



Article scientifique

Article

2019

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum

Benzakour, Lamyae; Epiney, Manuela; Girard, Elodie Laure

How to cite

BENZAKOUR, Lamyae, EPINEY, Manuela, GIRARD, Elodie Laure. Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. In: Revue médicale suisse, 2019, vol. 15, n° 637, p. 347–350.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:147048>

Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum

Drs LAMYAE BENZAKOUR^a, MANUELLA EPINEY^b et ELODIE GIRARD^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 347-50

Dans cet article, nous proposons une synthèse des données de la littérature sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) du postpartum en lien avec l'accouchement, en sachant que ce trouble continue d'être entouré d'un certain tabou. Les critères diagnostiques du psychotraumatisme, ainsi que du TSPT du postpartum (TSPTPP) en lien avec l'accouchement sont présentés. L'importance de l'évaluation du vécu subjectif de la mère est centrale. Les spécificités cliniques du TSPTPP en lien avec l'accouchement, à l'instar de la dépression du postpartum, sont présentées, de même que les facteurs de risque et de protection. A la lumière des connaissances scientifiques dans le champ de la psychotraumatologie, nous présentons les stratégies de prévention de ce trouble envisageables, mais qui restent à évaluer dans ce contexte spécifique.

State of knowledge of post-natal post-traumatic stress disorder

In this article, a synthesis of data from the literature on postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) related to childbirth is presented, knowing that the psychological suffering in this period of life is frequently associated with a certain taboo. The criteria to diagnose psychotraumatism, as well as postpartum PTSD just after the birth are here recalled as well as the importance of evaluating the subjective experience of the mother which is a central issue. The clinical specificity and key symptoms of postpartum PTSD are described along with the risk and protective factors. In the light of scientific knowledge in the field of psychotraumatology, we present the prevention strategies of this disorder that can be applied, but which remain to be evaluated and tailored to this specific context.

INTRODUCTION

Alors que dans les représentations sociales, la naissance est désignée comme un événement heureux, l'accouchement apparaît fréquemment associé à un vécu traumatique par les femmes, jusque dans 43% dans une étude.¹ On comprend aisément que cette situation paradoxale puisse avoir un impact sur le vécu négatif de l'accouchement en ne favorisant pas l'expression de sa plainte, et qu'il faille en tenir compte dans l'approche de ce sujet. Les études portant sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) du postpartum concluent à des prévalences variables, estimées à 3% en population générale et à 18% dans les populations à risque, selon une méta-analyse récente.²

L'objectif de cet article est de présenter un inventaire des connaissances sur le TSPT du postpartum (TSPTPP), afin de guider le clinicien dans sa pratique. Nous présentons les critères permettant de définir l'accouchement comme psychotraumatisme, les outils de dépistage des femmes à risque de développer un TSPTPP, les conséquences sur l'attachement et la relation mère-enfant et les stratégies d'intervention primaires et secondaires.

DÉFINITION DE L'ACCOUCHEMENT COMME PSYCHOTRAUMATISME

Selon la 5^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (**tableau 1**), pour valider le critère A définissant un événement traumatique, cet événement implique que le sujet soit exposé à la mort, à des blessures graves, ou à de la violence sexuelle, effectives ou potentielles.³ L'accouchement, perçu individuellement comme une menace, entre dans le cadre d'un événement potentiellement traumatique.

L'accouchement en tant que psychotraumatisme résulte d'une association complexe de facteurs physiques, psychiques et émotionnels et décrits comme étant objectifs et/ou subjectifs. Un accouchement prématuré, un accouchement instrumenté, une césarienne en urgence, les complications maternelles, comme l'hémorragie de la délivrance et les situations de menace vitale néonatale, représentent les situations objectives principalement associées à des vécus traumatiques de l'accouchement. Pour autant, dans le cadre de l'accouchement, il peut arriver que le vécu subjectif de menace vitale et/ou de l'intégrité physique sur soi et/ou sur le bébé ne soit pas sous-tendu par une menace vitale effective. De ce fait, le vécu subjectif prime autant, voire plus que la menace vitale objective, dans la mesure où elle ne constitue une condition ni suffisante ni nécessaire à la constitution d'un vécu traumatique de l'accouchement.⁴ En conséquence, un repérage des psychotraumatismes en lien avec l'accouchement nécessite une exploration du vécu subjectif et ne saurait s'appuyer uniquement sur des éléments médicaux objectifs du déroulement de l'accouchement.

Le vécu traumatique ne donne pas nécessairement lieu au développement d'un TSPT et peut favoriser les états suivants: 1) des réactions de stress brèves se définissant comme des symptômes suivant immédiatement l'événement traumatique et de nature transitoire caractérisés par une agitation et une anxiété, durant quelques heures au plus,⁵ 2) un état de stress aigu répondant aux mêmes critères diagnostiques que le TSPT pouvant apparaître immédiatement après l'événement traumatique, mais de durée inférieure et comprise entre trois jours et un mois et 3) une dépression du postpartum partageant une importante comorbidité avec le TSPTPP.

^a Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14, ^b Service d'obstétrique, Département de gynécologie et d'obstétrique, HUG, 1211 Genève 14
lamyae.benzakour@hcuge.ch | manuela.epiney@hcuge.ch | elodiegirard@gmail.com

TABLEAU 1		Critères diagnostiques du TSPT du postpartum du DSM-5
Critères DSM-5	TSPT du postpartum en lien avec l'accouchement	
Critère A Événement traumatique	L'accouchement au cours duquel l'individu est confronté à la mort ou à la menace de mort, à la blessure grave ou à la menace de blessure grave de soi et/ou de son bébé	
Critère B Syndrome d'intrusion (> 1 manifestation)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants relatifs à l'accouchement et provoquant un sentiment de détresse 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu/et ou l'affect sont liés à l'accouchement 3. Réactions dissociatives où l'individu se sent/agit comme si l'accouchement allait se reproduire (continuum de dissociation) 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes (par exemple: vue d'une femme enceinte, de l'hôpital, ...) 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'accouchement (par exemple: vue d'une femme enceinte, de l'hôpital, ...) 	
Critère C Évitement persistant des stimuli (> 1 manifestation)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques relatifs à l'accouchement et provoquant un sentiment de détresse 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs en lien avec l'accouchement (personnes, endroits...) qui réveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse 	
Critère D Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (> 2 manifestations)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'accouchement 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes ou du monde 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'accouchement qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes 4. Etat émotionnel négatif persistant 	
Critère E Altérations persistantes d'activation neurovégétative (> 2 manifestations)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportement irritable, accès de colère avec une agressivité verbale ou physique envers des personnes/objets 2. Comportement irréflectif ou autodestructeur (conduite à risque, consommation de toxiques, automutilation) 3. Hypervigilance 4. Réaction de sursaut exagérée 5. Problèmes de concentration 6. Perturbation du sommeil 	
Critère F	La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus d'1 mois	
Critère G	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants	
Critère H	La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale	
Sous-type dissociatif (> 1 symptôme)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépersonnalisation (expériences persistantes de détachement de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps) 2. Déréalisation (expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement) 	

QUELS SONT LES FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE DÉVELOPPEMENT D'UN TSPT EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT?

Dans le champ de la recherche en psychotraumatologie, des facteurs de risque comme de protection ont été mis en évidence pour repérer les sujets à risque de développer un TSPT dans les suites de l'exposition à un événement traumatique. Une importante méta-analyse portant sur les facteurs de risque de développement de TSPT distingue trois catégories:⁶ ceux préexistants au traumatisme, ceux relatifs au traumatisme, ceux suivant le traumatisme. D'après ce modèle, les facteurs suivants ont été mis en évidence pour le TSPT.

Facteurs de risque antérieurs à l'accouchement

Facteurs de risque relatifs à la psychopathologie maternelle et antérieurs à la grossesse

Ils recouvrent les antécédents de troubles psychiatriques, en particulier de dépression et de troubles anxieux, et les antécédents d'exposition à des événements traumatiques.²

Facteurs de risque en lien avec la grossesse

Ils recouvrent la peur de l'accouchement, appelée tocophobie, le caractère non planifié de la grossesse, un mauvais suivi de la grossesse, des complications de la grossesse.⁷

Facteurs de risque relatifs à l'accouchement

Ceux-ci concernent le déroulement du travail et la mise au monde de l'enfant: il s'agit des facteurs obstétricaux liés à l'accouchement lui-même (instrumentation, césarienne en urgence, hémorragie), des complications maternelles, des facteurs liés à la perception de l'accouchement (sentiment d'être pris au piège, perte de contrôle, sensation que l'intégrité physique est menacée, écroulement des croyances de base), des facteurs liés à l'interaction entre l'équipe soignante et la patiente (perception d'un manque d'informations et de soutien), des facteurs en lien avec les complications néonatales et/ou de la prise en charge dans une unité de néonatalogie.⁸

Concernant la douleur pendant un événement traumatique, quelle que soit la nature, on note une corrélation entre l'intensité de la douleur et le risque de développement de TSPT et que la douleur réactive les souvenirs traumatiques et l'émergence de flash-backs.⁹ Dans le cadre de l'accouchement, des données soutiennent également une importante participation de la douleur dans le risque de développement du TSPT en lien avec l'accouchement.¹⁰

Facteurs de risque après l'accouchement

La réaction clinique immédiate après un traumatisme, quelle que soit sa nature, est considérée comme un facteur prédictif

à évaluer dans les suites de l'exposition à un traumatisme. Comme l'objectifent plusieurs études dont une étude longitudinale récente, il est en particulier indispensable d'évaluer la dissociation péritraumatique et la détresse psychologique immédiate.¹¹ La dissociation péritraumatique, correspondant à des réactions cliniques très variées, traduit une inadéquation entre l'état émotionnel, l'état cognitif, le comportement du sujet et le contexte (par exemple: pilote automatique qui consiste à agir de manière automatique au risque d'avoir des comportements inadaptés au contexte, désorientation temporo-spatiale, amnésie, déréalisation, soit l'impression d'être dans un rêve ou que ce qui nous entoure est irréel, dépersonnalisation, soit l'impression de sortir de son corps et d'être spectateur de la scène, etc.) pouvant aller jusqu'à la perte de conscience de l'environnement actuel. La détresse psychologique renvoie aux émotions de peur intense, de tristesse, à la sensation de mort imminente et de signes physiques d'anxiété (par exemple: sudation, tremblements, malaise, etc.). Le caractère prédictif de ces deux variables a été confirmé pour le TSPTTP en lien avec l'accouchement.¹²

L'évaluation de la situation sociale dans les suites d'un traumatisme vise l'exploration du soutien social susceptible d'influer sur le pronostic. En effet, les situations d'isolement social peuvent augmenter le risque de développement d'un TSPT.¹³

SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DU TSPTTP EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT

Le TSPT, de façon générale, découle d'une exposition à un événement traumatique qui provoque un sentiment de peur, de détresse ou d'horreur chez la personne. Ce trouble se manifeste par quatre types de symptômes présents au moins un mois: l'intrusion ou une réexpérience persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, des altérations négatives de l'humeur ou de la cognition et un état d'hyperactivité neurovégétative (**tableau 1**).

De même que pour la dépression du postpartum, compte tenu de l'influence du contexte de périnatalité sur la symptomatologie, l'expression clinique du TSPTTP se décline autour de la thématique de la grossesse et de l'accouchement. Il a aussi la particularité de s'accompagner d'un retentissement sur les interactions précoces mère-enfant et sur la relation de couple comme nous proposons de le développer ci-dessous. Ainsi, s'agissant du syndrome d'intrusion, on note des reviviscences traumatiques sous la forme de flash-backs ou de cauchemars post-traumatiques portant sur l'accouchement.¹⁴

De même, les conduites d'évitement portent spécifiquement sur les situations exposant à la grossesse, se traduisant souvent par une aversion pour les relations sexuelles,¹⁵ avec un impact négatif sur la relation avec le partenaire.¹⁶ Les conduites d'évitement peuvent aussi concerner le lieu de l'accouchement, à savoir l'hôpital où la patiente préférera renoncer à consulter même en cas de nécessité pour elle ou pour son enfant. La toco-phobie secondaire est également décrite comme une anxiété anticipatoire élevée de revivre un accouchement ressenti comme traumatique, qui accompagne souvent le tableau clinique de TSPTTP.¹⁷

En présence d'un TSPTTP, les conclusions des études sont controversées mais certaines démontrent des effets délétères sur la santé et le développement de l'enfant, le lien mère-enfant, une limitation de l'allaitement chez ces mères et la qualité de l'attachement.¹⁸

COMMENT PRENDRE EN CHARGE LE TSPT DU POSTPARTUM EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT?

Il n'existe pas à ce jour de données suffisamment solides et consensuelles auxquelles se référer concernant la prise en charge des femmes souffrant de vécus traumatiques en lien avec l'accouchement, mais certaines stratégies existantes sont à citer. On retrouve ainsi des stratégies de prévention primaire, consistant à repérer les femmes à risque pendant la grossesse.¹⁹ A la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il est déjà possible de s'appuyer sur un dispositif de dépistage anténatal des femmes à risque de troubles psychiques en lien avec la grossesse et de prise en soins multidisciplinaire en pré et post-natal.

On retrouve aussi des stratégies de prévention secondaire, qui concernent les actions thérapeutiques précoces dans les suites immédiates de l'exposition à un événement traumatique, inspirées de techniques cognitivo-comportementales (TCC) centrées sur le traumatisme.¹⁹ Le debriefing de l'accouchement, bien qu'abondamment pratiqué, n'a pas démontré son efficacité sur la prévention du TSPTTP en lien avec l'accouchement.¹⁹

Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Antje Horsch et son équipe ont évalué les bénéfices d'une tâche cognitive visuo-spatiale accomplie dans les six heures suivant un accouchement par césarienne en urgence. Les résultats préliminaires suggèrent une réduction du nombre de souvenirs intrusifs en lien avec la césarienne en urgence à une semaine et confortent l'hypothèse selon laquelle la tâche visuo-spatiale effectuée dans les six heures inhibe la consolidation du souvenir traumatique.²⁰

Les interventions de psychothérapie cognitivo-comportementale basées sur les techniques d'exposition et l'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), correspondent aux techniques de référence dans le traitement du TSPT et pourraient être proposées comme stratégies de prévention secondaire et de traitement, mais nous ne disposons pas de données suffisantes à ce jour pour valider son indication dans le TSPTTP en lien avec l'accouchement.²⁰

CONCLUSION

Cette synthèse de données sur le TSPTTP en lien avec l'accouchement indique qu'une grande proportion de femmes est exposée à un vécu traumatique de leur accouchement, mais que seule une faible part développe des troubles post-traumatiques en rapport. Le fait de développer un TSPT dans ce contexte est influencé par des facteurs de risque préexistant à l'accouchement, dépendant de l'accouchement et suivant l'accouchement. Nous notons que ce trouble engendre une grande souffrance chez la mère et retentit sur la qualité du lien mère-enfant. La sensibilisation et la formation des équipes

médico-soignantes des services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de psychiatrie périnatale, comme l'information du grand public sur ce sujet, sont nécessaires. Une prise en charge précoce pourrait consister tout d'abord à repérer les femmes ayant eu un vécu traumatique, en incluant aussi bien les critères objectifs liés aux complications médicales maternelles comme néonatales que les critères subjectifs reposant sur le vécu de la mère. En fonction de l'évaluation de la réaction clinique immédiate, des stratégies de prise en charge précoce reposant sur les techniques d'exposition ou d'EMDR permettraient de réduire le développement de symptômes durables sous la forme de troubles de stress post-traumatiques, mais doivent être encore évaluées dans le cadre d'essais cliniques spécifiques dans le contexte du vécu traumatique de l'accouchement.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le TSPT en lien avec l'accouchement s'installe chez une partie des femmes quand l'accouchement s'accompagne d'un vécu traumatique
- Le risque de développement de TSPT en lien avec l'accouchement dépend de plusieurs types de facteurs (antérieurs à la grossesse, pendant la grossesse, après celle-ci)
- Il n'existe pas à ce jour de prise en charge thérapeutique validée pour cette forme spécifique de TSPT et des recherches cliniques sont nécessaires

1 *Alcorn K, O'Donovan A, Patrick J, et al. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010;40:1849-59.

2 Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;208:634-45.

3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder -5th Edition*. Washington: APA, 2013.

4 Verreault N, Da Costa D, Marchand A, et al. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risks factors in Canadian women. *J Psychosom Res* 2012;73:257-63.

5 Church S, Scanlan M. Post-traumatic stress disorder after childbirth: Do midwives have a preventative role? *Practicing Midwife* 2002;5:10-13.

6 *Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of post-traumatic stress

disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129:52-73.

7 Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetric Gynecol Scandinavica* 2012;91:1261-72.

8 Freeley N, Zerkowicz P, Cormier C, et al. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at six months after discharge from the neonatal intensive care unit. *App Nursing Res* 2011;24:114-7.

9 Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, et al. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002;47:930-7.

10 Lopez U, Meyer M, Loures V, et al. Post traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15:118.

11 Gandubert C, Scali J, Ancelin M-L, et

al. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of Stress*, 2016;3:61-7.

12 Haagen JFG, Moerbeek MB, Olde EC, et al. PTSD after childbirth: a predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord* 2015;185:135-43.

13 Ayers S, Jessop D, Pike A, et al. The role of adult attachment style, birth intervention and support in post traumatic stress after childbirth: a prospective study. *J Affect Disord* 2014;155:295-8.

14 Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic Stress Disorder after childbirth?: a prospective study of incidence. *Birth* 2001;28:111-8.

15 Tan P, Evsen MS, Soydinc HE, et al. Increased psychological trauma and decreased desire to have children after a complicated pregnancy. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2013;14:11-4.

16 Zimmerman G. Posttraumatic stress disorder after childbirth. *Int J Childbirth*

Educ 2013;28:61-6.

17 Ayers S, Wright D, Wells N. Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reproduct Infant Psychol* 2007;25:40-50.

18 *Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord* 2018;225:18-31.

19 Anderson CA. The trauma of birth. *Health Care for Women International* 2017;10:999-1010.

20 *Horsch A, Vial Y, Favrod C, et al. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: a proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour Res Ther* 2017;94:36-47.

*à lire

**à lire absolument