constituer un risque (De Schepper et al., 2016). Ce dernier implique que la maman croit que son sort dépend surtout de l’action des autres et qu’elle a peu d’influence sur son accouchement. La première étape accélérée, les complications pendant la troisième étape comme l’enlèvement prolongé ou manuel du placenta sont également des facteurs de risque objectivés (Simpson et al., 2018).
* *Le soutien attendu* : L’importance du niveau de soutien attendu versus le soutien réel limité est citée à maintes reprises dans la littérature. Une expérience de l'accouchement vécue plus négativement qu'attendu s'est d’ailleurs avérée prédire à la fois les symptômes d'ESPT et de dépression postnatale (Verreault, 2014).

Les mamans signalent surtout l’effet bénéfique des explications données par les professionnels et la possibilité de pouvoir des questions (De Schepper et al., 2016).

Le rôle du personnel soignant est donc primordial.

* *Pression d’accepter des interventions non-désirées pendant le travail*
* *Complications de l’anesthésie*
* *Présence d’un cathéter urinaire*

1. **Postnatal**

* *Soutien social limité :* le manque de soutien serait considéré comme le facteur de risque le plus élevéd’ESPT postpartum (Simpson et al., 2018)
* *Symptômes dépressifs*
* *Allaitement non-exclusif ou moins long*: un facteur protecteur d’ESPT est quant à lui le ‘peau à peau’ et l’allaitement immédiat après la naissance.
* *Douleur physique/trauma ou morbidité maternelle*
* *Consulter un professionnel de santé mentale*: quand les symptômes deviennent très handicapants dans la vie de tous les jours, la maman ou l’entourage peuvent faire appel à un(e) psychologue ou un(e)psychiatre*.* Ceci peut être la première étape dans un réel diagnostic de l’ESPT.
* *Reviviscence de l’accouchement*
* *Insomnie*
* *cognition dysfonctionnelle*
* *perception de soi altéré*
* *Adaptation psychologique à la maternité limitée*
* *Phobie de naissance*: ceci peut causer des dysfonctionnements sexuels.
* *Perception maternelle négative et attachement altéré au bébé*: la maman limite sa proximité, a des difficultés à interpréter les émotions de son bébé et est moins attentive à ses besoins. Elle souffre plus de stress parental, perçoit son enfant plus facilement comme difficile et a du mal à initier des interactions positives (Simpson et al., 2018).
* *Insatisfaction par rapport aux soins hospitaliers*: les mamans décrivent essentiellement le manque d’autonomie et de contrôle lors de leur accouchement. Elles n’étaient pas suffisamment inclues dans le processus décisif ou n’avaient aucun choix. Certaines étaient même ‘attachées’ (Simpson et al., 2018).
* *Absence de suivi gynécologique*: tout rappel de l’événement traumatique peut être évitée par la maman souffrant d’ESPT, surtout quand les examens vaginaux ont été douloureux pendant l’accouchement (Bohren, Vogel, Hunter, Lutsiv, Makh, Souza, Aguiar, Coneglian, Diniz, Tuncalp, Javadi, Oladapo, Khosla, Hindin & Gulmezoglu, 2015).
* *Abus d’alcool et autres substances*: la maman peut essayer de diminuer l’état de stress et d’hypervigilance par tout type d’anxiolitique.

Chaque prédicteur pré-, péri- et postnatal traité dans ce chapitre peut être une indication d’ESPT postpartum, mais nécessite l’œil critique d’un professionnel qui rassemble et lie les données avant de poser le diagnostic. L’isolement, un trauma (sexuel) précédent et une problématique psychologique pré-existante semblent particulièrement prédictifs en période pré-natale. Pendant l’accouchement, le manque d’accompagnement par les intervenants (para)médicaux, l’expérience subjective et la dissociation sembleraient cruciaux. En post-natal, l’isolement, l’évitement, la manière d’interagir avec son nouveau-né devraient nous mettre en garde.

1.6. Traitement

1.6.1 Traitement psychologique immédiat :

Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques postpartum sont essentiels pour la maman, le fonctionnement familial et la relation parents-enfant (Bydlowski, 2015).

Cependant, des symptômes de stress aigu dans les jours suivant l’expérience potentiellement traumatisante, peuvent faire partie d’un rétablissement sain (cours de Josse, 2019).

Les flashback et le comportement d’évitement peuvent s’inscrire dans un processus protecteur évolutif chez la maman chargée émotionnellement (Ayers, 2004 dans De Schepper et al., 2016). Une approche moyennant prudence, patience et connaissance sur le sujet semble donc très importante. Les deux premières semaines post-accouchement, il est préférable que l’aide consiste essentiellement en un soutien physique et émotionnel et un ‘watchfull waiting’.

Ceci dit, le traitement psychologique immédiat, à notre avis, se fait déjà *pendant* le travail en reconnaissant les attentes de la maman, en facilitant les questions, en donnant des explications et en encourageant leur autonomie et présence (et donc pas leur dissociation) et en faisant une évaluation de son bien-être tout de suite après l’accouchement (Byrne, Egan, Mac Neela & Sarma, 2017). Prendre connaissance du ‘projet de naissance’ (voir chapitre ‘une réflexion par rapport à la prévention’) et le respecter nous semble un bon point de départ. Ceci est en énorme contraste avec les résultats d’une étude très inquiétante qui traite toutes les maltraitances verbales et non-verbales périnatales décrites par les mamans dans le monde entier (Bohren et al., 2015).

1.6.2 Traitement psychologique post-immédiat :

**Debriefing**

En cas d’accouchement difficile, la réaction de la maman au debriefing postnatal est généralement positive, comme stratégie d’intervention (Baxter, Mc Court & Jarret, 2014). Elle apprécie la possibilité de parler de son expérience et de ses émotions. Cependant, cette approche doit se faire dans des circonstances psychologiques adaptées et par un professionnel de la santé mentale formé.

Encore une fois, il nous semble tout aussi important de stimuler les gynécologues, les sage-femmes, … à faire du ‘briefing’ pendant leur intervention. Une maman informée, accompagnée et rassurée grâce à des interactions péripartum de qualité diminue le risque d’ESPT postpartum (Simpson & Catling, 2016).

La loi impose par ailleurs au professionnel de la santé, d’être toujours à l’écoute des souhaits du patient, ici en l’occurrence la future maman, c’est-à-dire d’être dans une démarche de dialogue et d’échange d’information. En effet, le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu’une distinction d’aucune sorte ne soit faite (art. 5 de la loi relative aux droits du patient). Il doit être informé de son état de santé (article 7). De plus, le patient doit exprimer son consentement libre et éclairé pour tout acte médical (art. 8).

**Expressive writing**

Cette technique peut être utilisée dans les premiers jours post-accouchement.

La nouvelle maman essaie, via l’élaboration écrite, d’intégrer ses émotions et ses pensées afin de construire une histoire cohérente de l’événement, ce qui influence favorablement la suite de son rétablissement. La technique semblerait désactiver les mécanismes d’évitement et les symptômes physiologiques liés à l’hypervigilance (Di Blasio, Ionio & Confalonieri, 2009 ; Di Blasio, Caravita, Ionio, Milani & Valtolina, 2015).

**Différents traitements psychologiques** qui selon nous, sont préférables à un traitement médicamenteux, sont abordés dans la littérature : l’EMDR, CBT, psychothérapie, ‘regression therapy’ et psychoéducation (De Vries, Stamrood, Sligter, Sluijs & van Pampus, 2018). Les traitements les plus examinés et efficaces sont la *CBT ou Cognitive* *Behavioural Therapy* et l’*EMDR* ou le *Eye Movement Desensitization and Reprocessing.*

La thérapie EMDR cible les souvenirs non traités qui contiennent les émotions, les sensations et les croyances négatives (Shapiro, 2012). Le patient, sous la conduite d’un thérapeute, exécute des mouvements oculaires horizontaux saccadés pendant qu’il se remémore les scènes traumatiques (Schnyder, 2005). L’activation par EMDR du système de traitement de l’information permet aux souvenirs d’être ‘digérés’ ou stockés de telle sorte qu’ils ne causent plus de dégâts (Shapiro, 2012). Le trauma complexe ou de type II-III (cours de Josse, victimologie 2019) semblerait plus difficile à traiter par EMDR selon Gillard (cours de victimologie 2019). Dans ce contexte, nous pensons à l’ESPT postpartum lié à l’abus sexuel pendant l’enfance.

La thérapie cognitivo-comportementale utilise une variété de techniques telles que : exposition, développement et restructuration cognitive, cours pour prendre de l’assurance et techniques de relaxation (Schnyder, 2005). L’objectif de la TCC est de réduire la peur grâce à une désensibilisation et une restructuration des cognitions dysfonctionnelles (Krings-George, 2013). La littérature indique qu’il faut généralement 6-10 sessions de TCC et 8-12 sessions d’EMDR pour alléger les symptômes de trauma dans 77% des cas (National Institute for Health and Care Excellence, 2005 dans Mullan, 2017). Finalement, une participante à notre questionnaire (annexe 1 et 2) propose l’utilsation des techniques du *Birth Trauma Resolution* (Mullan, 2017). L’outil principal est le Human Givens Institute’s 'rewind’ technique qui est destiné à réduire l’hypervigilance et la charge émotionnelle afin que le souvenir traumatique, par l’exposition répétée, devienne un souvenir normal, sans provoquer les sentiments d’angoisse et de panique (Griffin & Tyrrel, 2013 dans Mullan, 2017). Des techniques de décharge, ‘holistic releasing’, de développement de confiance, ‘positive rehearsal’, de respiration, … sont proposées. Le traitement est court, maximum 3 à 4 séances (Muss, 1991). Nous avons trouvé deux articles dans le domaine ‘obstétrique’. Ils décrivent deux mamans en ESPT pré-natal et rapportent l’effet bénéfique de cet outil sur l’accouchement, notamment par rapport à la gestion de l’anxiété (Slater, 2015 ; Chapman, 2015). Ceci dit, l’hypnose était proposée simultanément.

1.6.3 Traitement médicamenteux

Il est primordial d’établir de façon rigoureuse le diagnostic d’ESPT postpartum afin de pouvoir proposer un traitement adéquat à la maman. Même si la plupart des traitements classiques sont non-pharmacologiques, la proposition de médication est également assez courante. Trois bénéfices potentiels sont la diminution des symptômes d’ESPT, le traitement de troubles co-morbides et la réduction de l’effet négatif sur la psychothérapie ainsi que la vie de tous les jours (Friedman, Davidson & Stein, 2009).

Le tableau ci-dessous (Kendall-Tacket, 2014) reprend les médicaments prescrits aux personnes souffrant d’ESPT. Si administrés pendant la période d’allaitement, il faut tenir compte de leur influence sur ce dernier, allant de L1 : sans risque établi par des études contrôlées, L2 : sans risque mais nombre limité d’études de contrôle, L3 : risque possible ou étude de contrôle démontre effet minimal, L4 : preuve de risque mais le bénéfice est acceptable malgré le risque pour l’enfant et L5 : contre-indiqué pendant l’allaitement.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Classification**  **de médicament** | **Nom du médicament** | **Risque** | **Symptôme traité** |
| Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) | Sertraline(Zoloft)  Escitalopram(Lexapro)  Paroxetine(Paxil)  Fluoxetine (Prozac)  Citalopram(Celexa) | L2  L2  L2  L2  L2 | -Bien toléré.  -Traite les symptômes comorbides.  -Meilleure qualité de vie |
| Mixed-Fonction anti-dépresseurs | Venlafaxine(Effexor)  Mirtazepine(Loniten) | L3  L3 | -Efficacité démontrée pour l’ESPT |
| Serotonin2 Antagonist/Reuptake Inhibitors (SARIs) | Trazodone (Desryl) | L2 | -Réduction du sommeil REM et donc diminution des cauchemards |
| Agents Adrenergiques | a-2 antagonistes adrénergiques (prazosin, clonidine, guanfacine)  a-bloqueurs adrénergiques (propranolol) | L4  L3  L3  L2 | -Diminution des cauchemards et idées intrusives  -Prévention de symptômes à long terme  Attention quand dépression co-morbide |
| Antipsychotiques Atypiques | Olanzapine  Quietiapine  Risperidone | L2  L2  L3 | -En cas de symptômes psychotiques accompagnés ou en cas d’échec de médication de première ligne  -Peut également réduire l’extrême hypervigilance/ paranoia, l’aggressivité physique et les hallucinations liées au trauma |

Afin d’éviter la chronisation de l’ESPT postpartum et ses effets multidimensionnels, quand le diagnostic est posé, il est important de proposer un traitement à la maman qui correspond à ses besoins. Nous ne pouvons qu’insister sur l’importance de la prévention et promouvoir toute technique, accompagnement, éducation visant à éviter l’installation d’un ESPT.

1. *Questionnaire*

2.1 Procédure

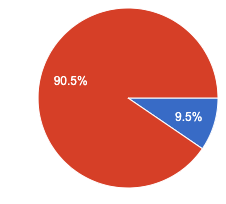
Logopède de formation, il nous semblait délicat de décrire un cas clinique en s’imposant dans un traitement d’une maman souffrant d’ESPT postpartum entamé par un(e) psychologue. Voulant partir d’une posture constructive et surtout préventive, comme expliqué plus largement dans le dernier chapitre, nous avons décidé de créer un questionnaire de sept questions (voir annexe 1 et 2). Le but de cet outil était d’obtenir des informations par rapport aux connaissances et au traitement d’ESPT postpartum par les professionnels de la santé en Belgique. Nous l’avons proposé par mail à 100 sage-femmes et gynécologues, hommes et femmes, francophones et néerlandophones, salariés et indépendants. Pour récolter les participants, nous avons tapé ‘mail belgische gynaecoloog’ et avons retenu ceux et celles ayant une adresse mail sur les sites (des hôpitaux) proposés. Nous avons suivi le répertoire des sage-femmes francophones, l’Upsfb ou l’Union Professionnelle des Sage-Femmes Belges et celui des néerlandophones, le VBOV ou Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen.

2.2 Analyse des résultats et conclusions :

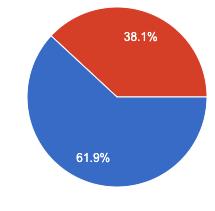
* Aux 100 questionnaires envoyés par mail, nous avons reçu 25 réponses.
* Les participants sont majoritairement des sage-femmes.
* Le nombre de participants qui connaissent l’ESPT postpartum (en bleu) est plus élevé que celui qui ne connaît pas le trouble (en rouge):



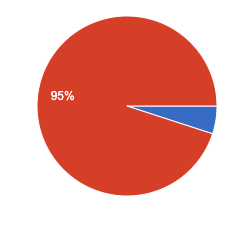
* La plupart des participants ont rencontré des mamans en ESPT postpartum.
* Aucun participant n’utilise le système de ‘stickers roses’ (voir chapitre suivant).
* L’utilisation d’échelles est rare. 2 participants mentionnent une échelle conçue par la formation Birth trauma resolution Practisioner et l’échelle EPDS :



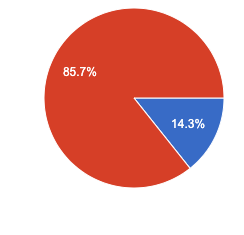
* La pratique du ‘debriefing’ est utilisée par 61,9% des participants :



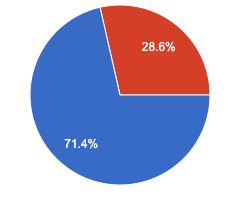
* L’utilisation d’une brochure explicative d’ESPT postpartum est rare :



* Seulement 14,3 % des participants traitent des mamans en ESPT postpartum :



* Cependant, 71,4% utilise une liste de personnes de référence :



1. *Une réflexion par rapport à la prévention : le ‘kit’ de sensibilisation*

L’accueil et le traitement de personnes souffrant de possible ESPT postpartum reste une matière très complexe qui doit être abordée avec beaucoup de délicatesse, de bienveillance mais surtout avec les connaissances nécessaires du trouble et de ses répercussions.

La littérature internationale suggère que les professionnels de la santé ne reconnaissent pas toujours l’ESPT postpartum par manque de connaissance, une attitude négative envers le trouble ou des soins mal organisés (De Vries et al., 2018). L’attitude négative envers la maman peut s’expliquer par l’inconfort de cette confrontation ‘accusante’ qui remet en cause leurs capacités ou la difficulté d’être empathique par rapport à une maman qui, selon leur point de vue purement médical, a eu un accouchement sans événements particuliers

(De Vries et al. 2018). L’incompréhension et même l’étonnement de l’accoucheuse face à une nouvelle maman en détresse psychologique résulte également de manque d’expérience personnelle et/ou professionnelle et d’une structure de travail n’incluant pas de continuité des soins à cause de ressources et de temps limités (Reed, Fenwick, Hauck, Gamble & Creedy, 2013). Le manque de personnel soignant, le manque de temps effectif au chevet de la patiente, l’accent sur les actes techniques plutôt que l’accompagnement et le soutien verbal, la réduction de temps d’hospitalisation après un accouchement ne font qu’augmenter le risque d’ESPT postpartum.

En vue des données de la littérature et les résultats du questionnaire, il nous semble primordial de (continuer à) investir dans la sensibilisation des équipes soignantes en proposant :

* Un power point qui (ré)explique l’ESPT postpartum dans les différents services de maternité en insistant sur les prédicteurs comme outil diagnostique.

Stimuler l’équipe de maternité de se renseigner auprès de la nouvelle maman concernant son vécu de l’accouchement et son réseau social. Il nous semble important de signaler que la visite du gynécologue ne devrait pas se limiter à un check-up somatique et la prescription du contraceptif futur.

* Une brochure *papier* ‘ESPT postpartum’ (voir annexe 3) pour la salle d’attente du gynécologue, de la sage-femme et de la kiné (uro-gynéco) avec des liens vers des intervenants compétents dans la matière
* Une *affiche* (voir annexe 4) pour la salle d’accouchement soulignant le lien très important entre la communication des professionnels et le vécu de l’accouchement par la maman. Il peut être important de rappeler qu’informer les ‘patientes’ et leur demander l’autorisation pour des actes médicaux invasifs est un devoir légal.
* L’utilisation du ‘*projet de naissance’*, un document dans lequel la future maman peut stipuler ses besoins et attentes par rapport à son accouchement. Plusieurs hôpitaux belges proposent ce document dans leur brochure de maternité. Il est important que la maman soit mise au courant de l’existence d’un tel document et que les soignants en tiennent compte. Vu l’importance de (la perception de) la douleur pendant le travail, nous suggérons que le projet de naissance soit plus détaillé à ce niveau:

-les différentes méthodes pharmacologiques et leurs (dés)avantages

-les techniques non-pharmacologiques exigeant un entrainement ou matériel spécialisés comme l’hydrothérapie, les injections intra-dermales, le biofeedback, le TENS, l’acupuncture, l’acupression et l’hypnose (Wong, 2009).

* La création d’un *site web francophone*, équivalent de postpartum België, avec un lien direct vers les intervenants spécialisés, la maternologie,…
* L’utilisation du système des ‘*stickers roses’* (Simpson & Catling, 2016) dans la phase pré- et périnatale, quand un(e) gynécologue, une sage-femme ou un(e) psychologue suspecte ou objective une fragilité émotionnelle chez la future maman et surtout quand l’anamnèse contient un abus sexuel. Le sticker sur le dossier/la fiche de la femme qui vient accoucher peut mettre l’équipe obstétrique en alerte et influencer positivement son accompagnement.
* Intégrer l’aspect *psychologique* d’un accouchement dans l’éducation anténatale
* L’organisation de *groupes de parole* postpartum
* Le développement de *campagnes de sensibilisation* l’accouchement étant devenu un événement de plus en plus ‘agressif’ et ‘routinier’. Un accouchement ‘sans complications (médicales)’ n’est pas d’office un accouchement sans complications psychologiques.
* De lutter contre la réduction du séjour en maternité et surtout dans l’absence d’accompagnement postnatal à domicile. Jusque dans les années 1980, le séjour de la mère et de l’enfant durait entre 5 et 6 jours en moyenne. La justification de cette durée relevait de trois domaines. Premièrement les soignants pouvaient surveiller la santé physique de la mère et de l’enfant. Deuxièmement ils étaient vigilants aux difficultés psychologiques ou émotionnelles. Troisièmement, les soignants jouaient un rôle de promotion de la santé dans les nombreux accompagnements nécessaires en période périnatale : allaitement, identification de la nature des pleurs, apprentissage des gestes de puériculture etc. (Guide du Postpartum, 2016)

A l’heure actuelle, beaucoup de professionnels de la santé mentale traitent les mamans souffrant d’ESPT postpartum de façon efficace, mais la formation continue des intervenants de première ligne nous semble essentielle dans la continuité des soins.

Intégrer la matière dans l’enseignement des accoucheuses et des études de médecine permettra une détection plus précoce et la prévention de l’installation du trouble

(De Schepper et al., 2016).

De plus, il est important que les étudiants n’apprennent pas seulement la symptomatologie, mais aussi les techniques de régulation émotionnelle pendant l’accouchement (Haagen et al., 2015) et toute autre technique bénéfique.

Postpartum steun België est une plateforme qui a été créée par Lieve Van Weddingen qui est thérapeute de Gestallt et coach et qui donne des formations à ce sujet. Le site propose aussi un lien direct avec des intervenants spécialisés, par région flamande.

Le power point du Dr Quistrebert-Davanne Virginie est également très instructif pour l’éducation anténatale de la maman. Elle propose de commencer cette éducation à partir du 5ième et 6ième mois de grossesse en 4 sessions de 4 heures où la sage-femme aborderait la peur de l’accouchement et les stratégies pour faire face, l’adaptation psychologique et physiologique au cours de l’accouchement, le sentiment de contrôle, l’évaluation positive de l’accouchement et les stratégies d’encodage. Elle se base sur Görke et al. (2016) et propose ainsi sa formation à travers des jeux de rôle et des vidéos.

Finalement [info@stichtingbevallingstrauma.nl](mailto:info@stichtingbevallingstrauma.nl) est une autre base de données très intéressante pour toute personne confrontée à l’ESPT postpartum. Cependant, les intervenants liés au site se trouvent bien évidemment aux Pays Bas.

Sur le site [www.maman-blues.fr](http://www.maman-blues.fr) , les nouvelles mamans peuvent échanger leur vécu difficile avec d’autres.

En conclusion, plusieurs pistes d’intervention sont évoquées dans ce chapitre afin d’améliorer l’accompagnement pré-, péri- et postnatal de mamans à risque d’ESPT postpartum. Vu les effets intra- et interpersonnels dévastateurs, investir dans la prévention semble la première chose à faire.

1. *Conclusions*

Chaque femme a sa santé physique et psychique, sa personnalité, ses attentes, ses capacités de ‘coping’, ses facultés cognitives, son image de soi, son histoire personnelle et familiale ainsi que ses moyens financiers et son réseau social.

Quand l’ensemble de ces éléments entre en collision avec les variables humaines et matérielles qui constituent l’accouchement, ce dernier peut se révéler potentiellement traumatisant. Au vu des conséquences intra-, inter- et supra-personnelles importantes, il est essentiel de repérer les femmes fragilisées avant leur accouchement et le cas échéant, leur proposer un accompagnement post-natal, psychologique et éventuellement médicamenteux.

Les progrès scientifiques, la ‘médicalisation’ de l’acte d’enfanter et le manque de communication et par conséquent la perte d’autonomie maternelle ne cessent d’augmenter le risque d’accouchements traumatiques dans nos pays occidentaux, alors qu’au niveau mondial, les femmes s’indignent des mauvais traitements (non)verbaux périnataux.

L’impact sociétal de cette entité nosographique impose donc une compréhension fine et différenciée de la symptomatologie et des prédicteurs afin de diminuer les faux diagnostics ou l’absence de diagnostic. Le meilleur dépistage et le renvoi vers des professionnels compétents permettra d’optimaliser et d’individualiser la prise en charge de la maman, son lien avec son bébé et ses proches. L’action précoce peut également empêcher l’évolution de l’ESPT partiel, où la maman souffre par ex. surtout d’hypervigilance, vers un tableau complet, où elle se retrouve dans « son enfer privé, terrorisée par une plaie mentale invisible… » (Griffin & Tyrrell 2013, dans Mullan, 2017).

Cependant, la partie pratique de ce travail s’est focalisée sur *la prévention* de l’installation du trouble. L’analyse des réponses au questionnaire nous a offert un éventail de possibilités à ce niveau et a fait naître une brochure ainsi qu’une affiche pour sensibiliser le grand public et les (para)médicaux en particulier.

A l’heure actuelle, des belles initiatives comme le ‘projet de naissance’ illustrent la volonté des hôpitaux de créer un espace plus accueillant et un meilleur accompagnement des futures mamans, alors que les politiciens qui les subsidient, à notre avis, adoptent parfois une logique inverse en réduisant la durée de séjour etc…

Nous voudrions terminer par la réflexion suivante… « prendre soin des mamans, c’est prendre soin de toutes les générations futures »

1. *Bibliographie*

Ayers, S., Wright, D.B., Thornton, A. (2018). Development of a measure of Postpartum

PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry,* 9, 409 Retrieved from doi: [10.3389/fpsyt.2018.00409](https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2018.00409)

Bailham, D., Slade, P., Joseph, S. (2004). Principal Components analysis of th

Perceptions of Labour and Delivery Scale and revised scoring criteria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,* 22, issue 3, 157-165, Retrieved From

<https://doi.org/10.1080/02646830410001723742> (2010)

Barlow, P., Ceysens, G., Emonts, P., Gilbert, L., Haumont, D., Hernandez, A., Hubinont, C.,

Jadin, P., Kirkpatrick, C., Watkin-Masters, L. (2016) *Guide du post-partum Une*

*collaboration de l’Office de la Naissance et de l’Enfance et du Groupement des*

*Gynécologues de Langue Française de Belgique*, 1-722, retrieved from

<https://www.ggolfb.be>

Baxter, JD., Mccourt C., Jarret, PM. (2014). What is current practice in offering debriefing

services to post partum women and what are the perceptions of women accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*, 30, (2), 194-219

Blevins, C., Weathers F., Davis, M., Witte, T., Domino, J. (2015). The posttraumatic stress

disorder checklist for DSM-5(PCL 5): development and initial psychometric

evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 28, issue 6, retrieved from

https://doi.org/10.1002/jts.22059

Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., Aguiar, C., Coneglian,

F, Diniz, A., Tuncalp, O., Javadi, D, Oladapo, O., Khosla, R., Hindin, M. & Gulmezoglu, M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed methods systematic review. *PLOS Medecine*, 12 (6). Retrieved from doi: 10.1371/journal.pmed.1001847

Boudou, N., Séjourné, M., Chabrol, H. (2007). Douleur de l’accouchement, dissociation et

détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-

traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 35, issue 11,

1136-1142. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014

Bydlowski, S. (2015). Postpartum psychological disorders : screening and prevention after

birth. Guidelines for clinical practice. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44, 10, 1152-1156, retrieved from https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.016

Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P., Sarma, K. (2017). What about me ? The loss of self

through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 51, 1-11

Callahan, J and Borja, S. (2008). Psychological outcomes and measurement of maternal

posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *J Perinat Neonat Nurs*, 22(1), 49-59

Chapman, K. (2015). Post-traumatic stress disorder and the obstetric anaesthesist.

*International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24, 3, 207-209. Retrieved from

https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.06.001

Christiaens, W. & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in

Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25, 2, 11-19. Retrieved from

https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.001

Danion-Grillat, A., Sibertin-Blanc, D., Moro, MR., Zimmerman, MA – Relecture:

Raynaud, JP. (2008). De la conception à la naissance-Objectif 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 1ière partie (Modules transdisciplinaires) Module 2. Retrieved from <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module02/4.%20GROSSESSE%20(2.19).pdf>

De Jong, E. & Velner, L. (2017). Het diagnosticeren van een posttraumatische

stressstoornis en depressie postpartum: Een cross-sectioneel pilot onderzoek. Eindproef Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

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

De Vente ,W., Van der Zwan, E., Huizinck, A. (2017). HRV Biofeedback voor zwangere

vrouwen. Retrieved from https://www.heartmathbenelux.com/doc/KNOVartikel\_zwangesdchap\_ VUAmsterdam2017.pdf

De Vries, N.E., Stamrood, C., Sligter, L., Sluijs, A.M., van Pampus, M. (2018).

Midwives’practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum

posttraumatic stress disorder. *Women and birth,* Retrieved from

https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.014

Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA.

(2015). DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,

American Psychiatric Association, Traduction française

Di Blasio, P., Caravita, S., Ionio, C., Milani, L., Valtolina, G. (2015). The effects of

expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms.

*Psychological Reports: Mental and Physical Health*,117, 3, 1-27

Di Blasio, P., Ionio, C. & Confalonieri, E. (2009). Symptoms of postpartum PTSD and

expressive writing: a prospective study. *Journal of Prenatal and Perinatal*

*Psychology and Health*, 24 (1)

Diehl, M., Elnick, A., Bourbeau, L. & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment

styles: their relations to family context and personality. *Journal of*

*Personality and Social Psychology*, 74, 6, 1656-1669

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S. & Philips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-

traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of*

*Affective Disorders*, 229, 377-385

Enlow, M., Egeland, B., Carlson, E., Blood, E., Wright, R. (2014) Attachement mère-enfant

et transmission intergénérationnelle du syndrome de stress post-traumatique. *Dev Psychopathol*, 26 (1), 41-65, retrieved from doi : 10.1017/SO954579413000515

Etheridge, J. & Slade, P. (2017). “Nothing’s actually happened to me.”: The experiences of

fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth*

Friedman, M.J., Davidson, J.R.T. & Stein, D.J. (2009). Psychopharmacotherapy

for adults. In Foa E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A.(Eds). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress* Studies, 245*-268.* New York: Guilford

Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K., Eberhard-

Gran, M. (2017). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal

population based study. Retrieved from DOI: 10.1111/birt.12328

Garthus-Niegel, S., Horsch, Bickle Graz, Martini, J., Von Soest, T., Weidner, K., Eberhard-

Gran, M. (2018). The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *Journal of affective disorders*, Volume 241, 71-79.

Garthus-Niegel, S., Storksen, H., Torgersen, L., Von Soest, T. & Eberhard-Gran, M.

(2010). The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire- a factor analytic

study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,Volume 32, issue 3

Retrieved from <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.573110>

Goutadier, N., Séjourné, N., Bui, E., Chabrol, H. (2014). Profils psychopathologiques des

mères ayant accouché prématurément et impact sur le lien mère-enfant. *Journal de*

*Pédiatrie et de Puériculture*, 27, 164-171

Haagen, J., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O. & Kleber, J. (2015). PTSD after

childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of*

*Affective Disorders*,185, 135-143

Hairston, I.S., Handelzalts, J.E., Assis, C., Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties

and attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth

related PTSD. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>

Hanson, L. (1998). Breastfeeding provides passive and likely long lasting active immunity.

*Ann Allergy Asthma Immunol*, 81(6), 523-533; quiz 533-4, 537

Haskins, B. Kahn, N., Saathoff, G., Yazel, J. (1987). Postpartum psychosis induced by

bromocriptine. *Southern Medical Journal*, 80(11), 1463-1464

Huppert, J., Walther, M., Haicak, G., Yadin, E., Foa, E., Simpson, H., Liebowitz,

M., 2007. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample.

*Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 2 & (3), 394-406

Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of

subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Kendall-Tackett, K. (2014). Medication use for trauma symptoms and PTSD in

pregnant and breastfeeding women.

Krings-George, A. (2013). Etat de stress posttraumatique suite à l’accouchement :nouvelles

recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR(Eye

Mouvement Desensitization and Reprocessing). Thèse de doctorat de l’Université de

Lorraine. Retrieved from [http://docnum.univlorraine.fr/public/DDOC\_T\_2013\_0339\_KRINGS\_GEORGE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2013_0339_KRINGS_GEORGE.pdf)

Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A., &

Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad spectrum

measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol*

*Assess*, 12: 210-224.

Leff, E.W., Jefferis, S.C., Gagne, M.P. (1994). The development of the Maternal

Breastfeeding Evaluation Scale. *Journal of Human Lactation*,Retrieved

From [https://doi.org/10.1177/089033449401000217](https://doi.org/10.1177%2F089033449401000217)

Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., Hallak, M.(2009). Childhood sexual abuse as a

predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress.

*Child Abuse and Neglect.*Vol 33, issue 12, 877-887. Retrieved from

https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.004

Meltzer-Brody, S., Maeqbaek, M.L., Medland, S.E., Miller, W.C., Sullivan, P. et

al. (2017). Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-

onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women.

[*Psychological Medicine*](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/pubidlinkhandler/sng/pubtitle/Psychological+Medicine/$N/35753/PagePdf/1898589807/fulltextPDF/5BCD638F0080432FPQ/1?accountid=17194) *Cambridge,*[Vol. 47, N° 8,](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/indexingvolumeissuelinkhandler/35753/Psychological+Medicine/02017Y06Y01$23Jun+2017$3b++Vol.+47+$288$29/47/8?accountid=17194) :1427-1441. DOI:10.1017/S0033291716003020

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F. & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de

l’état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipaire. *Journal de*

*Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41, 6, 553-560.

Mullan, J. (2017). Birth Trauma Resolution. *MIDIRS Midwifery Digest*, 27, 345-348.

Muss, D.C. (1991). A new technique for treating post-traumatic stress disorder. *British*

*Journal of Clinical Psychology*, 30, 1, 91-92. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/>

j.2044-8260.1991.tb00924x

O’Donovan, A., Alcorn, K., Patrick, J., Creedy, D., Dawe, S., Devilly, G. (2014).

*Midwifery*, 30, 935-941. Retrieved from

https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011

O’Hara, M., Stuart, S., Watson, D., Dietz, P.M., Farr, S.L. &D’Angelo, D. (2012).

Brief scales to detect postpartum depression and anxiety symptoms. *Journal of*

*Women’s Health,* Vol 21; nr 12. Retrieved from http://doi.org/10.1089/jwh.2012.3612

O’Hara, M.W., Varner, N.W. & Johnson, S.R. (1986). Assessing stressful life events

associated with childbearing: The peripartum Events Scale. *Journal of Reproductive*

*and Infant Pssychology*, 4(1-2), 85-98

Olde, E.,Van der Hart, O., Kleber, R., van Son, M., Wijnen, H., Pop, V. (2005).

Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms

Following Childbirth. *Journal of Trauma and dissociation*, 6, issue 3. Retrieved from

<https://doi.org/10.1300/J229v06n03_06>

Parfitt, Y. & Ayers, S. (2009). The effect of postnatal symptoms of posttraumatic

stress and depression on the couple’s relationship and parent-baby bond.

*Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127-142. Retrieved

from: doi: 10.1080/02646830802350831

Rowlands, I. & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women’s psychological and

physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 12:38.

Retrieved from https:// doi.org/10.1186/1471-2393-12-138

Reed, M., Fenwick, J., Hauck, Y., Gamble, J., Creedy, D.K. (2013). Australian midwives’

experiences of delivering a counseling intervention for women reporting a traumatic

death. *Midwifery*, Retrieved from http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.009

Schnyder, U., (2005). Psychothérapies pour les PTSD – une vue d’ensemble.

*Psychothérapies*, 1, 25, 39-52.

Shapiro, F. (2012). Getting past your past. *Rodale Inc.,* New York

Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (191). The MOS social support survey. *Social*

*Science and Medecine*, 32, 705-714

[Shlomi Polachek, I](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/indexinglinkhandler/sng/au/Shlomi+Polachek,+Inbal/$N?accountid=17194)., Dulitzky, M., Margolis-dorfman, L., Simchen, M.J. (2016) A simple

model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. [*Archives of Women's Mental Health*](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/pubidlinkhandler/sng/pubtitle/Archives+of+Women$27s+Mental+Health/$N/32254/PagePdf/1789374627/fulltextPDF/90DAA603B26F426FPQ/1?accountid=17194), New York[Vol. 19, N° 3,](https://search-proquest-com.ezproxy.ulb.ac.be/indexingvolumeissuelinkhandler/32254/Archives+of+Women$27s+Mental+Health/02016Y06Y01$23Jun+2016$3b++Vol.+19+$283$29/19/3?accountid=17194)483-490.

DOI:10.1007/s00737-015-0582-4

Simpson, M. & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth

experiences: A literature review. *Women and birth,* 29, 203-207

Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., Dahlen, H. (2018). Postnatal post-traumatic stress:

an integrative review. *Women and Birth*, 31, 367-379

Slater, P. (2015). Post-traumatic stress disorder managed successfully with hypnosis and the

rewind technique: two cases in obstetric patients. *International Journal of Obstetric*

*Anesthesia*, 24, 3, 272-275. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.03.003

Slomian, J. (2018). Expérience maternelle en période postnatale: Exploration des besoins et

tentative de réponses à l’ère numérique. Thèse de doctorat. Université de Liège

Stella, J. (2015). Women’s experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder

(PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Archives of*

*Women’s Mental Health*.18, 6, 761-771

Stichting Bevallingstrauma: lesmateriaal. Retrieved from www.stichtingbevallingstrauma.nl

Söderquist, J., Wijma, K., Thorbert, G., Wijma, B. (2009). Risk factors in pregnancy for

posttraumatic stress and depression after childbirth. *An International Journal of*

*Obstetrics and Gynaecology*, 116, 5, retrieved from <https://doi.org/10.1111/J.1471->

0528.2008.02083.x

Söderquist, J., Wijma, K., Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of

obstetric variables. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 23, 1,

retrieved from https://doi.org/10.3109/01674820209093413

Thorpe, L. (2017). Post traumatic stress disorder in post-Partum women and its link with

unresolved childhood sexual abuse. A Literature Review. Adler Graduate School.

Verreault, N. (2014). Les réactions psychologiques périnatales : Qu’en est-il des taux et des

facteurs prévisionnels de l’état de stress posttraumatique et de la dépression ? *Thèse*

*présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie.* Université de

Québec. Retrieved from <https://archipel.uqam.ca/6948/1/D2720.pdf>

Wijma, K., Soderquist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth:

a cross sectional study. *Journal of Anxiety disorders,* 2, 587-597

Wong, C. (2009). Advances in labor analgesia. *International Journal on Womens*

*Health*, 1, 139-154

6. *Annexes*

* 1. *Annexe 1*: Questionnaire ESPT postpartum Juin 2019

pour: *Sage-femme – Gynécologue*

1. Connaissez-vous l’Etat de Stress PostTraumatique postpartum ?

oui - non

1. Combien de mamans souffrant d’ESPT postpartum avez-vous déjà rencontrées ? ……………………………..
2. Utilisez-vous le système des ‘stickers roses’ ?

oui - non

1. Utilisez-vous des échelles pour évaluer la présence d’ESPT postpartum ?

oui - non  Si oui, lesquelles ? …………………………………………

1. Faites-vous un ‘debriefing’ dans le cas d’un accouchement jugé ‘traumatisant’ par la maman (et donc pas nécessairement par vous) ?

oui - non

1. Disposez-vous d’une brochure sur l’ESPT postpartum et l’utilisez-vous ?

oui - non

1. Traitez-vous des mamans souffrant d’ESPT postpartum ?

oui - non

si oui, quel type de thérapie ? ………………………………………………

si non, disposez-vous d’une liste de personnes de référence ?

oui - non6.2.  *Annexe 2*: Questionnaire ESPT postpartum. Juin 2019 Version néerlandophone voor : *wroedvrouw - gynaecoloog*

1. Kent u postpartum Post Traumatische Stress Stoornis ?

ja - neen

1. Hoeveel moeders met postpartum PTSS hebt u reeds ontmoet?
2. Gebruikt u het ‘roze sticker’ systeem?

ja - neen

1. Gebruikt u schalen om postpartum PTSS vast te stellen?

ja - neen

zoja, welke? …………………………………………………………

1. Doet u een ‘debriefing’ in het geval van een bevalling die door de moeder als ‘traumatiserend’ wordt beschreven (maar dus niet noodzakelijk door u)?

ja - neen

1. Beschikt u over een brochure rond Postpartum PTSS en gebruikt u ze?

ja - neen ja - neen

1. Behandelt u moeders met Postpartum PTSS?

ja - neen

Zoja, welk type therapie?...............................................................................

Zoniet, beschikt u over een lijst met referentiepersonen?

ja - neen

* 1. *Annexe 3* : Brochure ESPT postpartum



*L’Etat de Stress Post-Traumatique après l’accouchement*

*pour les mamans…*

Image de Kathleen Vereecken

***En quoi consiste l’ESPT postpartum ?***

Donner naissance est un événement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d’une femme. L’impact de l’événement dépendra de l’intensité des émotions vécues. Plusieurs études confirment que l’accouchement peut être potentiellement traumatique et même mener à un **Etat de Stress Posttraumatique**. On note cependant souvent une différence entre le vécu de l’accouchement du point de vue de la maman et celui du professionnel. De plus, la nouvelle maman peut se sentir très isolée quand elle essaie d’exprimer ses émotions et cognitions négatives par rapport à l’accouchement à un entourage qui ne cesse de lui rappeler que c’est un événement heureux et qu’elle devrait être ‘reconnaissante’.

***Quels sont les signaux ?***

*Une maman en Etat de Stress Posttraumatique postnatal peut souffrir de…*

* souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'accouchement
* cauchemars par rapport à l’accouchement, d’insomnie
* sentiment de détresse quand une personne, un événement, un objet évoque l’accouchement
* réactions physiologiques quand une personnes, un événement, un objet évoque l’accouchement

*Elle peut …*

* éviter ou essayer d’éviter des souvenirs, des pensées ou des sentiments relatifs à l’accouchement
* éviter ou essayer d’éviter des personnes, endroits, conversations, activités, objets ou des situations qui évoquent l’accouchement, p. ex. la visite chez le gynécologue, les relations sexuelles,…
* avoir du mal à se sentir proche de son bébé
* ne pas arriver à donner le sein
* avoir oublié des éléments importants de son accouchement
* avoir une image très négative de soi-même, p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « mon corps est mutilé»…
* être satisfaite des soins hospitaliers lors de son accouchement
* être inondée par des émotions négatives persistantes comme l’horreur, l’irritabilité, la colère, la culpabilité, ou la honte
* avoir des sauts d’humeur
* avoir peur de retomber enceinte
* avoir moins envie de faire des activités
* se sentir détachée des autres
* se sentir incapable de se sentir heureuse et satisfaite
* avoir l’impression d’être tout le temps sur le qui vive
* avoir des problèmes pour se concentrer
* avoir l’impression que le monde autour d’elle n’est par réel  et se sentir comme anesthésiée
* se sentir peu soutenue

*Ces symptômes durent depuis plus d’un mois après son accouchement et peuvent influencer ses relations personnelles et professionnelles.*

*Qu’est-ce que la maman peut faire?*

Elle peut essayer de …

* éviter de banaliser ses plaintes
* accepter qu’elle vit des choses difficiles
* prendre du temps et du repos
* parler à son entourage de son vécu, ses frustrations, sa colère,…même si c’est compliqué
* en parler à son médecin, son kiné, sa sage-femme ou même consulter une aide psychologique spécialisée

*Qu’est-ce l’entourage de la maman peut faire?*

L’entourage peut

* écouter et accueillir ses émotions et ses pensées, même quand elles sont difficile à entendre et/ou à comprendre
* éviter de la culpabiliser
* ne pas banaliser son vécu
* la rassurer et , si nécessaire, lui proposer de l’aide professionnelle
* lui proposer de l’aide : garder le bébé, faire les courses,…
* comprendre que les sauts d’humeur, les excès de colère,…ne sont pas dirigés contre lui
* se renseigner auprès de son médecin, l’infirmier(e) de l’ONE ou la sage-femme
* en parler à un professionnel de la santé mentale lui-même quand les difficultés pèsent sur le couple et/ou la famille

*Combien de temps peut durer un ESPT postpartum?*

Si l’ESPT postpartum n’est pas diagnostiqué, il peut devenir chronique et avoir un grand impact sur la maman, son bébé, son conjoint et sa famille.

*Traitements possibles?*

Il existe différents traitements psychologiques, tels que l’EMDR ou l’Eye Mouvement Desensitization Reprocessing, la Thérapie Cognitivo-Comportementale et l’Hypnose.

Parfois, un traitement médicamenteux peut également être proposé.

*En savoir plus ?*

Si vous souhaitez plus de renseignements ou parler à un professionnel, veuillez contacter :

* 1. *Annexe 4 : Affiche*

*Mettre un enfant au monde est un événement majeur dans la vie d’une femme….*

* *écouter les souhaits de la maman*
* *être dans une démarche de dialogue et*

*d’information*

* *proposer des prestations de qualité*
* *répondre aux besoins*
* *respecter la dignité de la maman*
* *respecter l’autonomie de la maman*
* *ne faire aucune distinction*
* *informer sur l’état de santé du bébé et de*

*la maman*

* *demander son consentement libre et*

*éclairé pour tout acte médical*

*permet d’éviter une* ***expérience traumatique*** *de cet événement*

*Parlez à la maman,* ***avant, pendant, après****….*

*C’est votre devoir….et c’est la loi !*

Campagne de sensibilisation par rapport à l’Etat de Stress Posttraumatique Postpartum



Verhaeghe Catherine

Juin 2019

CIU en victimologie et psychotraumatologie:

L’Etat de Stress Post-Traumatique Post Partum