



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Interventions précoces dans la prévention du développement d'un trouble
du stress post-traumatique à la suite d'un accouchement traumatique**

Présentée et soutenue publiquement le 16 Avril 2024 à 15h30
au Pôle Recherche
par **Lisa BUFFON**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Carin SCHOEMAKER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD

AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

APA : Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association)

BDI : Beck Depression Inventory

CAPS : Clinician-Administered PTSD Scale

CIM-10 : 10e révision de la Classification statistique internationale des maladies

DAS4 : Dyadic Adjustment Scale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EMDR : « Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

ESA : Etat de Stress Aigu

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

IES-R : Impact of Event Scale-Revised

ITT : Intention de traiter

MIBS : Mother to Infant Bonding Scale

ML : machine learning

MSSS : Maternity Social Support Scale

NPL : Natural language processing

PCL-S : Post traumatic Check List- Scale

PDEQ : questionnaire sur les expériences de dissociation péritraumatique

PDI : l'Inventaire de Détresse Peritraumatique

PPQ : Perinatal PTSD Questionnaire

PSS-I-5 : TSPT Symptom Scale Inventory for DSM-V

TCC : Thérapie cognitivo-comportemental

TES : Traumatic Event Scale

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

TSPT-A : Trouble du stress post-traumatique après l'accouchement

Table des matières

RESUME :	8
1. INTRODUCTION	10
a) Présentation et contexte de la thèse	10
b) Contexte : Vignette clinique :	11
c) Problématique :	14
I- <i>Aspects théoriques :</i>	15
A. <i>Définition et histoire du psychotraumatisme</i>	15
a) Notion de vécu subjectif	17
b) L'accouchement comme un événement traumatique.....	18
B. TROUBLE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE	21
a) TSPT	21
b) TSPT en périnatalité	24
c) TSPT partiel	25
II- <i>Évaluation de la clinique psychotraumatique en post-partum</i>	28
A. ÉPIDEMIOLOGIE	28
B. FACTEURS DE RISQUES HISTORIQUES	30
C. CONSEQUENCES SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	37
D. CONSEQUENCES DU TSPT SUR LA MERE	40
E. OUTILS DE DETECTION DU TSPT	43
III- <i>Prise en charge du TSPT-A</i>	48
2. REVUE DE LITTERATURE	51
A. MATERIEL ET METHODE	52
B. RESULTATS	54
a) Présentation des études :	56
b) Intervention en anténatal :	57
c) Intervention à la maternité, post-partum immédiat :	58
d) Intervention en post-partum tardif :	60
e) Évaluation du TSPT-A :	62
f) Autres comorbidités évaluées :	63
g) Résultats généraux	64
h) Autres comorbidités résultats :	66
C. DISCUSSIONS	68
3. PERSPECTIVES ET PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE	77
4. CONCLUSIONS	80
5. BIBLIOGRAPHIE	81
6. ANNEXES :	87

Résumé :

Interventions précoces dans la prévention du développement d'un trouble du stress post-traumatique à la suite d'un accouchement traumatique.

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique en période périnatale (TSPT-A) est depuis quelques années un sujet d'étude pour les professionnels de l'obstétrique et pour les sages-femmes. Fréquemment recherché suite à un accouchement avec des complications obstétricales majeures, il peut survenir chez des femmes dont l'accouchement n'a pas présenté de particularité sur le plan médical, mais aura été douloureusement vécu.

De diagnostic tardif, il peut engendrer des conséquences sur les relations de la dyade mère-enfant, mais aussi perturber le fonctionnement global de la mère qui en souffre.

L'objectif de ce travail est de présenter les différentes interventions précoces proposées à la suite d'un accouchement vécu subjectivement comme traumatique. On s'interrogera de plus sur la place du psychiatre en périnatalité dans la prévention du trouble du stress post-traumatique.

Méthode

Ce travail est une revue de littérature narrative proposant une présentation des interventions précoces proposée à la suite d'un accouchement traumatique,

Résultats

Onze études ont été incluses dans ce travail.

Deux grands types d'interventions paraissent possible dans la prévention du TSPT-A.

Les premières interventions permettant une amélioration de l'expérience de l'accouchement pour la dyade/triade.

Les secondes interventions permettant de travailler le vécu traumatique de l'accouchement.

Discussion

Les limites principales des études sur la prévention du TSPT-A ont été discutées.

Nous proposons une synthèse des différentes interventions précoces possible , et le rôle des différents acteurs de la périnatalité dans la mise en place de ces actions.

1. Introduction

a) Présentation et contexte de la thèse

L'accouchement, souvent perçu comme un moment de joie et de bonheur, peut se transformer en une expérience traumatisante pour certaines femmes, laissant des séquelles psychologiques profondes. Le trouble du stress post-traumatique après un accouchement (TSPT-A) est une complication sérieuse et largement sous-estimée qui peut affecter la santé mentale et le bien-être des mères, ainsi que leur capacité à établir des liens avec leur nouveau-né.

Le trouble de stress post-traumatique en période périnatale (TSPT-A) est depuis quelques années un sujet d'étude pour les professionnels de l'obstétrique et pour les sages-femmes. Cependant, il est fréquemment sous-diagnostiqué par rapport à la dépression postnatale, qui bénéficie d'une prise en charge impliquant à la fois les obstétriciens et les psychiatres spécialisés en périnatalité.

Le trouble du stress post-traumatique est une pratique fréquente en psychiatrie autant chez les adultes que chez les enfants avec une prévalence de 1-2% en population générale.(1)

La prise en charge à la suite d'un événement traumatogène consiste globalement à une intervention précoce suivie d'une surveillance afin de diagnostiquer le cas échéant un TSPT et de le traiter via une association de psychothérapie et de pharmacothérapie.

En raison de l'importance de la période périnatale dans le lien de la dyade (mère-enfant), ainsi que dans celle d'un couple, il apparaît essentiel d'intervenir précocement face à un événement traumatique tel que l'accouchement. Dès les premiers signes de détresse psychologique, il est primordial d'agir afin de réduire l'impact à long terme de cette expérience sur la santé mentale

des mères et sur la dynamique familiale dans son ensemble.

Cette revue examine donc les différentes stratégies d'intervention précoce proposées pour la réduction du risque de développement d'un TSPT post-partum. En partant d'une vignette clinique, nous proposerons une revue de la littérature narrative présentant les différentes interventions précoces après un accouchement traumatique.

b) Contexte : Vignette clinique :

Madame D. Jeanne est une jeune femme de 28 ans, en couple depuis une dizaine d'années. L'histoire de vie de Jeanne est marquée par le suicide de son père par pendaison lorsqu'elle avait 4 ans. Ce traumatisme reste encore à ce jour présent dans le discours de la patiente.

Lorsque Jeanne découvre sa grossesse alors non planifiée, le désir de maternité s'accompagne d'angoisses liées à la filiation, ainsi que d'angoisse anticipatoire sur la future organisation maternelle. Un suivi avec une psychologue est alors débuté pendant la grossesse et vise à apaiser ses inquiétudes. Cependant le troisième trimestre de la grossesse est marqué par un fléchissement thymique et une anxiété persistante.

À 36 semaines d'aménorrhée, à la suite d'une rupture des membranes, le travail de la patiente débute. Elle rapportera des douleurs importantes initialement tolérables puis

rapidement difficilement gérables. À la suite d'une dilatation cervicale rapide, l'analgésie péridurale initialement espérée par la patiente ne peut être posée.

Jeanne rapporte alors un état de sidération majoré par la douleur physique. Elle décrit un souvenir flou à partir de ce moment et un sentiment de mort imminente pour elle et son enfant. Son conjoint alors présent rapportera un moment difficile, avec un sentiment d'impuissance.

À la suite de la naissance de son enfant, Madame D. présente une hypomimie, des difficultés à se remémorer l'accouchement et une hypervigilance constante. Son conjoint, également « choqué » par l'épreuve, se retrouve désorienté face à sa propre réaction émotionnelle.

Au cours des premiers jours du post-partum, la patiente continue de manifester des signes de détresse psychologique, notamment des flash-back, une hypervigilance persistante et des difficultés à établir un lien émotionnel avec son bébé.

La prise en charge initiale comprend une psychoéducation sur la sidération et la possible amnésie associée au traumatisme.

Un traitement anxiolytique par Oxazépam aux dépens de l'hydroxyzine (molécule de référence à la suite d'un trauma) est instauré du fait d'un désir d'allaitement maternel, permettant une amélioration progressive de son état émotionnel et relationnel avec son enfant.

L'évolution montre une amélioration graduelle concomitante à une augmentation progressive de la dose d'anxiolytique. Cependant, à J7post-partum, la patiente présente un fléchissement thymique avec une recrudescence de pleurs, des ruminations en lien

avec la prise en charge du bébé et des cognitions négatives sur ses capacités maternelles. L'anxiolyse est ajustée, et un dépistage de la dépression postnatale (EPDS) est réalisé, révélant un score de 17.

Une évaluation spécifique à J8 confirme un accouchement traumatique avec des facteurs de risques de développer un trouble du stress post-traumatique (TSPT). On retrouve dans le discours la présence des "hot spots" avec des reviviscences auditives, des épisodes de sidération cognitive et affective, et un vécu de péril imminent. La culpabilité émerge dans son récit.

À la sortie de la maternité, un relai ambulatoire en psychiatrie adulte et en périnatalité est proposé à la patiente , comprenant une poursuite du traitement anxiolytique, une visite à domicile est envisagée avec un suivi régulier afin de réévaluer l'état psychique de la patiente et d'étayer le lien mère-enfant si besoin.

c) Problématique :

Le cas clinique suivant, permet de s'interroger sur l'existence d'une intervention précoce, pouvant être mise en place facilement et de manière efficace à la suite d'un accouchement vécu comme traumatique.

De plus, nous nous interrogerons sur comment envisager un accompagnement « psycho-obstétrical » cohérent pour la dyade voire pour la triade et quel est la place du psychiatre de périnatalité dans cette prise en charge.

I- Aspects théoriques :

A. Définition et histoire du psychotraumatisme

Le terme de psychotraumatisme ou syndrome post-traumatique regroupe les différents symptômes émergeant à la suite d'un événement traumatogène rencontré par un individu en tant que victime directe, indirecte ou en tant que témoin.

Ce terme a évolué au cours des siècles en fonction des théories venant étayer sa définition, les sujets concernés, ses conséquences et ses manifestations cliniques à court et à long terme .

Les premières définitions apparaissent dès l'antiquité faisant suite aux batailles de guerre.

On peut évoquer par exemple l'histoire du guerrier athénien Epizelos dont Hérodote (450 av. J.-C.) décrit la cécité psychosomatique réactionnelle à la perte de son ami transpercé au combat par un géant perse.

S'en suivront des descriptions de manifestations psychiques de guerre par les psychiatres militaires depuis Pinel (révolution XIXe siècle) jusqu'à Louis Crocq (XXe siècle).

On notera une évolution progressive de la clinique du post-traumatisme à partir des différentes observations cliniques des sujets exposés à des catastrophes.

Louis Crocq (2) définit le traumatisme psychique comme étant un : « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes, afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie, ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur. »

Bien que décrite depuis 1888 par Oppenheim, la dimension causale émotionnelle de

l'événement et l'état de stress adaptatif engendré par le traumatisme ne réapparaissant dans la description de l'état de stress post-traumatique qu'en 1994 avec le DSM-IV , permettant de définir l'état de stress post-traumatique adaptatif précédent le trouble du stress post-traumatique lorsqu'il excède 1 mois. (3)

Cette quatrième version voit également s'élargir le spectre des modes possibles de processus traumatogène. De plus, elle ajoute une exigence importante. Pour être qualifié de traumatique, l'événement doit avoir suscité un vécu subjectif négatif ,sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance.

Enfin, pour la première fois, le manuel fait mention de caractéristiques liées à la culture et souligne le danger d'utiliser telle quelle sa classification pour évaluer une personne d'un autre groupe ethnique ou culturel.

Il faudra attendre le DSM-V (2013) pour que le TSPT alors classé comme un trouble anxieux, puisse être intégré dans une nouvelle catégorie celle des « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » .

Cette nouvelle définition admet qu'un individu puisse être traumatisé, car émotionnellement lié à une victime directe d'une catastrophe.

De plus , le DSM-V n'exige plus que l'individu ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement.(4)

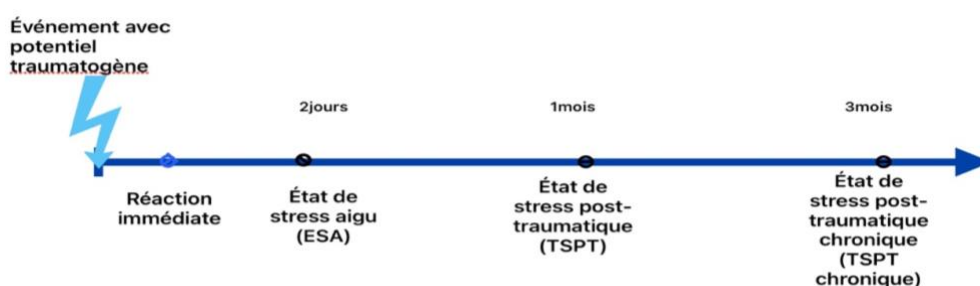


Figure 1- Survenue d'un trouble du stress post-traumatique

a) Notion de vécu subjectif

Le vécu subjectif est parfois évident puisqu'il est la conséquence d'un événement catastrophique (catastrophe naturelle , guerres, prise d'otage) , l'événement traumatique peut-être parfois difficile à identifier, car plus insidieux et progressif (exemple du harcèlement professionnel) ou bref (exemple de l'accouchement).

On parle d'événement traumatique lorsqu'il y a une confrontation brutale à la mort, éprouvée par une impression subjective de détresse péritraumatique caractérisée par des émotions négatives de peur , d'impuissance ou de détresse physique et psychologique.

Introduit en 2000 dans la 4e version révisée du DSM l'événement est dit traumatique selon deux composantes. L'une « objective » par le critère A1 mentionnant que le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. L'autre « subjective » par le critère A2 précisant que la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, ce que l'on nomme aujourd'hui la « détresse per- ou péritraumatique » (APA, 2000)(5).

Il est donc admis qu'un événement traumatique est simplement défini comme un événement ayant traumatisé un sujet.

Le traumatisme psychique n'est pas un stress « grave », il est une expérience différente et spécifique, souvent indicible et par conséquent difficilement exprimable et communicable, où les défenses et capacités d'adaptation du sujet sont immédiatement débordées.(6)

b) L'accouchement comme un événement traumatique

Plus d'une femme sur 10 garde un « plutôt mauvais » ou un « très mauvais » souvenir de son accouchement d'après l'enquête de périnatalité France 2021.

Certaines études épidémiologiques aboutissent au paradoxe que davantage de syndromes psychotraumatiques seraient diagnostiqués chez des sujets confrontés à des événements de vie commune qu'à des événements terrifiants.(7)

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur définit la douleur comme une expérience subjective qui prend en compte les composantes sensorielles, affectives, cognitives, culturelles, comportementales ainsi que les pensées et les croyances.

Ainsi, même si l'accouchement est un processus physiologique naturel, la douleur qu'il provoque à court, moyen et plus long terme, est un facteur à prendre en compte dans l'expérience des femmes et leur bien-être en post-partum.

Lorsque la douleur physique est peu ou mal accompagnée et soulagée, elle peut rapidement provoquer une souffrance morale intense, associée à des sentiments de dévalorisation, d'angoisse et d'isolement, qui peuvent perdurer longtemps après la naissance. Le vécu de la douleur influe aussi sur le conjoint à la fois durant l'accouchement, mais aussi à plus long terme. (8)

A. Evrard, s'appuie sur des récits de femme dans son article « douleurs de l'accouchement » et note que la douleur est rattachée à des perceptions de nature différente. Après avoir verbalisé autour des sensations physiques et corporelles ressenties tout au long du travail et les sentiments que ces changements créent en elle, les parturientes évoquent aussi les attitudes et comportements des soignants présents dans la

salle et comment ces postures influent en retour sur leurs vécus de la douleur. (9)

Enfin, l'étude de Soet et col. A mis en évidence une association entre la sévérité de la douleur et les symptômes de stress post-traumatique évalués 2 à 31 semaines après l'accouchement. Cette observation peut être complétée par la dernière étude de Boudon et col. qui montre que la dimension affective engendrée par la douleur de l'accouchement est un facteur prédictif de développement d'un TSPT-A. (10)(11)

L'accouchement peut être considéré comme un événement traumatique lorsque la mère ressent une perte de contrôle, la peur de perdre son enfant ou une menace pour sa propre santé. (12)

Concernant le vécu de l'accouchement, les résultats de l'étude de Chabert et col. confirment que les mères ayant un vécu négatif de leur accouchement ont un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus faible que les mères ayant un vécu positif, et inversement.

Ces résultats viennent s'ajouter aux observations de plusieurs autres études affirmant qu'un vécu de perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement sont retrouvés parmi les événements les plus majoritairement liés aux troubles psychologiques signalés en post-partum. (13)

Bien que perçu et imaginé par la plupart comme étant l'un des plus beaux événements de leurs vies l'accouchement peut à bien des niveaux engendrer un sentiment de crainte, d'insécurité voir de danger pour la mère.

C'est Monique Bydlowski en 1978 qui décrit sous le terme de « névrose traumatique post-obstétricale », l'état de stress traumatique présenté par les femmes après un accouchement difficile ou traumatique durant lequel la mère a éprouvé des craintes pour elle ou pour son bébé. (14)

Initialement décrit suite à des accouchements avec des complications médicales graves (césarienne en urgence , instrumentalisation) ou des complications périnatales (prématurité , mort néonatale) , le trouble du stress post-traumatique peut survenir à la suite d'un accouchement dit « physiologique.

Dans sa revue systématique et méta-analyse de 2022, Carter et col. retrouvent dans 8 sur 12 articles une association significative entre le mode de naissance et le développement de trouble du stress post-traumatique. (15)

B. Trouble du stress post-traumatique

a) TSPT

Le trouble du stress post-traumatique est la persistance à plus d'un mois d'un état de stress aigu faisant suite à un événement vécu comme traumatique par individu, il partage donc la même présentation symptomatique que ce dernier.

Il se compose d'un critère A, défini comme l'exposition à un événement traumatique qui est essentiel au diagnostic, associé à 4 grands syndromes.

On retrouve le syndrome de reviviscence, le syndrome d'évitement, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et les altérations de l'éveil et de la réactivité.

Ces symptômes doivent persister plus d'un mois après l'événement.

Le DSM-V (16) présente les critères diagnostiques suivants pour l'adulte et l'enfant de plus de 6ans :

Critères A :	<p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none">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 (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).
---------------------	--

<p>Critères B :</p>	<p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <i>NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;</i> 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flash-back) 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). <i>NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;</i> 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.
<p>Critères C :</p>	<p>Évitement persistant des stimulus 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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Critères D :</p>	<p>Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la</p> <p>Survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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).
<p>Critère E :</p>	<p>Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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 exagéré ; 5. Problèmes de concentration ; 6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).
Critère F :	La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
Critère G :	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.
Critère H :	La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Il faut bien comprendre que tout événement potentiellement traumatique n'entraîne pas forcément le développement d'un trouble du stress post-traumatique, on parle alors de résilience psychologique.

Cependant, chez certains individus , suite à la confrontation avec un événement potentiellement traumatique, plusieurs phases caractéristiques peuvent suivre, menant éventuellement au développement du psychotraumatisme. Ces phases reflètent une progression dans la réaction de l'individu au stress. On observera dans un premier temps une phase dite de stress dépassé immédiatement et jusqu'à 2 jours après l'événement résultat d'une altération massive des capacités d'adaptation de l'individu, allant jusqu'à la dissociation traumatique.

S'en suit une période dite de stress aigu ou état de stress aigu (ESA), jusqu'à 1 mois après l'événement, marquant la persistance des réactions de stress de manière quasi continue et intense, et impactant les capacités fonctionnelles de l'individu.

Lorsque les symptômes de stress aigu persistent a plus d'un mois de l'événement, on parle alors de trouble du stress post-traumatique (TSPT) entraînant une altération du fonctionnement social, professionnel et personnel de l'individu.

b) TSPT en périnatalité

Il n'a pas été établi si le TSPT après l'accouchement (TSPT-A) est le même phénomène que celui vécu après d'autres événements.(17)

Il n'existe pour l'instant pas d'entité clinique propre pour le trouble du stress post-traumatique après un accouchement (TSPT-A).

Cependant en pratique clinique, il est possible d'entendre des mères raconter avec effroi le récit de leurs accouchements et décrire une symptomatologie proche de la dissociation péritraumatique ou parfois des amnésies partielles, voire quasi totales, de l'événement.

Plusieurs études ont reconnu que l'accouchement, lorsqu'il est vécu comme traumatisant, peut différer des autres événements potentiellement traumatiques en raison de ses connotations socialement positives, du besoin de considérer au moins deux individus en tout temps (la mère et le bébé), du caractère sensible de la grossesse et de l'accouchement, du fait que l'événement se déroule dans le contexte des soins protocolisés et médicalisés, et des problèmes potentiels pour la mère à s'occuper d'un bébé qui pourrait être perçu comme un rappel du trauma. (18)

En post-partum, le TSPT-A se manifeste par les mêmes syndromes que le TSPT classique.

On retrouve donc, un syndrome de reviviscence se manifestant par exemple par des flash-back ou des cauchemars en lien avec certains moments marquants de l'accouchement appelé « hotspot ».

Un syndrome d'évitement des stimulus en lien avec des rappels de l'accouchement, pouvant se manifester par des évitements comportementaux de type contextuel qui se

traduisent chez les mères par des évitements de lieu (en l'occurrence la maternité) ou d'examen gynécologique.

Des évitements de type cognitifs se traduisant par exemple par des évitements de grossesses ultérieurs pouvant aller jusqu'à la tocophobie (peur pathologique de l'accouchement).

Des évitements de type émotionnels se traduisant par des difficultés dans le lien avec l'enfant ce dernier étant un rappel permanent ou paradoxal de cet événement.

Une altération négative des cognitions et de l'humeur similaire à celle présente dans la dépression du post-partum entraîne souvent une confusion entre les deux entités qui sont par ailleurs comorbides. Elle se manifeste par des émotions négatives, une altération du souvenir de l'accouchement, une dépréciation et un discours exprimant souvent une culpabilité excessive.

Une altération de l'éveil et de la réactivité, avec notamment une hypervigilance se traduisant par un surinvestissement concernant l'enfant et sa sécurité, des troubles du sommeil, une irritabilité. (19)

c) TSPT partiel

Les descriptions cliniques évoluant et parce que l'histoire interpersonnelle de chaque individu le rend fragile, en pratique clinique, il semble tout de même fréquent de rencontrer des formes subsyndromiques du TSPT notamment suite à un accouchement.

Certaines études montrent que la prévalence du TSPT-A pourrait passer de 1-2% à 30% de femmes si l'on inclus les femmes présentant une forme subsyndromique.(20)

Initialement évoquée par Stein en 1997 comme une sous-catégorie rassemblant les vétérans de la guerre du Vietnam et les victimes d'abus sexuels, les nouvelles mères ne vont présenter que d'une partie des syndromes requis pour le TSPT. (21)

Le syndrome d'évitement peut-être moins facilement relaté par la mère, notamment s'ils sont source de jugement moral. (p.e : avouer que l'accouchement a été mal vécu, avouer qu'elle évite de regarder son bébé ce dernier lui rappelant un souvenir douloureux). Ce syndrome est parfois difficilement détectable notamment chez des professionnels de santé peu sensibilisés à la clinique du TSPT-A .

De plus, certains auteurs suggèrent que les femmes présentant des symptômes de TSPT après l'accouchement ont tendance à avoir des symptômes plus élevés d'intrusions et moins de symptômes d'évitement que les patients médicaux atteints du TSPT. (22)

Ajouter à la difficulté du vécu traumatique et son récit en société, le TSPT-A étant peu recherché, il aboutit à un retard diagnostique voire à une confusion diagnostique , l'altération de l'humeur et des cognitions prenant le dessus et la dépression du post-partum étant plus habituellement recherchée et connue par les professionnels de santé de la périnatalité .

Une autre question aborde l'importance de prendre en compte les manifestations

subcliniques, en mettant l'accent sur l'ensemble des détresses plutôt que seulement le diagnostic. Il est possible que de nombreuses femmes ne remplissent pas tous les critères diagnostiques du TSPT, mais des professionnels de la santé mentale ont souligné que ces symptômes peuvent néanmoins avoir des répercussions négatives sur leur quotidien, surtout en cas de flashbacks. Étant donné les conséquences potentielles du TSPT-A sur les femmes et leurs proches, il est crucial d'intervenir même en l'absence de diagnostic formel, dès lors qu'il y a un impact évident sur le niveau de détresse ou le fonctionnement des individus.(18)

II- Évaluation de la clinique psychotraumatique en post-partum

A. Épidémiologie

Les résultats de la dernière étude épidémiologique menée par le collectif du CA18211 rapporte une prévalence de 4% de femmes diagnostiquées d'un TSPT-A sur environ 30% de femmes relatant un accouchement vécu comme potentiellement traumatique. (23)

Chez les femmes dites à haut risque c'est-à-dire ayant vécu un accouchement prématuré, une mort in utero, ayant accouché d'un enfant mort-né ou ayant été pris en charge pour un accouchement en césarienne d'urgence, on retrouve une prévalence d'environ 19%. (24)

Il a été observé une fluctuation de la prévalence de TSPT-A en fonction du moment post-partum de la détection.

En effet en population générale de femme dans le post-partum comme dans la population à haut risque, la prévalence à 3mois est moindre contrairement à celle à 4-6 semaines post-partum et 6mois post-partum.

Sur un petit nombre d'études, on retrouve en population totale de femme (population générale et à haut risque) une prévalence du TSPT-A de 5,77% à 4-6 semaines , puis une diminution à 1,44% à 3 mois et une prévalence maximale à 6 mois à 6,79% .(24)

En prenant en compte la clinique des femmes présentant un TSPT partiel , la prévalence

est estimée être particulièrement élevée, avec 16,8 % des femmes présentant des symptômes de TSPT-A dans des échantillons de population générale et 22 % dans des échantillons à haut risque.(25,26)

Comme pour les études sur la prévalence du TSPT classique, il existe une disparité des pourcentages de prévalence retrouvés dans les différentes études expliquées par la variabilité des critères d'inclusion et par l'effet géographique en fonction des pays et des critères d'inclusion. (24,27)

Cependant, ces études s'accordent pour mettre en évidence des facteurs de risque prédisposant au développement d'un TSPT-A , suite à accouchement vécu comme traumatique.

B. Facteurs de risques historiques

On distingue trois grands types de facteurs de risques de développer un TSPT-A dans de nombreuses études, que l'on peut eux-mêmes classer en termes de temporalité périnatale. (28).

Catégorie	Facteurs obstétricaux	Facteurs sociaux	Facteurs psychologiques
Antépartum / Grossesse	Grossesse compliquée, naissance prématurée, prééclampsie	Vulnérabilité psychosociale, grossesse non désirée/non planifiée, difficultés relationnelles, stress financier	Traumatisme antérieur (viol, abus sexuel), Peur de l'accouchement, dépression pendant la grossesse, Anxiété- trait Trouble de la personnalité dépendante
Per-partum / Accouchement	Césarienne d'urgence, hémorragie, interventions obstétricales, Analgésie	Manque de soutien pratique et émotionnel	Sentiments de perte de contrôle, dissociation Expérience négative de l'accouchement, sentiment d'impuissance
Post-partum	Admission en unité de soins intensifs néonataux, réanimation, mortinaissance, mauvais soins postnatals, bébé handicapé, Long séjour hospitalier	Stress, mauvaises compétences en matière de gestion du stress	Mauvais sommeil, état de stress aigu

Les facteurs de risques du TSPT-A ne font pas consensus. En effet même si certains facteurs de risques sont souvent retrouvés dans les études, certains restent à ce jour controversés, c'est notamment le cas du mode d'accouchement.

L'accouchement par césarienne (d'urgence ou programmé) aurait tendance à être plus

prédictif d'un TSPT-A que l'accouchement par voie basse (avec ou sans instrument). De plus, lorsque l'on compare les deux types de césariennes et le développement de TSPT-A, les femmes ayant accouché par une césarienne d'urgence présente des scores de TSPT-A plus importante que celle ayant eu recours à une césarienne programmée. (15)

Selon les auteurs, la différence s'explique de la façon suivante: Les femmes sont beaucoup plus susceptibles de ne pas se sentir soutenues par le personnel et de même, ne se sentent pas impliquées dans la décision de procéder à une césarienne d'urgence. Cette explication vient corrélérer les résultats mettant en avant l'importance du vécu subjectif de la femme au cours de son accouchement.

Un autre facteur de risque de TSTP-A est l'anxiété retrouvée chez les personnalités dites anxieuses, mais qui finalement serait aussi inhérente à cette période de grossesse et de maternité.

Il s'agirait d'une anxiété normale qui varierait selon le moment de la grossesse, les scores les plus bas étant obtenus lors du second trimestre. Les inquiétudes varient selon le moment de la grossesse.

Lors du 1er trimestre, l'anxiété porte sur le risque de fausse couche, au second semestre, elle porte essentiellement sur la normalité du fœtus et au troisième semestre sur le déroulement de l'accouchement et les compétences de maternage.

En outre, les femmes présentant un état anxieux élevé en fin de grossesse ne sont pas forcément celles qui expriment des inquiétudes, par conséquent l'anxiété peut passer inaperçue. (29)

L'accouchement est devenu un moment dans la vie de la femme ou elle souhaite être actrice à part entière de cet événement. Ce projet peut d'ailleurs inclure le co-parent.

De plus en plus, le personnel soignant voit l'émergence de projet de naissance axé autour de la maîtrise quasi totale de l'accouchement allant du choix du mode d'accouchement (césarienne programmée) aux différentes positions d'accouchement.

Ce besoin de contrôle s'accompagne souvent d'une certaine rigidité retrouvée chez les personnalités dites « anxieuses ».

L'accouchement bien qu'étant un acte courant, reste un acte médical et technique comportant des risques de complications obstétricales pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la mère et du bébé.

Malgré le progrès de la médecine et une recherche permanente d'anticiper et de maîtriser ces complications, des imprévus peuvent survenir.

Ces imprévus, viennent souvent faire irruption dans les plans de naissance des parents, laissant alors à la femme un sentiment d'impuissance voire parfois d'échec ou d'inutilité et de frustration.

Pour bien comprendre ce sentiment de frustration et cette culpabilité ressentie par la patiente, nous pouvons utiliser les termes « d'autonomie exécutionnelle » et « d'autonomie décisionnelle » développé par le philosophe Fabrice Gzil et repris par Ronald Guilloux dans le contexte de l'accouchement. (30)

« L'autonomie exécutionnelle » c'est-à-dire que « la capacité à agir du sujet, qu'il s'agisse des capacités physique et psychique de la personne » est mise à défaut lorsque la femme ne réussit pas à accoucher seule. L'intervention du corps médical et le sentiment d'avoir été dépossédée de son accouchement reflètent une privation « d'autonomie décisionnelle » que l'on peut traduite comme « la capacité du sujet à décider de recourir ou de consentir aux soins et donc de participer à la décision médicale ».

Il est important pour le personnel soignant d'être conscient des enjeux que représente le moment de l'accouchement pour certaines femmes, et d'accorder une attention particulière

au vécu de l'accouchement même si aucune complication grave n'est survenue au décours. (30)

Plusieurs études concernant les facteurs de risques de développer un TSPT-A aboutissent au modèle diathèse- stress développé par Ayers et son équipe en 2016.

Selon ce modèle, le développement d'un TSPT-A serait le résultat d'une association de facteurs de vulnérabilité anténatale notamment psychiatriques et obstétricaux, associé à des facteurs en lien avec le déroulement et le vécu de l'accouchement en perpartum , ainsi associé à des facteurs en post-partum de maintien de stress. (31)

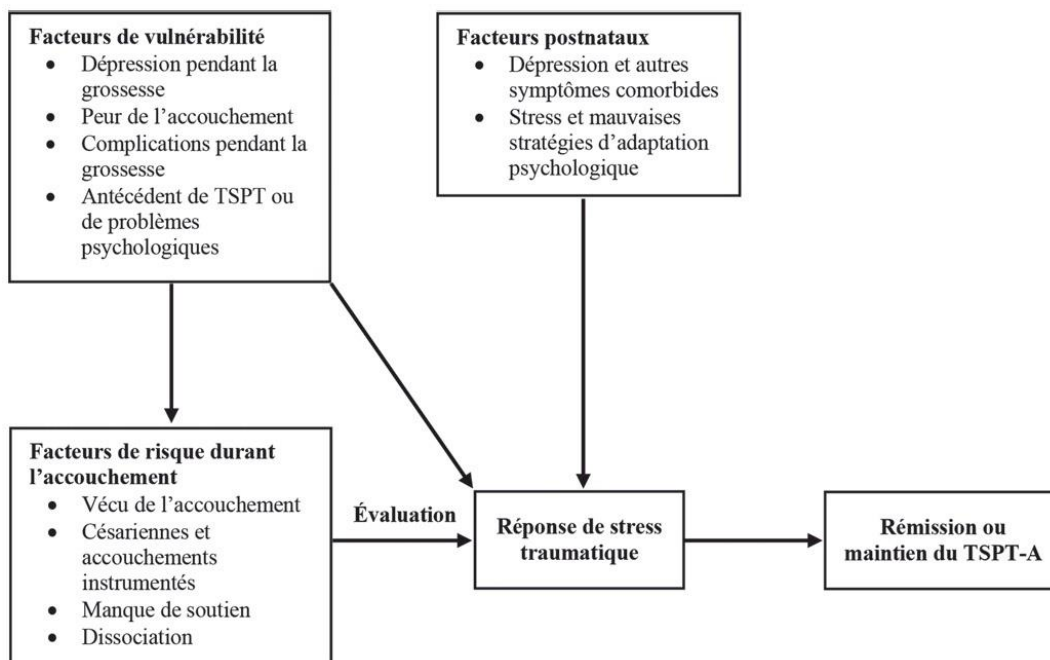


Figure 2- Modèle diathèse-stress du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement, fondé sur Ayers et al. (32)

Parmi les études récentes sur la recherche de facteurs de risque de développer un TSPT-A chez les parturientes, nous pouvons retenir les travaux de Sofie Rousseau et l'usage du « machine-learning ». Le machine learning est une méthode d'analyse des données qui automatise la création de modèles analytiques et favorise les données prédictives.

L'étude a interrogé 182 femmes de la population générale qui ont complété un ensemble complet de questions prénatales potentiellement prédictives. Les symptômes de TSPT-A ont été évalués à plusieurs reprises en post-partum.

L'analyse en arbre de décision a été utilisée pour identifier 36 questions et 7 chemins prédictifs ont été récupérés, représentant toutes les pistes prédictives de l'arbre (sommet de l'arbre ; c'est-à-dire échantillon total) aux nœuds feuilles (bas d'une branche; c'est-à-dire sous échantillons avec une probabilité comparable d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC").

Ils sont détaillés ci-dessous :

Nœud 2 : les femmes qui signalaient des scores élevés de peur de l'accouchement avaient une probabilité de 0,643 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC".

Nœud 5 : les femmes qui signalaient des scores faibles ou manquants de peur de l'accouchement étaient multipares, auto-efficacité à l'accouchement faible ou manquante de 0,357 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC".

Nœud 10 : Les femmes qui signalaient une peur faible ou manquante de l'accouchement étaient multipares, une auto-efficacité à l'accouchement élevée, une grande confiance dans le soutien pendant le travail avaient une probabilité de 0,000 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC"

Nœud 9 : : Les femmes qui signalaient une peur faible ou manquante de l'accouchement étaient multipares, une auto-efficacité à l'accouchement élevée, des niveaux inférieurs de confiance dans le soutien pendant le travail ($\leq 6,000$), avait une probabilité de 0,091 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC" .

Nœud 7 : les femmes qui signalaient une peur faible ou manquante de l'accouchement étaient primipares, et n'avaient pas de plan d'accouchement, avaient une probabilité de 0,109 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC".

Nœud 11 : les femmes qui signalaient une peur faible ou manquante de l'accouchement, étaient primipares, avaient un plan d'accouchement, et s'attendaient à ce que le travail soit rapide avaient une probabilité de 0,533 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC".

Nœud 12 : les femmes qui signalaient une peur faible ou manquante de l'accouchement, étaient primipares, avaient un plan d'accouchement, et n'avaient pas d'attentes de travail rapide, avaient une probabilité de .150 d'appartenir au profil "Stable-High PTS-FC".

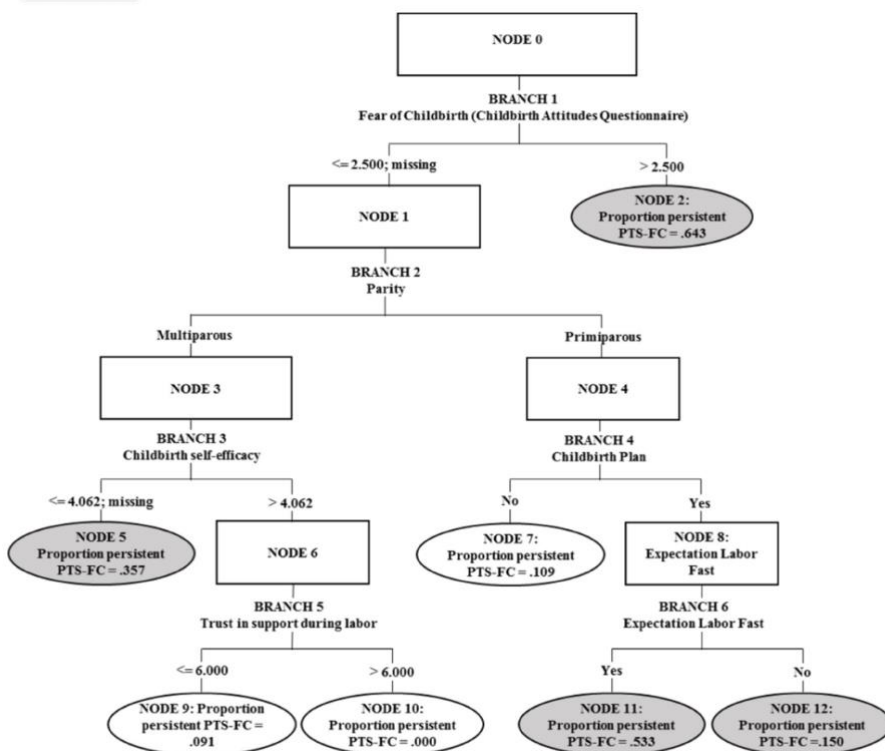


Figure 3- Modèle prédictif de développement de TSPT-A

Branche 1 : Peur de l'accouchement « Childbirth Attitude questionnaire » ;

Branche 3 : Perception d'efficacité de la femme durant l'accouchement « childbirth self-efficacy inventory » ;

Branche 4 : Plan de naissance « Childbirth plan » ;

Branche 5 : Confiance dans le soutien durant le travail « trust in support during labor » ;

Branche 6 : Attente d'un travail rapide « expectation labor fast ».

Le modèle a prédit que les femmes dans les nœuds terminaux 2, 5, 11 et 12 appartiendraient au

profil "Stable-High PTS-FC", tandis que les femmes dans les nœuds terminaux 7, 9 et 10 appartiendraient au profil "Stable-Low PTS-FC". Ce modèle prédictif final présentait une précision globale de 75,8 % ; une précision de la classification "Stable-Low PTS-FC" de 74,8 % ; et une précision de la classification "Stable-High PTS-FC" de 80,6 %.

Ce modèle prédictif a montré une précision de 80,6% pour prédire le risque de PTS-FC persistant. Dans un but de prévention primaire, l'attention portée aux parturientes présentant des facteurs de risques de développer TSPT-A semble utile à la surveillance et l'accompagnement de ces mères et de leurs enfants dès le séjour en maternité.

En effet le vécu potentiellement traumatogène de l'accouchement, peut entraîner dans le post-partum immédiat des conséquences sur la mère, mais aussi retarder les interactions de la dyade , impactant alors le nouveau-né. (33)

C. Conséquences sur le développement de l'enfant

De nombreux chercheurs ont décrit l'influence de la dépression sur la santé et le développement des nourrissons, ainsi que sur le lien et l'attachement entre la mère et l'enfant.

(34)

Concernant le TSPT-A , des conséquences à long terme ont été constatées affectant l'attachement mère-enfant et diminuant les tentatives d'allaitement maternel ainsi que sa durée

.(35)

Les conséquences du TSPT-A de la mère sur le développement de l'enfant ont été principalement étudiées sur une population de mère d'enfant né prématurément.

La prématurité est un facteur de risque avéré de développer un trouble du neurodéveloppement, elle altère dans une certaine mesure la qualité des échanges dyadiques.

Or cet effet serait indirect. En effet une étude suisse a montré que la présence de symptômes de TSPT-A notamment des altérations des perceptions du parent sur un mode anxieux jouerait un rôle de médiateur dans la qualité des relations et dans les compétences relationnelles de l'enfant à 6mois de vie. L'effet de ces symptômes de TSPT-A serait plus important que la gravité des risques périnataux. (36)

Le TSPT-A chez la mère peut avoir des répercussions significatives sur les interactions avec son bébé, affectant ainsi plusieurs aspects du développement de l'enfant. Selon les travaux de Lebovici (1983), ces interactions peuvent être observées à travers différents domaines comportementaux et affectifs, ainsi que dans le domaine fantasmatique.

Dans le domaine comportemental, les interactions corporelles, visuelles et vocales entre la mère et le bébé peuvent être altérées. La mère traumatisée peut présenter des signes de détresse physique ou émotionnelle qui influencent la manière dont elle interagit avec son enfant. Son incapacité à établir un contact visuel ou à répondre de manière adéquate aux

stimulus vocaux du bébé peut perturber le développement des compétences de l'enfant.

Sur le plan affectif, les recherches de Stern sur l'accordage affectif soulignent l'importance des dyades qui partagent des états affectifs similaires pour favoriser des interactions harmonieuses. Cependant, le TSPT maternel peut entraîner une perturbation de cet accordage, les états émotionnels instables ou négatifs de la mère pouvant se refléter dans ses interactions avec le bébé, compromettant ainsi le développement d'une relation affective sécurisante.

Dans le domaine fantasmatique, les fantasmes conscients et inconscients de la mère peuvent influencer la manière dont elle perçoit et interagit avec son enfant. Si la mère est en proie à des traumatismes non résolus ou à des angoisses persistantes liées à son TSPT, cela peut interférer avec sa capacité à créer un environnement émotionnellement stable et sécurisant pour le bébé, affectant ainsi son développement psychique.

En étudiant les interactions et le comportement d'enfant de mère relatant des événements traumatiques comme l'a fait l'équipe de Dozio et col., il a été observé une recherche de stimulation plus importante de l'enfant à visée anxiolytique, une diminution des échanges verbaux, visuels et corporels, révélant des interactions multimodales faibles.

Il est noté aussi des difficultés d'accordage affectif, la mère étant envahie par son propre état émotionnel et ayant donc du mal à s'ajuster et à interpréter ceux de son enfant. (37)

La métaanalyse de Van Sieleghem et coll. ayant analysé les études traitant des conséquences TSPT-A sur l'enfant retrouve notamment une étude observant que les enfants de mères avec TSPT-A étaient plus susceptibles de montrer des pleurs, une position en arc et un comportement désorganisé pendant la phase de jeu (paradigme du visage immobile), tandis qu'ils étaient plus susceptibles de détourner le regard pendant la phase immobile. En revanche, les mères avec TSPT-PC étaient plus susceptibles de montrer des comportements intrusifs

comme toucher leur enfant ou ne pas maintenir une distance d'interaction typique. (38)

Les conditions nécessaires à de bonnes interactions, telles que la disponibilité affective, la souplesse des réponses et la stabilité émotionnelle, peuvent être compromises par le TSPT maternel. Cette perturbation peut se manifester par un excès ou un défaut de stimulation, ainsi que par une altération de la réciprocité entre la mère et le bébé, entraînant des interactions désynchronisées et perturbatrices pour le développement de l'enfant.

Lors d'une reviviscence traumatique se manifestant par un souvenir intrusif voire un flash-back dissociatif, le parent peut avoir le regard fixe ou figé dans le vide. Ce comportement décrit comme atypique par Main et Hesse traduit une indisponibilité émotionnelle de la mère qui peut être perçue comme effrayant par l'enfant. Répétés, ils peuvent aboutir à un comportement de retrait de la part du bébé ou au contraire un besoin de contenance manifesté par des pleurs et le besoin d'être consolé. Il est facile de faire le parallèle entre ce comportement et l'expérience du « Still face » de Tronik où le bébé sollicite dans un premier temps sa figure d'attachement avant d'adopter des stratégies d'autorégulation. (37)

Une des conséquences hypothétiques des manifestations de stress post-traumatique chez la mère serait l'appropriation du traumatisme de la mère par le bébé. Ce dernier étant incapable de mettre du sens dans le vécu et l'état négatif de la mère. Les aspects de transmissions du TSPT sur un plan génétique ont été largement étudiés notamment par Rachel Yehuda et son équipe. (39)

À long terme, il a été observé dans une étude prospective à 2ans, une relation statistiquement significative même après ajustement à des facteurs de confusions (anxiété et DPP) entre le TSPT-A maternel et le développement d'un tempérament difficile en particulier chez les petits garçons. (40)

D. Conséquences du TSPT sur la mère

Au-delà de l'impact sur les interactions dyadiques, le TSPT-A a aussi des répercussions sur la qualité de la relation avec son conjoint, ainsi que sur l'image personnelle de la femme atteinte.

Comme vu précédemment, les interactions de la dyade peuvent être fortement impactées par le TSPT-A.

Des recherches empiriques antérieures ont indiqué que, tant au niveau clinique que subclinique, le TSPT-A est significativement associé à une diminution du bien-être maternel, à une diminution du bien-être paternel, à des perturbations familiales incluant un impact préjudiciable sur la relation de couple. (41)

Les mères atteintes de TSPT peuvent éprouver des difficultés à se connecter émotionnellement avec leur enfant. Cela peut entraîner un sentiment de culpabilité et d'incompétence maternelle, renforçant ainsi les symptômes du TSPT.

Il a été rapporté une diminution de la probabilité d'allaiter, ainsi qu'une durée d'allaitement plus courte.

Les résultats d'une étude systématique incluant des parents présentant un TSPT tous traumatismes confondus a montré une association statistiquement significative entre le TSPT et le score de stress parental élevé.

De même le parent pouvait autoévaluer plus de difficulté dans le lien avec leur enfant, indiquant développer une relation moins bonne que chez les parents sans TSPT. (42)

Concernant la relation avec le conjoint, le TSPT-A peut déséquilibrer la dynamique du couple déjà fragilisée par l'arrivée d'un enfant. Les flash-back et les cauchemars peuvent perturber le sommeil, ce qui peut entraîner des tensions et des conflits au sein du couple. De plus, la

difficulté à exprimer ses émotions et à communiquer efficacement peut rendre la relation encore plus difficile. Le conjoint peut également se sentir impuissant face à la souffrance de sa partenaire, ce qui peut entraîner des sentiments de frustration et d'impuissance.

Une revue de littérature qualitative incluant 6 femmes avec un TSPT-A diagnostiqué rapporte un manque de soutien de la part de leurs partenaires pour la moitié d'entre elle, et la survenue de tension dans la relation, pouvant aboutir à des séparations.

Elle notifie de plus une perte d'estime de soi, une perte d'intimité sexuelle, des désaccords concernant l'accouchement avec notamment des reproches aux partenaires ainsi qu'une diminution de l'attention à leurs partenaires. (43)

Quant à l'impact sur l'image de soi, le TSPT peut ébranler profondément la confiance en soi de la mère. Les flash-back et les souvenirs intrusifs de l'accouchement traumatisant peuvent remettre en question sa perception de sa propre force et de sa capacité à être une bonne mère. Les sentiments de honte, de culpabilité et d'autoblâme peuvent également émerger, exacerbant les symptômes du TSPT et renforçant les pensées négatives à propos de soi-même. Cette détérioration de l'image de soi peut avoir des répercussions durables sur la santé mentale et le bien-être global de la mère.

La même revue de littérature qualitative que cité précédemment rapportait un changement dans les choix de procréations futures, ainsi que des dysfonctionnements sexuels se traduisant majoritairement par des évitements de rapports sexuels, dans le seul but d'éviter la survenue d'une autre grossesse. (43)

Le TSPT-A peu de plus être associé à d'autres pathologies psychiatriques du post-partum ou amplifier des pathologies déjà présentes.

La comorbidité avec la dépression est connue pour être élevée, avec des taux rapportés de 20 à 75%. De plus, la comorbidité de l'anxiété avec le TSPT est très élevée (69,2 %). (44)

Le chevauchement entre ces deux troubles est compréhensible, car les problèmes de

dépression et d'anxiété partagent trois catégories principales de symptômes : les sentiments de peur pour l'avenir, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration, qui peuvent entraîner une perception de soi défaillante, une vision catastrophique du monde et une perception désespérée de l'avenir. (45)

E. Outils de détection du TSPT

Lorsqu'évoquée ou recherchée par un patient en pratique générale, la détection de la clinique du stress post-traumatique reste un exercice courant et facile d'accès pour le psychiatre quel que soit son mode d'exercice.

En fonction de la temporalité, le clinicien peut s'aider d'instruments de mesures validées à partir de la CIM-10 et du DSM-IV puis du DSM-V.

En péri-traumatique, il est possible de proposer aux patients 2 autoquestionnaires qui sont l'inventaire de détresse péritraumatique (PDI) et/ou le questionnaire sur les expériences de dissociation péritraumatique (le PDEQ).

En chronique, le clinicien peut évaluer un TSPT à l'aide d'hétéroévaluation comme la Clinician Administred PTSD scale (CAPS) ou d'auto-évaluation spécifiant alors la sévérité des symptômes du patient comme l'échelle d'impact de l'événement (IES-R) ou la Post-Traumatic Check List scale (PCLs).

À la maternité, le séjour en suite de naissance se présente comme le moment propice pour l'évaluation en péritraumatique d'un accouchement traumatique.

Lorsqu'une clinique évoquant un stress aigu ou un état dissociatif est évoqué par une sage-femme ou un obstétricien, le psychiatre de liaison peut proposer un entretien d'évaluation.

Il n'existe actuellement pas de « gold standard » dans les méthodologies de dépistages du TSPT-A, la pathologie étant peu recherchée et les connaissances sur le sujet étant restreintes. Il semble cependant judicieux de traiter le TSPT-A comme un TSPT classique et d'y adapter les grilles de lecture déjà utilisées dans ce domaine.

Plusieurs études montrent que les réactions de détresse aiguë en réponse à l'accouchement, par exemple la peur et la perte de contrôle perçue, sont associées au TSPT-A. Ces réactions semblent prédire fortement le TSPT-A plus que les interventions obstétricales et/ou les complications, et constituent donc des informations importantes pour identifier les femmes susceptibles de développer un TSPT-A. L'utilisation de l'Inventaire de Détresse Peritraumatique (PDI), semble être un outil propice pour évaluer les réactions de stress aigu.

C'est un bref questionnaire d'auto-évaluation de 13 items mesurant les réponses émotionnelles et physiologiques vécues pendant et peu de temps après un événement potentiellement traumatique spécifié. Les items sont évalués sur une échelle de Likert à 5 points : 0 : Pas du tout vrai ; 1 : Légèrement vrai ; 2 : Assez vrai ; 3 : Très vrai ; et 4 : Extrêmement vrai. Les items sont additionnés pour obtenir des scores totaux dans la plage de 0 à 52. (46)

Pour l'évaluation du TSPT-A, un questionnaire spécifique a été élaborer en 2018 par Ayers et col., permettant de coter la symptomatologie de la patiente.

Le « City Birth Trauma Scale (City BiTS) », a depuis été traduit en plusieurs langues et ses propriétés psychométriques évaluées dans plusieurs pays.

Le City BiTS adapté en français (City BiTS-F) est auto-évaluation évaluant spécifiquement les symptômes du TSPT-A chez les femmes suite à un accouchement survenant entre 1-12mois auparavant. Il utilise les critères diagnostiques du DSM-V.

Il se structure en deux facteurs : un premier facteur appelé symptômes liés à la naissance, composé de symptômes d'intrusions et d'évitement, et un deuxième facteur appelé symptômes généraux, contenant des cognitions et une humeur négative, et des symptômes d'hyperactivation.

Le City BiTS-F présente une haute validité discriminante, avec des niveaux plus élevés de

symptômes du TSPT-A, chez les femmes ayant accouché plus prématurément, présentant une histoire d'accouchement traumatique, une histoire d'un autre événement traumatique ou une césarienne en urgence.

L'exposition à un facteur de stress traumatique (critère A) est évaluée via deux éléments (oui = 0, non = 1). La fréquence des symptômes d'intrusion (critère B ; 5 éléments), d'évitement (critère C ; 2 éléments), de cognitions et humeur négatives (critère D ; 7 éléments), d'hyperactivation (critère E ; 6 éléments), ainsi que les symptômes de déréalisation et dépersonnalisation (sous-type dissociatif de l'ESPT ; 2 éléments) survenant durant la semaine précédant l'évaluation sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert (0 = pas du tout, 1 = une fois, 2 = 2 à 4 fois, ou 3 = \geq 5 fois).

Quatre éléments supplémentaires évaluent le début des symptômes (critère F ; 0 = avant l'accouchement, 1 = \leq 6 mois après l'accouchement, 2 = $>$ 6 mois après l'accouchement, ou NA = pas de symptômes) et la durée (critère F ; 0 =, 1 mois, 1 = 1 à 3 mois, ou 2 = $>$ 3 mois), ainsi que la détresse et l'interférence avec le fonctionnement quotidien (critère G ; 0 = oui, 1 = non, ou 2 = parfois). Le dernier élément évalue les causes physiques potentielles des symptômes (critère d'exclusion H ; 0 = oui, 1 = non, ou 2 = parfois). Le score total incluant les éléments des critères B à E varie de 0 à 60. Un score plus élevé suggère une plus grande sévérité des symptômes du TSPT-A.

La validité convergente de la City BiTS-F et de ses sous-échelles a été testée via des corrélations avec le score total du PCL-5. Le score total du PCL-5 était significativement corrélé avec le score total de la City BiTS-F.

La validité divergente de la City BiTS-F a été testée via des corrélations avec le score de l'HADS-A et avec le score total de l'EPDS. Des corrélations modérément significatives avec le score total de la City BiTS-F et le score total de l'HADS-A ($r = .68$) ont été retrouvées. Les

corrélations avec le score total de l'EPDS ont montré quant à elle une corrélation significativement élevée. Les corrélations avec le score total de l'HADS-A et la City BiTS-F étaient faibles avec les symptômes liés à la naissance et élevées avec les symptômes généraux. Le constat était le même pour l'EPDS.

Le score total du City BiTS-F était significativement corrélé avec le score total de dépression. Le score de dépression était modérément corrélé avec les symptômes liés à la naissance du City BiTS-F et fortement avec les symptômes généraux du City BiTS-F, impliquant que ces facteurs sont différemment associés aux symptômes de la dépression post-partum.

À l'heure d'aujourd'hui des études complémentaires sont nécessaires afin de définir le score seuil(cut off) permettant le diagnostic du TSPT-A et son degré de sévérité. (47)

Vous trouverez en annexe le questionnaire français de la City Birth Trauma Scale.

Les défis du dépistage de la santé mentale post-partum impliquent, en partie, la tendance des femmes à sous-déclarer leurs symptômes. Les préoccupations de honte, de stigmatisation, de séparation forcée des nourrissons, ainsi qu'un faible niveau de sensibilisation, entravent le dépistage.

Dans le contexte du traumatisme, la mémoire personnelle de l'événement est un contributeur central à l'étiologie et au maintien du TSPT. En conséquence, des études ont démontré que la manière dont les individus se souviennent et racontent les événements traumatiques, y compris le langage narratif, est liée à leur expression des symptômes de stress post-traumatique.

C'est en partant de ce constat que l'équipe de Bartal et col., a utilisé les récentes méthodes de traitement automatique du langage (natural language processing = NPL)) associé au « machine learning » (ML) pour analyser les récits personnels d'accouchements et identifié les femmes à risque de développer un TSPT-A.

L'étude révèle que les participantes présentant un TSPT-A (PCL-5>31) utilisaient plus de mots pour décrire leurs expériences de naissance que celle sans TSPT. De plus, elles utilisaient

moins d'émotions positives, et plus d'émotions négatives ainsi que des mots liés au corps et à la mort dans leurs récits de naissance. (48)

Bien que le séjour en suite de naissance tend à devenir plus court (il est à ce jour environ entre 6jours pour une césarienne et 4jours pour un accouchement voie basse), il reste rarement utilisé comme période propice au dépistage des femmes ayant vécu leurs accouchements comme traumatogène. {Citation}

L'identification de symptômes de stress traumatique aigu, notamment de dissociation péritraumatique aurait une importance majeure , permettant un ciblage précoce et le cas échéant une intervention précoce afin d'éviter le développement d'un trouble du stress post-traumatique et ses conséquences sur la dyade.

III- Prise en charge du TSPT-A

La présence d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre de liaison en maternité est relativement récente, elle date des années 2000. L'exercice courant nous emmène à prendre en charge des parturientes en anténatal adressée par des sages-femmes ou des obstétriciens, pour des situations allant du trouble anxieux à l'accompagnement d'un deuil périnatal.

En post-partum, le psychiatre de liaison intervient auprès des dyades – et de plus en plus des triades- dans le post-partum immédiat, pour la prise en charge de situation en lien avec l'accouchement comme l'état de stress aigu après un accouchement difficile ou des situations en lien avec l'état psychiatrique préexistant de la mère.

En anténatal, la prévention primaire du TSTP-A prend appui sur la connaissance des facteurs de risque de la pathologie par les sages-femmes et les obstétriciens, ainsi que la détection des parturientes à risque.

La prise en charge de trouble anxieux chez la mère en lien ou non avec l'accouchement, la psychoéducation autour des pathologies du post-partum, l'accompagnement des patientes présentant des signes de tocophobies , la prise en charge d'épisode dépressif sont les interventions de prévention primaire incombé au psychiatre de périnatalité.

En post-partum immédiat, dans le contexte d'un accouchement traumatique objectivé par l'équipe obstétricale ou d'un accouchement prématuré, le psychiatre ne peut intervenir que s'il est sollicité par l'équipe d'obstétricien et de sage-femme ayant participé à l'accouchement ou ayant pris en charge la femme en suite de naissance.

En amont, les professionnels des soins obstétriques peuvent :

- interroger la femme sur son expérience de l'accouchement (de préférence par un membre de l'équipe de soins qui a assisté à l'accouchement ou l'a géré)

- puis dans les premiers jours du post-partum, revoir le déroulement du travail, si la femme le souhaite, sans poser de questions approfondies sur les émotions et les pensées négatives
 - et enfin prévoir un rendez-vous de suivi (4-6 semaines après l'accouchement), de préférence avec la personne qui a géré l'accouchement. Au cours de ce rendez-vous, il est important de discuter à nouveau de l'expérience de l'accouchement, ainsi que des politiques ou des souhaits concernant toute grossesse et tout accouchements ultérieurs.
- (49)

Le psychiatre de périnatalité peut être par la suite sollicité pour une évaluation d'un état de stress aigu ou la recherche d'une dissociation péritraumatique.

Classiquement, ces jeunes mères identifiées comme patientes « à haut risque » de TSPT-A sont accompagnées et évaluées régulièrement afin de prévenir le développement d'une dépression du post-partum ou d'un TSPT-A.

Très souvent l'entretien initial recherchant des signes de gravité comme la dissociation et/ou l'apparition d'idées suicidaires, se poursuit par une thérapie de soutien axée autour du vécu de la mère et la recherche de syndrome de répétition, d'évitement, d'altération des cognitions et de l'humeur, d'altération de l'éveil et de la réactivité. Un soutien du lien mère-enfant est proposé si nécessaire à la dyade/triade.

Ce suivi s'articule autour du psychiatre de périnatalité, des psychologues de périnatalité, des psychomotriciens de périnatalité, et des spécialistes obstétriciens ou néonatalogistes si concernés.

L'observation que l'accouchement « eutocique » ou l'accouchement « sans complications » puisse être vécu comme traumatique par la mère étant récente, les interventions prévenant le TSPT-A après l'accouchement sont rares et les effets thérapeutiques de la plupart des méthodes utilisées (débriefing et counseling) sont incohérents et nécessitent davantage

d'investigations au moyen d'essais contrôlés avant de pouvoir tirer des conclusions.

Une méta-analyse Cochrane a montré qu'il n'y a pas de preuves pour soutenir le débriefing systématique pour les femmes qui perçoivent l'accouchement comme traumatisant. (50)

Les interventions précoces ou très précoces, c'est-à-dire intervenantes, dans les 6 mois après l'accouchement font encore l'objet de recherche et seront abordés dans la partie « revue de littérature » de cette thèse.

En post-partum plus tardif, et lorsqu'un TSPT-A est diagnostiqué, la prise en charge s'axera autour d'une thérapeutique pharmacologique associée à une prise en charge en psychothérapie. Le lien dans la dyade étant souvent perturbé, une prise en charge en périnatalité doit être proposée à la dyade.

En Grande-Bretagne, les directives de la « National Institut for Health and Care Excellence » (NICE) sur la santé mentale prénatale et postnatale recommandent la thérapie EMDR (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing ») ou éventuellement la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme soient proposées aux femmes souffrant de TSPT-A résultant d'un accouchement traumatique. De plus ils préconisent l'évitement d'entretien psychologique sous la forme de session unique à haute intensité axée autour du traumatisme maternel. (51)

En France, il n'existe pour l'instant aucune recommandation spécifique pour la prise en charge précoce du stress post-traumatique et la prévention secondaire du TSTP-A.

2. Revue de littérature

Cette revue de littérature narrative présentera les différentes études sur les interventions précoces proposées après une naissance d'enfant vivant, quel que soit le mode d'accouchement, vécue comme traumatique par la mère et ayant pour but d'éviter le développement d'un trouble du stress post-traumatique dans le post-partum.

Le but est de tenter d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les interventions précoces proposées aux femmes à la suite d'un accouchement vécu comme traumatique ?
- Existe-t-il une intervention plus efficace que l'autre ?

Pour ce travail nous définirons « interventions précoces » comme toute intervention mise en place en anténatal et possible jusqu'à 6 mois après la naissance. L'intervention précoce ici ayant un but de prévention secondaire et non un but thérapeutique pour un TSPT-A déjà installé.

A. Matériel et méthode

Le premier temps de ce travail de thèse a consisté en une analyse générale des données de la littérature le trouble du stress post-traumatique après un accouchement. C'est une pathologie dont la recherche est récente, les premières études émergeant dans les années 1990. De plus comme dit précédemment, il faut attendre la réédition du DSM-IV en 1994 pour inclure et considérer l'accouchement comme un événement avec un potentiel traumatogène.

De ce fait, nous avons choisi, d'inclure des articles se basant sur les critères diagnostiques du DSM-IV et du DSM-V dans cette revue de littérature.

L'inclusion a été faite en utilisant les moteurs de recherche suivants : « PubMed » , « Google Scholar » , « ProQuest » ; « EBSCOhost » ; « Taylor & Francis Online » avec une équation de recherche incluant les termes Medical Subject Headings (Mesh) suivants :

- « Post-traumatic stress disorder » et ses dérivés
- « childbirth » and « traumatic childbirth » et ses dérivés
- « Intervention » et ses dérivés

Les critères d'inclusion étaient définis ainsi :

- Rédaction en langue anglaise ou française.
- Publication à partir de 1994.
- Publication dans une revue avec évaluation par les pairs.
- étude portant sur une évaluation du psychotraumatisme et/ou du TSPT-A

- étude portant sur une intervention précoce c'est-à-dire dans les 6 premiers mois du post-partum.

Les critères d'exclusion étaient :

- Étude de type « méta-analyse », « revue systématique »
- Articles non disponibles en ligne dans leur version intégrale

De plus, le résumé devait inclure au moins le terme « traumatic - stress », pour cibler plus précisément le sujet, et éviter les articles non pertinents.

Le logiciel de gestion bibliographique Zotero a été utilisé.

B. Résultats

Au total 23 études ont été sélectionnées à partir de leurs titres. Après lecture des résumés des 23 études, 11 ont été retenus et sélectionnés pour cette revue de la littérature.

Afin d'apporter une littérature récente intégrant les dernières représentations et recherches cliniques autour du TSPT-A, nous avons fait le choix de sélectionner des articles récents traitants du sujet.

L'étude la plus ancienne date de 2003 et les plus récentes de 2022.

L'étude de Deforges et col. ne répondait pas aux critères d'inclusions cités plus haut, mais nous avons fait le choix de l'intégrer à notre revue de littérature étant donné le potentiel effet préventif de la méthode « TETRIS » dans le contexte de la mémoire traumatique chez les patients présentant un TSPT classique. (52)

Pour des raisons de compréhensions nous utiliserons le chiffrage présent dans ce tableau pour présenter les résultats et la discussion de cette thèse.

<p>1. Debriefing et intervention brève de TCC</p>	<p>Abdollahpour S, Khosravi A, Motaghi Z, Keramat A, Mousavi SA. Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth : A Randomized Clinical Trial. Community Ment Health J. oct 2019 (53)</p>
<p>2. DEBRIEFING</p>	<p>Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. Medical Journal of Australia. 2003 (54)</p>
<p>3. Plan de naissance</p>	<p>Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 22 nov 2022 (55)</p>
<p>4. Intervention brève</p>	<p>Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. Birth. mars 2005; (56)</p>
<p>5. AUTO-ASSISTANCE</p>	<p>Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards RT, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. BJOG. juin 2020. (57)</p>
<p>6. Écriture expressive</p>	<p>Blasio PD, Camisasca E, Caravita SCS, Ionio C, Milani L, Valtolina GG. THE EFFECTS OF EXPRESSIVE WRITING ON POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS. Psychol Rep. déc 2015. (58)</p>
<p>7. EMDR</p>	<p>Chiorino V, Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Roveraro S, Bertolucci GG, et al. The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. Psychol Health. juill 2020 (59)</p>
<p>8. Tâche visuelle ‘TETRIS’</p>	<p>Deforges C, Fort D, Stuijzand S, Holmes EA, Horsch A. Reducing childbirth-related intrusive memories and PTSD symptoms via a single-session behavioural intervention including a visuospatial task: A proof-of-principle study. J Affect Disord. 15 avr 2022. (60)</p>
<p>9. DOULA</p>	<p>Rousseau S, Katz D, Shlomi-Polachek I, Frenkel TI. Prospective risk from prenatal anxiety to post traumatic stress following childbirth: The mediating effects of acute stress assessed during the postnatal hospital stay and preliminary evidence for moderating effects of doula care. Midwifery. 1 déc 2021. (41)</p>
<p>10. TCC</p>	<p>Sjömark J, Svanberg AS, Larsson M, Viirman F, Poromaa IS, Skalkidou A, et al. Effect of internet-based cognitive behaviour therapy among women with negative birth experiences on mental health and quality of life - a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 12 nov 2022; (61)</p>
<p>11. “Heure Magique” – Peau à peau à la naissance</p>	<p>Abdollahpour S, Khosravi A, Bolbolhaghghi N. The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 7 août 2016 (62)</p>

a) Présentation des études :

10 études sur 11 étaient des études cliniques randomisées.

Une étude faisait la comparaison de 3 interventions en groupe parallèles (1) tandis que toutes les autres faisaient la comparaison d'une intervention contre le « traitement habituel = TAU ».

2 études (7,8) étaient des études pilotes.

3 études ont été conduites sur des femmes en Iran (1,3 , 11) , 1 étude sur des femmes suédoises (10) , 2 études sur des femmes italiennes (6,7) , 1 étude sur des femmes australiennes (4) , 1 étude sur des femmes anglaises (5) , 1 étude sur des femmes israéliennes (9) et une sur des femmes suisses (8).

Les premiers auteurs étaient principalement des psychologues exerçant en périnatalité sauf pour les études iraniennes dont les premières autrices sont des sages-femmes.

Les études dépistaient les femmes dans le post-partum ayant subjectivement vécu un accouchement traumatique étaient dépisté en utilisant le critère A du DSM IV-R ou DSM-V.

Concernant le recrutement de la population des études sélectionnées , les femmes ayant vécu un accouchement subjectivement traumatique ont été dépistées pour participer aux études par des questionnaires élaborés à partir du critère A du DSM-IV-R ou DSM-V pour 4 études (1,3,4,5) ; le vécu subjectif ainsi que le vécu objectif de complication obstétricale ont été utilisés pour dépister les participantes dans une étude (10) ; une échelle de dépistage du TSPT a été utilisée pour le recrutement des patientes dans une étude (7) , 4 études ont recruté des parturientes issues d'une population normative (2,6,9,11) ; une étude utilisait une échelle de fréquence des symptômes de TSPT basé sur les critères du DSM-V.

Parmi les interventions identifiées et incluses dans cette revue on retrouve le debriefing,

l'entretien conseil , l'entretien de thérapie cognitivo-comportementale, l'assistance d'une doula ,
l'usage de l'EMDR et plusieurs méthodes d'autoassistance.

b) Intervention en anténatal :

Les études (3,9), ont recruté les patients en anténatal et proposent une intervention démarrant avant le moment de l'accouchement.

L'étude 3 cherchait à mettre en évidence les effets d'un projet de naissance sur les résultats maternels et néonataux. L'évaluation du TSPT-A était une évaluation secondaire de l'étude, au même titre que l'évaluation de la peur de l'accouchement, et l'évaluation du sentiment de contrôle et de soutien au cours de l'accouchement.

Dans cette étude, les femmes ont été évaluées en deux temps , un temps anténatal puis un second temps 6 semaines après l'accouchement.

L'étude 9 formulait l'hypothèse que les femmes avec des niveaux d'anxiété élevés présentaient un plus grand risque de développer un TSPT-A, et cherchait à évaluer si l'intervention d'une « doula » modérait la survenue de ce TSPT-A. La doula était définie comme une prestataire de soutien social avec des compétences en obstétrique, dévoué au bien-être physique et psychique de la femme avant, pendant et après l'accouchement.

Dans cette étude, les participantes ont été évaluées en trois temps , un premier temps lors du 3^e trimestre de grossesse pour évaluer notamment l'anxiété prénatale , un deuxième temps 48h après l'accouchement permettant d'évaluer un état de stress aigu , et un troisième temps 1 mois après l'accouchement afin d'évaluer un TSPT-A.

c) Intervention à la maternité, post-partum immédiat :

On définira ici le post-partum aigu comme la période allant dans les jours suivant la naissance, c'est-à-dire à la maternité.

Six études proposaient des interventions ayant débuté à la maternité

L'étude 11, cherchait à évaluer l'effet de la pratique de peau à peau directement après l'accouchement dite « heure magique » sur le stress maternel après un accouchement traumatique.

Dans cette étude la clinique du stress post-traumatique a été évaluée à 3 reprises : à 2 semaines, puis 4-6 semaines, puis à 3 mois après l'accouchement.

L'étude 1 étudie l'efficacité de deux interventions que sont le debriefing et l'intervention brève par des sages-femmes formées utilisant des outils de thérapie cognitivo-comportementale adaptés au trauma.

Le débriefing a été défini comme une conversation interpersonnelle semi-structurée avec une mère qui a récemment vécu un événement stressant ou traumatique. Il permet à la mère de décrire et de parler de son expérience négative, de ses émotions.

L'entretien bref de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est défini comme une méthode utilisée pour réduire le stress après un traumatisme lié à la naissance. Elle vise à réduire les symptômes en ciblant et en modifiant les distorsions cognitives et comportementales sur l'évènement. La thérapie cognitivo-comportementale diffère du débriefing, car elle ne se base pas sur les émotions, mais plutôt sur les pensées et tente d'identifier les pensées non constructives et dysfonctionnelles.

Les entretiens pour chaque méthode étaient dirigés par des sages-femmes formées en TCC ou

en debriefing et duraient entre 40-60min.

Les participantes ont été soumises à des questionnaires évaluant le TSPT-A 3 à 4 semaines après l'accouchement puis à 3 mois.

L'étude 2 analyse les effets du debriefing en post-partum immédiat par une sage-femme suite à un accouchement vécu comme traumatique par la mère et la survenue d'un TSPT-A.

Le debriefing proposé s'effectuait en une seule séance en chambre à la maternité et suivait les 7 étapes du modèle de debriefing du stress lié à un incident élaboré par Mitchell adapté aux femmes en post-partum. L'entretien durait de 15min à 1h, et était mené par une sage-femme formée.

Les patientes ont été évaluées à 2 mois, à 6 mois et enfin à 12 mois après l'accouchement.

L'étude 4 mesure l'efficacité d'une intervention brève (counseling) menée par une sage-femme 72h après l'accouchement.

L'intervention s'organisait en deux temps d'entretiens avec une sage-femme de recherche (non formé aux psychothérapies) pendant 40-60 minutes, et était basée sur des perspectives théoriques, des idées et concepts issus de discussions en groupes avec des femmes enceintes et des sages-femmes, ainsi que des conseils issus de revues de littérature. L'entretien incluait des éléments de debriefing suite à un événement traumatique, ainsi que de conseils en lien avec la maternité. Un premier entretien à 72h post – partum et l'autre 4-6 semaines après la 1^{re}.

Les patientes ont été soumises à des échelles d'évaluation en anténatal (sur le 3^e trimestre de grossesse), puis à 4-6 semaines et 3 mois après l'accouchement.

L'étude 6 évalue l'utilité de l'écriture expressive à la suite d'un accouchement vécu comme traumatique.

L'intervention consistait à proposer à des femmes ayant vécu leur accouchement comme traumatiques d'écrire sur leurs ressentis liés à l'accouchement. L'écriture expressive est une

technique dans laquelle les individus s'engagent dans une écriture profonde et significative sur un événement traumatique ou troublant par rapport aux participants témoins assignés à écrire sur des sujets triviaux et non émotionnels. Les instructions étaient celles développées par Pennebaker et invitaient les femmes à écrire à J3 post-partum à 2 reprises espacées de 10 minutes leurs ressentis profonds pendant le travail et l'accouchement.

Elles ont été soumises à des échelles pour évaluer le TSPT-A 3 mois après l'accouchement.

L'étude 7 a évalué l'efficacité d'un protocole d'intervention basé sur une séance de 90 min d'EMDR dans les 3 jours suivant un accouchement identifié comme traumatique pour la parturiente. La séance était basée sur un protocole spécifique adapté au contexte de l'accouchement.

Les conséquences de cette séance d'EMDR ont été évaluées à 6 semaines et 12 semaines après l'accouchement et comparées à des évaluations de base.

d) Intervention en post-partum tardif :

L'étude 5 évaluait l'efficacité de matériaux d'autoassistance proposée à des femmes ayant vécu un accouchement traumatique sur le développement d'un TSPT-A.

Les matériaux d'autoassistance consistaient à la remise d'un feuillet et d'un film disponible en ligne abordant les différentes réactions de stress post-traumatique et des conseils afin de mieux les gérer.

La mise en place de l'intervention s'est effectuée lors d'un rendez-vous postnatal soit plus de 4 semaines après l'accouchement.

Les femmes ont été évaluées 6 à 12 semaines après l'accouchement, soit 4 semaines après

avoir reçu les matériaux.

L'étude 10 a évalué l'efficacité d'un programme d'autoassistance en ligne fondé sur des techniques de thérapie cognitivo-comportementale. L'intervention a été proposée environ 8 semaines après l'accouchement et consistait à de la psychoéducation sur les réactions de stress post-traumatique et des propositions pour améliorer leurs pensées et comportements dysfonctionnels. L'intervention s'est déroulée en 2 parties, la première en 6 étapes à raison d'une étape par semaine et s'achevait sur une évaluation du TSPT-A. Une étape 2 était proposée aux participantes répondant au diagnostic de TSPT-A, incluant des méthodes de TCC adapté au traitement du TSPT en 8 étapes.

Le TSPT-A été évalué lors de la 1^{re} intervention à 8-16 semaines post-partum, puis 6 semaines après l'intervention, puis 14 semaines après l'intervention et enfin 1 an après l'intervention.

L'étude 8 a cherché à évaluer l'effet d'une tâche visuelle complexe via le jeu Tetris sur les souvenirs intrusifs survenant suite à un accouchement traumatique. Dans cette étude, les participantes ont été incluses à l'étude entre 7 mois et 6-9 ans après leurs accouchements. L'intervention a consisté à proposer à des femmes présentant des souvenirs intrusifs de jouer à un jeu de Tetris 10 min après avoir évoqué leurs accouchements dans une salle de bloc obstétrical.

La fréquence et l'intensité du TSPT-A ont été évaluées lors de l'inclusion soit avant l'intervention, puis le jour de l'intervention, puis 15 jours après l'intervention et enfin 1 mois après l'intervention.

e) Évaluation du TSPT-A :

Dans le cadre de l'évaluation du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) chez les femmes en post-partum suite aux différentes interventions, plusieurs outils ont été utilisés pour évaluer la présence et la sévérité des symptômes.

L'échelle "Impact of Event Scale-Revised" (IES-R) a été employée dans quatre études (1, 2, 7, 11) afin d'évaluer l'impact psychologique des événements traumatisants sur les femmes après l'accouchement.

Dans une approche plus clinique, une "Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5" (CAPS-5) a été administrée pour évaluer la fréquence et l'intensité des symptômes du TSPT chez les femmes 6 à 12 semaines après l'accouchement (5).

De plus, la "PTSD Checklist for DSM-5" (PCL-5) a été utilisée dans deux études (8, 9) pour évaluer les symptômes de TSPT chez les femmes en post-partum.

L'étude numéro 6 a quant à elle recouru au "Perinatal PTSD Questionnaire" (PPQ) pour évaluer les symptômes spécifiques de TSPT chez les femmes après l'accouchement.

Dans une autre étude, le "PTSD Symptom Scale - Interview for DSM-5" (PSS-I-5) a été employé pour évaluer les symptômes du TSPT (étude 3).

Enfin, une échelle spécifique du post-partum, le "Traumatic Event Scale" (TES), élaborée par Wijma et al. En 1997 a été utilisée dans l'étude 10 pour évaluer les événements traumatiques spécifiques survenant après l'accouchement.

Les études 5,6,7 prenaient en compte les femmes présentant des symptômes correspondant aux diagnostics d'un TSPT-A partiel.

Les interventions des études 8, 10, 6, 5 étaient des auto-interventions guidées par des professionnels de santé à distance et à disposition, tandis que les études 1,2,3,4,7,9,11 nécessitaient l'intervention d'un professionnel de santé en relation directe avec la patiente.

Seule l'étude sur la TCC proposait une participation du partenaire de la patiente.

Sur les 11 études, 5 études (3,5,7,8,10) ont été réalisées en intention de traiter.

f) Autres comorbidités évaluées :

Les études ont par ailleurs évalué pour certaines les autres comorbidités du post-partum associé au TSPT-A.

La dépression a été étudiée dans sept des dix études (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10), utilisant une variété d'outils d'évaluation. L'échelle BDI-II a été utilisée dans une étude (6), tandis que l'EPDS a été employé dans cinq études (2, 3, 4, 7, 10) pour évaluer les symptômes dépressifs chez les femmes en post-partum, l'HADS a été utilisé dans une étude (5).

L'anxiété a également fait l'objet d'une évaluation dans deux des onze études (5, 9), permettant ainsi de comprendre l'impact de cet état sur la santé mentale des femmes après l'accouchement.

Par ailleurs, le lien mère-enfant a été examiné dans deux études (5, 7), en utilisant respectivement les échelles MSSS et MIBS. L'étayage social de la mère et la qualité de la relation de couple ont été évalués dans une étude en utilisant l'échelle DAS4 (4). Enfin, la perception du contrôle de la mère au moment de l'accouchement a été étudiée dans une autre étude (3).

g) Résultats généraux

Sur les symptômes du TSPT-A, sur les deux études dont l'intervention débutaient en anténatal , une seule (3) a montré des effets significativement importants sur la survenue du TSPT-A.

En effet, le score moyen de TSPT évalué par le PSS-I-5 était significativement inférieur dans le groupe « plan de naissance » que dans le groupe de témoin, de plus la parité des patients n'affectait pas cette significativité. (3)

Dans l'étude évaluant l'intervention des doulas, les soins prodigués par une doula n'ont pas modéré de manière significative le lien direct entre l'anxiété prénatale et le TSPT-A. (9).

Sur les 6 études dont l'intervention débutait à la maternité, 4 études présentaient des résultats significatifs lors d'au moins un temps d'évaluation. (1,6,7,11).

L'étude comparant le debriefing et l'intervention brève de TCC a retrouvé une différence significative entre le groupe de debriefing et le groupe d'intervention brève de TCC, avec des scores de stress post-traumatique plus bas dans le groupe de TCC. Enfin, les chercheurs ont souligné que l'intervention brève de TCC avait un effet plus fort et plus durable que le debriefing 30.5% des mères dans le groupe témoin avaient une détresse modérée, tandis que ce chiffre était de 17.0% pour le groupe de TCC et de 13.7% pour le groupe de debriefing. (1)

L'intervention proposant 2 séances d'écriture expressive le même jour après un accouchement vécu comme traumatique a montré des résultats concluants, avec une significativité de l'écriture expressive sur le TSPT-A quelques soit son intensité et particulièrement sur les symptômes d'hypervigilance et d'évitement. De plus, les récits des mères de ce groupe étaient plus longs et riches en mots exprimant les émotions. (6)

L'intervention proposant une session unique d'EMDR après l'accouchement a quant à elle observé que 78,9% des patients ayant reçu l'intervention présentaient un score IES-R <23, le groupe témoin n'en comptait que 38,9%. Il existait de plus une différence significative entre les groupes à T1 (6 semaines) et T2 (12 semaines) montrant que les 2 groupes avaient une amélioration des symptômes avec des scores significativement plus bas dans le groupe EMDR que dans le groupe TAU. (7)

Concernant les effets de la mise en place du peau à peau, on retrouvait une différence significative entre les groupes d'intervention et de contrôle dans les scores de stress traumatique à 2 semaines après l'accouchement et la même différence significative existe également à 4-6 semaines après l'accouchement. De plus, l'analyse de variance retrouvait aussi cette différence significative sur le score total de TSPT-A dans le groupe d'intervention est de $16,83 \pm 1,1$ et dans le groupe témoin, il est de $21,04 \pm 1,1$. entre les deux groupes. Par ailleurs la comparaison des scores de stress post-traumatique aux trois points temporels montre des différences statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'avec le passage du temps, les scores de stress post-traumatique dans les deux groupes diminuent ($P = 0.03$) (11).

L'étude sur le debriefing (2) ne montrait aucun effet sur la prévalence d'un TSPT-A malgré l'intervention. De même pour l'intervention brève menée par une sage-femme(4), il existait une diminution du nombre de femmes présentant un TSPT-A, cependant cette diminution n'était pas significative.

Sur les études dont les interventions s'effectuaient après plus de 4 semaines post-partum, seule l'étude portant sur l'utilisation d'une tâche visuelle « TETRIS » a montré des résultats probants. En effet, dans cette étude qui mesurait le nombre de souvenirs intrusifs d'un accouchement traumatique, les participants répondant aux critères diagnostiques du TSPT-A après l'intervention étaient significativement moins importants, de plus 15 des 17 participantes ont

rapporté une diminution de 50% de leurs souvenirs intrusifs après l'intervention. (8)

Les études sur les matériaux d'autoassurances n'ont quant à elle montré aucun résultat significatif. L'intervention de TCC en ligne n'a montré aucun bénéfice, quelle que soit la période évaluée, cependant dans les analyses en intention de traiter (ITT), il existait une diminution des symptômes de reviviscences au fil du temps.

Pour l'intervention d'autoassistance à l'aide de feuillet de films en ligne, la proportion de femmes présentant un TSPT diagnostique ou sous-diagnostique lors du suivi n'a pas différencié entre les groupes ayant reçu des matériaux d'autoassistance (26,7 %, 65/243) ou les soins habituels seuls (26,2 %, 64/244).

Vous trouverez en annexe un tableau récapitulatif des résultats.

h) Autres comorbidités résultats :

L'analyse des scores de dépression retrouvait une diminution significative de ces scores dans 3 des 7 études. (3,6,10).

Concernant l'anxiété, l'étude sur l'intervention des doulas retrouvait un lien indirect significatif entre l'anxiété prénatale et l'anxiété aiguë après l'accouchement existant dans les deux groupes étudiés. L'intervention de la doula a permis une diminution significative de l'anxiété aiguë chez les femmes de ce groupe(9). Les matériaux d'autoassistance quant à eux ne montraient aucune différence significative sur l'anxiété postnatale. (5)

L'étude sur la mise en place d'un plan de naissance a retrouvé des scores SCIB évaluant le sentiment de contrôle et de soutien durant l'accouchement significativement plus élevé dans le groupe contrôle, ainsi qu'une diminution significative du sentiment de peur lié à l'accouchement.

Il n'existait pas de différence sur l'amélioration du lien mère-enfant après l'intervention d'écriture expressive (7), il en était de même pour le groupe utilisant les matériaux d'autoassistance.

L'intervention brève de conseil n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes concernant l'évaluation de la relation de couple.

C. Discussions

11 études ont été sélectionnées en recherchant dans plusieurs bases de données, afin d'être incluses dans cette revue de littérature narrative dans le but de discuter des interventions précoces existantes ainsi que leurs effets sur la prise en charge d'un accouchement traumatique. Sur 11 études, 6 ont rapporté des résultats significatifs sur la diminution de la survenue d'un trouble du stress post-traumatique chez des femmes ayant subjectivement vécu un accouchement traumatique. Concernant les autres comorbidités comme la dépression, 3 des 7 études évaluant la diminution de la DPP ont été significatives.

Dix des onze études étaient randomisées (1,2,3,4,5,6,7,9,10,11).

Aucune étude n'a déclaré d'effets indésirables des interventions évaluées.

Toutes les études ont décrit en détail le processus de mise en aveugle de l'évaluation des résultats.

Des informations sur les perdu de vue de l'étude ont été données pour deux études (10,11).

En ce qui concerne les données de résultats incomplètes, 4 études (1 ;7, 4, 8) ont présenté des ensembles de données complets.

En observant les résultats, on remarque que les interventions ayant été efficaces sont celles ayant débuté dans le post-partum immédiat.(1,6,7,11).

Deux études (3,11) proposaient une intervention dont le but était d'améliorer l'expérience de l'accouchement, et donc prévenir le développement d'un TSPT-A.

Le plan de naissance ou « projet de naissance » a permis non seulement l'amélioration de l'expérience dans le groupe contrôle, mais a aussi favorisé un meilleur sentiment de contrôle et de soutien pour les femmes, réduisant ainsi les scores de peur de l'accouchement, et les symptômes de pathologies psychiatriques du post-partum. Ces résultats viennent corroborer les

recommandations de la HAS de 2005 sur l'intérêt de la préparation à la naissance et à la parentalité incluant de fait l'accompagnement du couple ou de la mère à rédiger un projet de naissance. (63)

Il est cependant essentiel que les projets de naissance fassent l'objet d'une discussion régulière au cours de la grossesse et qu'ils demeurent flexibles et adaptables aux possibles complications ou aux imprévus. (64)

Enfin, le plan de naissance comme intervention précoce avant un accouchement vient ici confirmer l'importance de l'influence du sentiment de contrôle et son impact sur le vécu subjectif de l'accouchement et donc le développement d'un TSPT-A.

L'étude sur la mise en place de « l'heure sacrée » ou du « peau à peau » à la naissance (11) a quant à elle démontré que le peau à peau à la naissance diminue le risque de stress post-traumatique à 2 semaines puis à 4-6 semaines, mais aussi qu'il augmente la mise en place de l'allaitement. Or, des études montrent que le vécu traumatique d'un accouchement entraîne des difficultés dans l'initiation de l'allaitement, avec des retards de la montée de lait, des difficultés d'ajustement du positionnement au sein, des difficultés voire des refus de subir des douleurs supplémentaires, ainsi qu'un détachement émotionnel observé lors de ces moments. Les bénéfices de la peau à peau ont de plus été démontrés dans plusieurs études sur la santé mentale de la mère. (65) (66)

Ces deux interventions à visée préventives viennent confirmer le rôle de l'expérience de l'accouchement sur le vécu subjectif de la mère. Leurs mises en place reposent sur des principes simples et peu coûteux, laissés à la charge des professionnels de l'obstétrique.

De plus amples études doivent être conduites pour évaluer l'impact sur la durée de ces deux interventions. De plus, pour les effets du plan de naissance il serait intéressant de comprendre pourquoi sa mise en place n'est pas systématique et si l'information des complications et donc des modifications du projet par le praticien sont bien comprises et expliquées aux parturientes et plus largement au couple.

Trois études s'axant sur le vécu du traumatisme ont rapporté des résultats positifs.

Une étude rapportant des résultats significatifs a été celle proposant à un échantillon de femme normatif d'écrire de manière dirigée sur leurs émotions et leurs ressentis à la suite d'un accouchement (6). Les résultats étaient en faveur d'une diminution des scores totaux de détresse globale (symptômes totaux de DPP et de TSPT-A) à 3mois. De plus, il a été observé que l'écriture expressive était plus bénéfique aux femmes ayant des scores élevés de TSPT-A, ainsi que celles pour qui les symptômes d'évitement étaient prépondérants. L'explication semble être celle d'une facilité à aborder l'événement à l'écrit, permettant ainsi à la patiente de verbaliser ses ressentis en outrepassant les mœurs sociétales qui considèrent l'accouchement comme un événement uniquement positif. Concernant l'étude , nous pouvons apporter deux limites : la première étant le type de population sélectionnée, les femmes ayant participé à cette étude étant issus de la population « générale » et ne sont donc que peu représentatives des patientes ayant un vécu subjectif négatif (ce qui est le cas des autres études de cette thèse) ; de plus la 2eme nécessité de maîtriser la langue et l'écriture du pays où la femme a accouché rend cette intervention difficilement applicable dans les pays européens étant donné que 12,4% de la population européenne est née dans un pays étranger. Bien que facilement mise en place au cours du séjour en maternité, et même si l'étude ne rapporte pas d'effets indésirables, un soutien psychologique, en présence semble nécessaire pour intervenir si besoin . Il est de plus probable qu'en cas de complication obstétricale importante entraînant une asthénie ou des douleurs physiques, l'écriture ne puisse être proposée aux mères.

Cette étude bien que rapportant des résultats significatifs a aussi présenté plusieurs biais dont des biais d'attrition, des biais de sélection, il est à noter que les échelles d'évaluation ont été effectuées par téléphone entraînant un biais de collection. D'autres études constatent aussi des effets positifs de l'écriture. Il semble cependant nécessaire de mener d'autres études afin de préciser les modalités et les conditions de la pratique d'écriture expressive.

Deux interventions concernent le psychiatre de périnatalité et sont aussi axées sur le vécu du traumatisme de la femme.

La pratique d'une session d'EMDR basée sur un protocole d'EMDR adapté a rapporter une amélioration des symptômes post-traumatiques en fonction du temps, ainsi que des scores plus bas à l'évaluation du TSPT-A par rapport à ceux du groupe témoin. Cette étude pilote met en avant la faisabilité et l'effectivité d'une seule séance d'EMDR chez des patients ayant un vécu subjectif d'accouchement traumatique, en tant que méthode préventive du développement de TSPT-A. De plus, un impact positif a pu être aussi observés sur le lien mère-enfant dans le groupe de femmes traitées, renforçant l'importance de la prise en charge précoce du TSPT-A sur ce lien. L'EMDR agirait particulièrement sur le syndrome de répétition en particulier sur les flash-backs. Dans cette étude, les résultats n'étaient probants que pour le développement d'un TSPT-A, les résultats n'étant pas significatifs pour la dépression. La pratique de l'EMDR nécessite une formation particulière dispensée par des organismes privés, de ce fait, la présence d'un thérapeute (psychologue ; psychiatre) formé à l'EMDR dans un service de maternité n'est pas la règle. À ce jour, l'EMDR est plus couramment utilisé à visée thérapeutique pour un TSPT-A diagnostiqué. Cette étude ne prenait pas en compte les symptômes partiels du TSPT-A, l'étude n'incluant que les femmes présentant un score supérieur ou égal au score de détection du TSPT-A. Par conséquent, il serait pertinent d'inclure des femmes ayant vécu subjectivement un accouchement traumatique et manifestant des symptômes partiels de stress post-traumatique dans d'autres études évaluant cette approche.

Concernant la session unique de debriefing et de TCC, les résultats ont montré une différence significative dans les scores de stress post-traumatique entre les deux groupes. Ces résultats viennent contredire plusieurs études notamment celle de Priest (2) et de Gamble (4) inclus dans notre travail de thèse, qui concluent à une inefficacité de la méthode de debriefing. Des résultats similaires sont retrouvés dans des études sur le debriefing comme intervention après un événement traumatique, les recommandations vont en faveur de l'abandon de cette pratique

notamment en session unique. (67)

L'une des explications évoquées expliquant la positivité des résultats était que les entretiens avaient été menés par des thérapeutes formées en psychothérapie. Concernant la TCC, bien que non effective lorsque proposé en ligne comme dans l'étude de Sjömark (10), il semblerait qu'une seule séance axée sur les pensées dysfonctionnelles puisse être bénéfique. Ces résultats viennent ajouter des éléments à la controverse de l'efficacité de la TCC appliquée pour traiter le TSPT-A. (68)

Ces deux interventions ont pour avantage d'être facilement mises en place, elle nécessite cependant pour être efficace d'être conduite par un professionnel formé. Des études futures conduites par des thérapeutes formés ainsi que des protocoles adaptés à des séances courtes dans le contexte de la maternité doivent être réalisés afin de déterminer l'efficacité de ces deux interventions.

L'étude comprenant l'intervention visuelle était l'étude qui divergeait avec les autres études de cette thèse, les participantes étant incluses longtemps après l'accouchement, et présentant des diagnostics cliniques de TSPT-A parfois déjà pris en charge avant inclusion.

La tâche visuelle « TETRIS » comme déjà étudié dans le TSPT classique a été aussi efficace dans le contexte de l'accouchement, réduisant les souvenirs intrusifs des patientes. (69)

Cette étude a permis de plus de constater que la tâche visuelle « TETRIS » permettait non seulement une diminution des flashbacks de composante visuelle, mais aussi les flashbacks multisensoriels, suggérant une possible efficacité sur les ressources mnésiques globales. Des études contrôlées randomisées sont nécessaires afin de poursuivre les investigations sur les effets de cette méthode appliquée en condition de post-partum immédiat après un accouchement traumatique. La faisabilité, la simplicité de cette intervention permettrait une mise en place accessible et convenable au sein d'une maternité, si les effets préventifs de cette méthode se confirment.

Concernant les études rapportant des résultats négatifs et basés sur des autométhodes accessibles en ligne (10,5) bien que bénéficiant de l'aspect flexible d'une intervention possible lorsque la patiente est disponible, on peut formuler l'hypothèse que l'usage de ces études puisse être un complément d'autres interventions débutées dès la maternité. L'autre hypothèse est celle de l'absence de personnel de référence et d'évaluation clinique récurrente permettant de juger régulièrement de l'indication de cette intervention, les symptômes de stress aigu pouvant potentiellement fluctuer et diminuer avec le temps.

À noter que l'étude de Sjömark (10) a pâti de plusieurs limitations et biais dont des biais d'attrition, et des biais de sélection empêchant une généralisation des résultats.

L'analyse de ces études a permis de soulever plusieurs questions concernant la prise en charge d'un TSPT-A et plus simplement d'un accouchement traumatique.

Premièrement, il semble qu'aucun consensus n'ait été obtenu permettant une définition claire du TSPT et du stress post-traumatique après un accouchement. Les études présentées dans cette revue de littérature ont utilisé des questionnaires différents, mais basés sur le critère A du DSM-V ou DSM-IV-TR pour pouvoir dépister et inclure des femmes avec un vécu subjectivement négatif de leur accouchement. De plus, lors de l'évaluation et du diagnostic du TSPT-A à 4-6 semaines, 1 mois, 1 an pour certaines études, plusieurs échelles différentes ont été utilisées laissant supposer le manque d'échelle dite « gold standard » pour le diagnostic de TSPT-A.

La City-Birth Trauma Scale élaborée par Ayers est l'un des rares outils spécifiquement conçus pour le stress post-traumatique de l'accouchement et dont les propriétés psychométriques sont validées dans plusieurs pays. Il existe de plus des versions permettant le diagnostic du co-parent présent lors de l'accouchement.

La création d'une définition du TSPT-A prenant en compte la spécificité de l'accouchement, l'existence fréquente de symptomatologie subclinique, le vécu du lien mère-enfant reste une

nécessité. De même l'usage d'échelle de diagnostic, mais aussi la création d'un questionnaire de dépistage utilisable très tôt dans le post-partum, permettrait une meilleure prise en charge clinique et plus largement une uniformisation des études sur le sujet afin de pouvoir généraliser et comparer les études les unes avec les autres et ainsi imaginer des méta-analyses robustes sur le sujet.

De même, une étude encore en cours de validation indique qu'adapté à l'événement « accouchement traumatique », le PDI révisé (PDI-R) peut identifier avec une bonne sensibilité(88,28%) et spécificité(92,82%) les femmes susceptibles de présenter un TSPT-A. Il présenterait en effet de bonnes propriétés psychométriques et une forte correspondance avec l'entretien clinique diagnostique. Le score de 15 serait le seuil clinique de détection du PDI-R permettant d'identifié 88% de femmes susceptibles de répondre aux critères du TSPT-A dans les premiers mois post-partum sur la base de leur score $PDI \geq 15+$. De plus, 93% des femmes qui ne répondent probablement pas aux critères du TSPT-A auront un score < 15 .

La passation du PDI en maternité permettrait par la suite d'orienter les femmes à haut risque vers des interventions précoces ou des services de suivi en psychiatrie périnatale. (70)

Deuxièmement, les études présentées dans cette revue de littérature ont été majoritairement conduites par des sages-femmes de recherche et des psychologues, peu d'articles semblent disponibles dont le premier auteur est un médecin psychiatre.

Les propositions d'interventions précoces présentées dans cette thèse peuvent être séparées en deux modes d'interventions.

Le premier mode vise à proposer à la parturiente et son accompagnant une expérience de l'accouchement la plus positive possible. Cela passe par l'opportunité au plus tôt dans la grossesse pour la mère ou le couple de pouvoir discuter de leurs craintes sur le déroulé de l'accouchement, en y incluant une information claire sur les possibles risques et les complications de l'accouchement. La mise en place d'un plan de naissance flexible pourrait

permettre à la femme d'augmenter sa position d'actrice lors de l'accouchement et ainsi renforcer son « empowerment » (stratégies *pour l'engagement et l'acquisition de pouvoir à l'échelle individuelle et collective* » selon Rowlands en 1997).

Au moment de l'accouchement, respecter le projet de naissance, évaluer régulièrement la douleur et l'anxiété de la patiente, rechercher le consentement régulier de la patiente en expliquant les procédures, être à l'écoute du couple, promouvoir le peau à peau sont des interventions qui chez les femmes avec des facteurs de risque, mais aussi chez le reste des parturientes, peuvent permettre d'améliorer le vécu de la naissance de leur enfant.

Ces interventions débutant en anténatal reviennent à l'équipe obstétricale en charge du suivi de grossesse.

Le second mode lui vise à traiter le vécu négatif de l'accouchement.

Il passe par un premier temps de repérage et de dépistage des femmes ayant un vécu négatif ou celle présentant des signes de stress aigu. Ce dépistage ne peut être effectué que via les observations du corps obstétrical (maïeuticiens et obstétriciens) présent en salle de naissance puis en suite de naissance.

Une fois informé, le psychiatre de périnatalité peut proposer une intervention adéquate et accessible pour la patiente et le couple, et veiller par la suite aux bien-être de la dyade et au développement d'une pathologie psychiatrique du post-partum le cas échéant.

Troisièmement, bien qu'accepté comme événement avec un potentiel traumatogène par la communauté scientifique surtout lors de complications obstétricales, l'accouchement par voie basse avec ou sans instrument et l'accouchement par césarienne peuvent induire un traumatisme à la femme ainsi qu'au co-parent, mais reste peu évalué en pratique causale. Au-delà de l'éducation à mener autour de cette pathologie aussi bien au niveau de la communauté médicale, que de la population générale, au même titre que la dépression du post-partum, le

TSPT-A reste une entité peu abordée avec les mères et peu diagnostiquée. Sur une étude menée auprès de 154 sages-femmes hospitalières et libérales de Haute-Normandie, 97% des sages-femmes interrogées estimaient avoir une formation insuffisante sur le sujet et 27% déclaraient ne pas en avoir entendu parler. (71)

Dans les études, seule une(10) invitait le père à participer à l'étude. Cependant les résultats étaient confondus avec ceux de la mère ne permettant pas une analyse indépendante de leurs résultats. La dernière étude de Horsh, énonce 1,7 million de père ou de co-parents affectés par des symptômes de stress post-traumatique après l'accouchement de leurs partenaires. (72)

Envisager des interventions précoces incluant le parent et son co-parent ou son accompagnant pourrait faire l'office d'études futures.

3. Perspectives et proposition de prise en charge

Dans cette idée de proposer une intervention précoce, nous avons abordé l'importance de la connaissance clinique de cette pathologie qu'est le trouble du stress post-traumatique après un accouchement.

La 1^{re} ligne auprès de la femme au cours de la grossesse et lors de l'accouchement étant la sage-femme, son rôle en tant que co-actrice de l'accouchement lui permet d'interagir voire d'intervenir auprès de la parturiente lors du travail.

L'anxiété traduisant souvent les craintes et appréhensions concernant l'accouchement à venir, son déclenchement et son déroulement, est parmi les grandes préoccupations exprimées au troisième trimestre. L'accouchement marque l'acmé de cette anxiété pour certaines, pouvant être déclenché ou s'accroître lorsque les attentes de la mère ne rencontrent pas la réalité et l'imprévisibilité de l'accouchement.

L'évaluation du stress aigu pendant le séjour à la maternité n'est pas couramment utilisée, ni en pratique ni dans les différents protocoles de recherche. Pourtant cette évaluation semble informative, car comme retrouvé dans l'étude de Montmasson et col. le stress aigu est prédictif de l'ESPT 3 à 6 mois plus tard. (27)

L'anxiété ayant des manifestations cliniques diverses peut s'exprimer différemment au moment de l'accouchement. Une étude sur l'anxiété périnatale a montré que des professionnels de santé, dont des sages-femmes, se disaient en difficulté quant à la détection d'une anxiété périnatale dite normale ou pathologique. (73)

Nous proposons à travers une étude pilote de comparer le vécu subjectif de la parturiente et de la sage-femme au cours de l'accouchement à travers des questions autour de l'anxiété de la mère durant l'accouchement et le vécu subjectif de la sage-femme accompagnante quant à sa détection.

La qualité de la relation entre la parturiente et la sage-femme et spécifiquement au moment de l'accouchement semble être le temps le plus opportun pour une détection précoce de signes évocateurs d'une anxiété importante voir d'un état de dissociation péritraumatique pouvant favoriser par la suite une intervention et un accompagnement dès le passage en suite de naissance.

Une analyse interprétative phénoménologique de Patterson a montré que les sages-femmes ont à cœur de construire entre autres une relation avec leurs patientes malgré leurs individualités et mettent au centre de cette relation la communication ainsi que la sécurité de la mère et du bébé. Les sages-femmes rapportent dans cette étude naviguer entre les demandes de la mère (respect du plan de naissance) et les procédures systématiques mises en place pour garantir le bon déroulement de l'accouchement. (74)

Du côté des mères, celles ayant eu un vécu traumatique rapportent avoir été déçues notamment par le traitement reçu par les sages-femmes jusqu'à parfois se sentir en danger par leurs comportements.

Cependant future mère comme sage-femme ont un désir commun de créer une relation au cours de l'accouchement ainsi que d'être individuellement respecté dans leurs humanités et se sentir en sécurité. (74)

Cette étude aurait pour objectif principal d'étudier la concordance entre l'anxiété ressentie par la parturiente et la perception de cette anxiété par la sage-femme au cours de l'accouchement à travers un autoquestionnaire.

Les objectifs secondaires permettraient d'étudier à travers l'autoquestionnaire distribué aux parturientes au moment de l'accouchement :

- Le niveau d'anxiété estimée
- L'impact de l'environnement sur son anxiété
- L'impact du « profil anxieux » sur le vécu de l'accouchement

(le profil anxieux ici correspond aux patientes ayant répondu oui à la question prise d'anxiolytique).

Un questionnaire similaire adapté à la sage-femme permettrait quant à lui d'évaluer :

- L'impact de leurs anciennetés et de leurs formations antérieures dans l'évaluation de l'anxiété
- Si le critère « profil anxieux » connu en anténatale par le dossier de la patiente impacte la prise en charge de la sage-femme.

Cette étude pourrait prendre place au sein de la maternité Jeanne deFlandres à Lille ; il s'agit donc d'une étude pilote monocentrique.

À titre d'exemple, seront joints en annexe quelques extraits des questionnaires pour les parturientes et pour les sages-femmes.

4. Conclusions

La prise en charge des traumatismes post-accouchement demeure un domaine peu exploré, où la pathologie est souvent mal définie et insuffisamment adressée. Dans ce contexte, l'identification d'une intervention précoce, à la fois efficace et facilement mise en place, revêt une importance cruciale. Pour se faire, il est impératif de développer des échelles de diagnostic spécifiques pour mieux définir ces troubles et proposer des interventions appropriées.

En outre, l'approche psycho-obstétricale, visant à accompagner la dyade mère-enfant voire la triade, nécessite une réflexion approfondie sur sa cohérence et son accessibilité. La collaboration étroite avec le psychiatre de périnatalité apparaît comme un élément central de cette prise en charge, offrant une expertise clinique indispensable dans la gestion des troubles mentaux post-accouchement.

Pour reprendre les termes de Sylvie Nezelof « Les tempos somatiques et psychiques ne battent pas au même rythme. Cette dissociation temporelle peut constituer un facteur de brouillage dans la collaboration, entre les obstétriciens qui souhaitent des résultats rapides et les psychiatres pas toujours habitués à des interventions actives et limitées dans le temps ». (75)

Pour garantir une réponse adaptée à chaque situation, il est essentiel d'établir un lien efficace entre les différents acteurs impliqués, qu'ils soient professionnels de la santé mentale, obstétriciens, pédiatres ou sages-femmes. Cette coordination permettrait de mettre en place des suivis gradués et pluridisciplinaires, offrant aux femmes et à leur entourage un soutien continu et personnalisé tout au long de leur parcours postnatal.

En conclusion, la nécessité de développer des interventions précoces, d'élaborer des outils de diagnostic appropriés et de favoriser une collaboration interdisciplinaire souligne l'urgence de renforcer les efforts dans le domaine de la prise en charge des traumatismes post-accouchement. Ce faisant, nous pourrions mieux répondre aux besoins complexes des femmes et de leur entourage, et leur offrir le soutien nécessaire pour surmonter les défis souvent sous-estimés de cette période critique de leur vie.

5. Bibliographie

1. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. déc 2008;34(6):577-83.
2. Louis Crocq. Le traumatisme psychique se définit comme un « phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (L. Crocq, 2014) - Recherche Google [Internet]. [cité 20 mars 2024].
3. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.
4. Josse É. Chapitre 10. La phase aiguë. In: *Le traumatisme psychique chez l'adulte* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 20 mars 2024]. p. 133-98. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-p-133.htm>
5. Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 1. Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques. In: *Manuel des troubles psychotraumatiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 26 janv 2024]. p. 5-35. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-5.htm>
6. Vermeiren É, Bréart M, Paget V, Lemogne C, Cole P. Chapitre 28. Le patient ayant vécu un événement traumatique. In: *Psychiatrie de liaison* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018 [cité 3 déc 2023]. p. 267-80. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-p-267.htm>
7. Ahern J, Galea S, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Television Images and Psychological Symptoms after the September 11 Terrorist Attacks. *Psychiatry Interpers Biol Process*. déc 2002;65(4):289-300.
8. Séjourné N, De la Hammaide M, Moncassin A, O'Reilly A, Chabrol H. Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 sept 2018;46(9):658-63.
9. Evrard A. Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. *Périnatalité*. 2021;13(3):116-21.
10. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth Berkeley Calif*. mars 2003;30(1):36-46.
11. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*. 1 nov 2007;35(11):1136-42.

12. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med*. 1 mai 2003;8(2):159-68.
13. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Rev Médecine Périnatale*. déc 2016;8(4):199-206.
14. Bayle B, Chavagnat JJ, Gressier F. 23. Les traumatismes psychiques maternels en périnatalité. In: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 20 mars 2024]. p. 209-20. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-p-209.htm>
15. Carter J, Bick D, Gallacher D, Chang YS. Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth Berkeley Calif*. déc 2022;49(4):616-27.
16. American Psychiatric Association. APAssociation. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. 2013.
17. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. déc 2008;29(4):240-50.
18. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. 2015;33(3):219-37.
19. Deforges C, Sandoz V, Horsch A. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*. 2020;12(4):192-200.
20. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *J Anxiety Disord*. mars 2009;23(2):260-8.
21. Young A. Traumatisme à distance, résilience héroïque et guerre contre le terrorisme. *Rev Fr Psychosom*. 2005;28(2):39-61.
22. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev*. mai 2003;23(3):409-48.
23. Why This Research - CA18211 Traumatic Birth Research Family Health [Internet]. CA18211. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ca18211.eu/why-this-research/>
24. 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*. 15 janv 2017;208:634-45.
25. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of

26. Shlomi Polachek I, Dulitzky M, Margolis-Dorfman L, Simchen MJ. A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Arch Womens Ment Health.* juin 2016;19(3):483-90.
27. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 oct 2012;41(6):553-60.
28. Mergler R. Childbirth-related PTSD: How it differs and who's at risk. *Curr Psychiatry [Internet].* déc 2023 [cité 21 mars 2024];22(12). Disponible sur: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/266774/ptsd/childbirth-related-ptsd-how-it-differs-and-whos-risk>
29. Capponi I, Horbacz C. À propos de l'invisibilité de l'anxiété périnatale. *Perspect Psy.* 2007;46(4):362-7.
30. Guilloux R. L'accouchement physiologique, un espace de contre-pouvoir pour les femmes ? *Périnatalité.* 1 déc 2021;13.
31. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* avr 2016;46(6):1121-34.
32. Deforges C, Sandoz V, Horsch A. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité.* 2020;12(4):192-200.
33. Rousseau S, Polachek IS, Frenkel TI. A machine learning approach to identifying pregnant women's risk for persistent post-traumatic stress following childbirth. *J Affect Disord.* 1 janv 2022;296:136-49.
34. Anderson C, Cacola P. Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2017;42(2):108-14.
35. Beck CT, Driscoll JW, Watson S. *Traumatic Childbirth [Internet].* Taylor & Francis; 2013. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=nWQdAAAAQBAJ>
36. Pierrehumbert B, Borghini A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Risques périnataux et difficultés d'attachement. *Contraste.* 1 juin 2007;26:137.
37. Dozio E, Bizouerne C, Viaux-Savelon S, Feldman M, Moro MR. Le rôle de l'observation de l'interaction mère-bébé dans le processus de transmission du traumatisme psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2019;67(7):342-51.
38. Van Sieleghem S, Danckaerts M, Rieken R, Okkerse JME, de Jonge E, Bramer WM, et al. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Hum Dev.* nov 2022;174:105667.
39. Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F, et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biol Psychiatry.* 1 sept 2016;80(5):372-80.
40. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol*

41. Rousseau S, Katz D, Shlomi-Polachek I, Frenkel TI. Prospective risk from prenatal anxiety to post traumatic stress following childbirth: The mediating effects of acute stress assessed during the postnatal hospital stay and preliminary evidence for moderating effects of doula care. *Midwifery*. 1 déc 2021;103:103143.
42. Christie H, Hamilton-Giachritsis C, Alves-Costa F, Tomlinson M, Halligan SL. The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review. *Eur J Psychotraumatology*. 10(1):1550345.
43. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. nov 2006;11(4):389-98.
44. Chapitre 44. Le potentiel de la thérapie EMDR en obstétrique. In: *Pratique de la psychothérapie EMDR* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 21 mars 2024]. p. 704-19. (Psychothérapies; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100808014-p-704.htm>
45. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004;53(4):216-24.
46. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation de la version française de l'inventaire de détresse périnatale. *Can J Psychiatry*. 1 janv 2005;50(1):67-71.
47. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry*. 18 sept 2018;9:409.
48. Bartal A, Jagodnik KM, Chan SJ, Babu MS, Dekel S. Identifying women with postdelivery posttraumatic stress disorder using natural language processing of personal childbirth narratives. *Am J Obstet Gynecol MFM*. mars 2023;5(3):100834.
49. Kranenburg L, Lambregtse-van den Berg M, Stramrood C. Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *Int J Environ Res Public Health*. 4 févr 2023;20(4):2775.
50. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 avr 2015;(4):CD007194.
51. Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2014 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
52. Butler O, Herr K, Willmund G, Gallinat J, Kühn S, Zimmermann P. Trauma, treatment and Tetris: video gaming increases hippocampal volume in male patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci JPN*. 1 juill 2020;45(4):279-87.
53. Abdollahpour S, Khosravi A, Motaghi Z, Keramat A, Mousavi SA. Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. *Community Ment Health J*. oct 2019;55(7):1173-8.

54. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2003;178(11):542-5.
55. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 nov 2022;22(1):862.
56. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth.* mars 2005;32(1):11-9.
57. Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards RT, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juin 2020;127(7):886-96.
58. Blasio PD, Camisasca E, Caravita SCS, Ionio C, Milani L, Valtolina GG. THE EFFECTS OF EXPRESSIVE WRITING ON POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS. *Psychol Rep.* déc 2015;117(3):856-82.
59. Chiorino V, Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Roveraro S, Bertolucci GG, et al. The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychol Health.* juill 2020;35(7):795-810.
60. Deforges C, Fort D, Stuijzand S, Holmes EA, Horsch A. Reducing childbirth-related intrusive memories and PTSD symptoms via a single-session behavioural intervention including a visuospatial task: A proof-of-principle study. *J Affect Disord.* 15 avr 2022;303:64-73.
61. Sjömark J, Svanberg AS, Larsson M, Viirman F, Poromaa IS, Skalkidou A, et al. Effect of internet-based cognitive behaviour therapy among women with negative birth experiences on mental health and quality of life - a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12 nov 2022;22(1):835.
62. Abdollahpour S, Khosravi A, Bolbolhaghighi N. The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *J Reprod Infant Psychol.* 7 août 2016;34(4):403-12.
63. Margraff M. Le projet de naissance : une nouvelle place dans le paysage obstétrical français. *Cah Enfance Adolesc.* 2023;10(2):37-48.
64. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Préparation à la naissance et à la parentalité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
65. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res.* 2008;57(4):228-36.
66. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics.* juill 2002;110(1 Pt 1):16-26.

67. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L, Lewis C, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 21 mars 2024];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006869.pub3/full/fr>
68. Bryant RA. Early intervention for post-traumatic stress disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1):19-26.
69. James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health*. déc 2015;18(6):761-71.
70. Jagodnik KM, Ein-Dor T, Chan SJ, Titelman Ashkenazy A, Bartal A, Barry RL, et al. Screening for post-traumatic stress disorder following childbirth using the Peritraumatic Distress Inventory. *J Affect Disord*. 1 mars 2024;348:17-25.
71. Coulibaly M. L'état de stress post-traumatique en périnatalité. État des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes. 14 juin 2019;82.
72. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. mars 2024;230(3S):S1116-27.
73. Silverwood V, Nash A, Chew-Graham CA, Walsh-House J, Sumathipala A, Bartlam B, et al. Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. nov 2019;69(688):e768-76.
74. Patterson J, Hollins Martin CJ, Karatzias T. Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*. sept 2019;76:21-35.
75. Nezelof S, Ropers G, Duquet A. Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? *Enfances Psy*. 2006;30(1):20-8.

6. Annexes :



The City Birth Trauma Scale

Échelle du Traumatisme lié à l'Accouchement

Ce questionnaire vous interroge concernant votre expérience durant la naissance de votre bébé né le plus récemment. Il s'agit de dépister de potentiels événements traumatiques durant (ou juste après) le travail et la naissance, et d'évaluer si vous éprouvez des symptômes qui sont rapportés par certaines femmes après la naissance. S'il vous plaît cochez les réponses les plus proches de votre expérience.

Quelle est la date de naissance de votre bébé ?

Durant le travail, la naissance ou juste après :		
Aviez-vous pensé que vous ou votre bébé seriez gravement blessés ?	Oui	Non
Aviez-vous pensé que vous ou votre bébé alliez mourir ?	Oui	Non

Les questions suivantes concernent des symptômes que vous pouvez avoir éprouvés. Indiquez s'il vous plaît combien de fois vous avez éprouvé les symptômes suivants durant la dernière semaine :

Symptômes en lien avec la naissance *	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Souvenirs répétés et involontaires de la naissance (ou des parties de la naissance) que vous ne pouvez pas contrôler				
Mauvais rêves ou cauchemars de la naissance, ou en lien avec la naissance				
Flashbacks de la naissance et/ou reviviscence de l'expérience				
Être troublée lorsque quelque chose vous rappelle la naissance				
Être tendue ou anxieuse lorsque quelque chose vous rappelle la naissance				
Tenter d'éviter de penser au sujet de la naissance				
Tenter d'éviter les choses qui vous rappellent la naissance (p. ex., personnes, lieux, programmes télé, etc.)				
Incapable de vous rappeler des détails de la naissance				
Se blâmer ou blâmer les autres pour ce qui est arrivé durant la naissance				
Avoir des émotions négatives intenses au sujet de la naissance (p. ex., peur, colère, honte)				

* Bien que ces questions fassent référence à la naissance, beaucoup de femmes peuvent avoir des symptômes en lien avec des événements qui se sont passés juste avant ou après la naissance. Si c'est votre cas, et que les événements sont en lien avec la grossesse, la naissance ou le bébé, alors répondez en fonction de ces événements.

Symptômes ayant débuté ou qui se sont aggravés depuis la naissance	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Avoir des croyances négatives sur vous-même, ou penser qu'il se passera quelque chose de terrible				
Perdre de l'intérêt pour des activités importantes pour vous auparavant				
Se sentir détachée des autres				
Incapable de ressentir des émotions positives (p. ex., joie, excitation)				
Se sentir irritable ou agressive				
Sentiment autodestructeur, ou agir imprudemment				
Se sentir tendue et à cran				
Se sentir agitée ou sursauter facilement				
Avoir du mal à vous concentrer				
Mal dormir à cause de choses non liées au rythme de sommeil du bébé				
Se sentir détachée ou comme si vous étiez dans un rêve				
Sentir que des choses sont distordues ou irréelles				

Si vous avez au moins un de ces symptômes :

Quand ces symptômes ont débuté ?	
Avant la naissance	
Dans les premiers 6 mois après la naissance	
Plus de 6 mois après la naissance	
Je n'ai pas ces symptômes	

Combien de temps vous avez ressenti ces symptômes ?	
Moins d'un mois	
1-3 mois	
Plus de 3 mois	
Je n'ai pas ces symptômes	

Ces symptômes vous causent-ils beaucoup de détresse ?	Oui	Non	Parfois
Vous empêchent-ils de réaliser vos activités habituelles (p. ex., sociales, quotidiennes) ?	Oui	Non	Parfois
Est-ce que certains de ces symptômes peuvent être dus à un médicament, une consommation d'alcool, de drogues, ou à une maladie ?	Oui	Non	Peut-être

Merci d'avoir complété ce questionnaire !

City Birth Trauma Scale © Ayers, Wright & Thornton 2018. *Frontiers in Psychiatry* 9:409

Version française adaptée avec permission.

Sandoz, Hingray, Stuijzand, Lacroix, El Hage*, & Horsch* (*joint authors), 2021. Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale—French Version (City BiTS-F). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001068>

Titre article	Type d'étude	pays d'origine - année	Temporalité de l'intervention	groupes / inclusions	echelles	Résultats												
<p>1. Abdollahpour S, Khosravi A, Motaghi Z, Keramat A, Mousavi SA. Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. Community Ment Health J. oct 2019;55(7):11738.</p>	<p>etude clinique randomisée en 3 bras parallèles</p>	<p>iran - 2015</p>	<p>Post-Partum Immédiat</p>	<p>193 femmes qui répondaient au critère A du DSM-V pour l'état de stress post-traumatique et étaient dans les 48 heures suivant l'accouchement Groupe A : Debriefing n= 54 Groupe B : TCC n= 53 Groupe C : témoins</p>	<p>DSM V - L'échelle de stratégies d'adaptation au stress de Moss et Billings - L'échelle DASS_21 (Depression Anxiety Stress Scale) - L'échelle Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</p>	<table border="1"> <tr> <td>Score moyen de PTSD</td> <td>Debriefing n = 52</td> <td>TCC n=47</td> <td>Témoin n= 81</td> </tr> <tr> <td>T1 =</td> <td>17.7±9.2</td> <td>18.7 ±7.8</td> <td>25.1 ± 9.1</td> </tr> <tr> <td>T2 = 3mois PP</td> <td>14 .5±5 .9.</td> <td>6.3±5.3</td> <td>20.6±7.9</td> </tr> </table>	Score moyen de PTSD	Debriefing n = 52	TCC n=47	Témoin n= 81	T1 =	17.7±9.2	18.7 ±7.8	25.1 ± 9.1	T2 = 3mois PP	14 .5±5 .9.	6.3±5.3	20.6±7.9
Score moyen de PTSD	Debriefing n = 52	TCC n=47	Témoin n= 81															
T1 =	17.7±9.2	18.7 ±7.8	25.1 ± 9.1															
T2 = 3mois PP	14 .5±5 .9.	6.3±5.3	20.6±7.9															
<p>2. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. Medical Journal of Australia. 2003;178(11):542-5.</p>	<p>essai contrôlé randomisé en simple aveugle</p>	<p>PERTH - Australie Publié en 2003 - inclusion de 96 à 97</p>	<p>Post-Partum Immédiat</p>	<p>echantillon normatif de la population n = 1365 après exclusion des femmes césariées.</p>	<p>DSM-IV SADS ==> pour les tb anxieux après chaque suivi (2-6-12M PP) + echelle TSPT. Entretien semi-dirigée par SF EPDS ==> DPP IES-R ==> pour le TSPT / evenement traumatique</p>	<p>Trouble de stress post-traumatique Toutes les femmes‡ (n = 1365) Groupe témoin (IC = 95%) 0,8% (0,3%–1,6%) Groupe débriefing (IC = 95%) : 0,6% (0,2%–1,3%) RR (IC = 95%) 0,71 (0,23–2,23) P= 0,58</p>												
<p>3. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal jgkoutcomes: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 22 nov 2022;22(1):862.</p>	<p>essai clinique randomisé contrôlé en groupes parallèles</p>	<p>iran - 2015</p>	<p>Anténatal</p>	<p>echantillon normatif 1745 femmes - n=840 témoins -n= 875 interventions.</p>	<p>DSMIV Passation d'un EPDS = Dépression W-DEQ-version A = peur de l'accouchement durant la grossesse CEQ 2.0 = expérience de la grossesse SCIB scale = support et contrôle durant l'accouchement partogrammes DFS = peur durant l'accouchement PSS = TSPT symptômes / mère et enfant outcomes checklist.</p>	<p>Trouble de stress post-traumatique (Plage de score : 0 à 51) Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,5 (2,9) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 11,3 (4,3) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 8,8 (10,2 à 7,4) P = <0,001* Primipare Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,5 (3,0) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 12,2 (4,6) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 9,8 (7,6 à 11,9) P = <0,001* Multipare Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,6 (2,8) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 10,5 (4,3) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 7,8 (5,9 à 9,8) <0,001*</p>												

<p>4. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. Birth. mars 2005;32(1):11 9</p>	<p>Essai clinique randomisé</p>	<p>Australie</p>	<p>Post-Partum Immédiat</p>	<p>103 femmes qui répondaient au critère A du DSM-IV pour l'état de stress post-traumatique et étaient dans les 72 heures suivant l'accouchement - Groupe intervention : 50 . - groupe témoin : 53</p>	<p>DSM IV - TR et CIM10EPDS DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scale-21 Maternity Social Support Scale (MSSS) Mini PTSD .</p>	<p>Aucune différence statistique n'a été observée entre le nombre de femmes répondant aux critères d'un diagnostic de trouble de stress post-traumatique dans le groupe d'intervention et celles du groupe témoin à 4 à 6 semaines après l'accouchement ($\chi^2[1] = 0,236, p = 0,392$) ou à 3 mois après l'accouchement. Un test t d'échantillons indépendants des scores totaux de symptômes de trouble de stress post-traumatique n'a révélé aucune différence entre les groupes à 4 à 6 semaines de suivi, mais une différence significative à 3 mois après l'accouchement ($t[101] = 2,144, p = 0,035$).</p>																		
<p>5. Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards RT, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. BJOG. juin 2020;127(7):886 96.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé en ouvert</p>	<p>Etude anglaise</p>	<p>Post partum tardif</p>	<p>678 femmes dans le postpartum répondant au critère A du DSM-IV-TR Groupe 1 : Aide personnelle + TAU 336 groupe 2 : TAU = 342</p>	<p>DSM-IVR dépistage a/p d'un questionnaire de dépistage spécifiquement développé pour l'étude. CAPS-5 a/p du DSM-V HADS: échelle anxiété et dépression hospitalière MPAS : échelle attachement parental multidimensionnelle DAS4 : échelle ajustement dyadique et de la qualité de la relation de couple CSRI : contact avec les PDS.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th></th> <th>Auto-assistance N=243</th> <th>Soins habituels N=244</th> <th>Différence (IC 95%) Risque relatif (IC 95%)</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Diagnostic de l'ESPT</td> <td>Aucun</td> <td>178 (73,3)</td> <td>179 (73,7)</td> <td rowspan="3">1,02 (0,68, 1,53)</td> <td rowspan="3">P=0,923</td> </tr> <tr> <td>Partiel</td> <td>49 (20,2)</td> <td>43 (17,7)</td> </tr> <tr> <td>Complet</td> <td>16 (6,6)</td> <td>21 (8,6)</td> </tr> </tbody> </table>	Variable		Auto-assistance N=243	Soins habituels N=244	Différence (IC 95%) Risque relatif (IC 95%)	P	Diagnostic de l'ESPT	Aucun	178 (73,3)	179 (73,7)	1,02 (0,68, 1,53)	P=0,923	Partiel	49 (20,2)	43 (17,7)	Complet	16 (6,6)	21 (8,6)
Variable		Auto-assistance N=243	Soins habituels N=244	Différence (IC 95%) Risque relatif (IC 95%)	P																			
Diagnostic de l'ESPT	Aucun	178 (73,3)	179 (73,7)	1,02 (0,68, 1,53)	P=0,923																			
	Partiel	49 (20,2)	43 (17,7)																					
	Complet	16 (6,6)	21 (8,6)																					

<p>6. Blasio PD, Camisasca E, Caravita SCS, Ionio C, Milani L, Valtolina GG. THE EFFECTS OF EXPRESSIVE WRITING ON POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS. Psychol Rep. déc 2015;117(3):856 82.</p>	<p>essai clinique randomisé</p>	<p>Italie - 2015</p>	<p>Post-Partum Immédiat</p>	<p>échantillon normatif de femmes italiennes</p>	<p>pour la DPP : BDI-II Pour l'ESA : Perinatal TSPT questionnaire (PPQ)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Temps 1</th> <th colspan="4">Temps 2</th> <th colspan="4">Score de Différence</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Ecriture expressive</th> <th colspan="2">Groupe contrôle</th> <th colspan="2">Ecriture expressive</th> <th colspan="2">Groupe contrôle</th> <th colspan="2">Ecriture expressive</th> <th colspan="2">Groupe contrôle</th> </tr> <tr> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> <th>Moyenne</th> <th>Ecart -type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.04</td> <td>2.17</td> <td>5.05</td> <td>1.76</td> <td>3.51</td> <td>2.21</td> <td>5.68</td> <td>2.42</td> <td>-1.52</td> <td>2.90</td> <td>0.62</td> <td>-2.30</td> </tr> </tbody> </table>	Temps 1				Temps 2				Score de Différence				Ecriture expressive		Groupe contrôle		Ecriture expressive		Groupe contrôle		Ecriture expressive		Groupe contrôle		Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	5.04	2.17	5.05	1.76	3.51	2.21	5.68	2.42	-1.52	2.90	0.62	-2.30
Temps 1				Temps 2				Score de Différence																																														
Ecriture expressive		Groupe contrôle		Ecriture expressive		Groupe contrôle		Ecriture expressive		Groupe contrôle																																												
Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type																																											
5.04	2.17	5.05	1.76	3.51	2.21	5.68	2.42	-1.52	2.90	0.62	-2.30																																											
<p>7. Chiorino V, Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Roveraro S, Bertolucci GG, et al. The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. Psychol Health. juill 2020;35(7):795 810.</p>	<p>Etude pilote randomisée de 20 personnes par groupes en aveugle pour les attributions</p>	<p>Italie -2019</p>	<p>Post-Partum Immédiat</p>	<p>40 femmes avec IES-R ≥ 24 et dans les 72 heures suivant l'accouchement</p> <p>Groupe ctrl n= 20 Groupe traités n= 20 .</p> <p>3 perdus de vue , n= 19 EMDR et n= 18 TAU</p>	<p>screening par IES-R > 24 è inclusion des diagnostic partiel de TSPT</p> <p>MIBS (Mother to infant bonding scale)= LME</p> <p>PDEQ Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire : Dissociation>15 significatif</p> <p>EPDS : DPP</p> <p>echelle pour les données démographiques et obstétricales</p> <p>Questionnaire sur la présence de flashback</p> <p>Questionnaire sur le niveau d'inquiétude pour cette grossesse et une future grossesse</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">T0</th> <th colspan="4">T1</th> <th colspan="4">T2</th> </tr> <tr> <th>EMDR(N = 19)</th> <th>TAU(N = 18)</th> <th>MD(95%IC)</th> <th>p</th> <th>EMDR(N = 19)</th> <th>TAU(N = 18)</th> <th>MD(95%IC)</th> <th>p</th> <th>EMDR(N = 19)</th> <th>TAU(N = 18)</th> <th>MD(95%IC)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IES-R</td> <td>35,79 (8,80)</td> <td>36,11 (9,47)</td> <td>-,322 (-6,422; 5,778)</td> <td>,915</td> <td>16,47 (13,26)</td> <td>25,22 (11,52)</td> <td>-8,749 (-17,062; -,435)</td> <td>,040</td> <td>9,58 (8,90)</td> <td>17,56 (12,32)</td> <td>-7,977 (-15,121; -,832)</td> <td>0,030</td> </tr> </tbody> </table>		T0				T1				T2				EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p	EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p	EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p	IES-R	35,79 (8,80)	36,11 (9,47)	-,322 (-6,422; 5,778)	,915	16,47 (13,26)	25,22 (11,52)	-8,749 (-17,062; -,435)	,040	9,58 (8,90)	17,56 (12,32)	-7,977 (-15,121; -,832)	0,030										
	T0				T1				T2																																													
	EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p	EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p	EMDR(N = 19)	TAU(N = 18)	MD(95%IC)	p																																										
IES-R	35,79 (8,80)	36,11 (9,47)	-,322 (-6,422; 5,778)	,915	16,47 (13,26)	25,22 (11,52)	-8,749 (-17,062; -,435)	,040	9,58 (8,90)	17,56 (12,32)	-7,977 (-15,121; -,832)	0,030																																										

<p>8. Deforges C, Fort D, Stuijzand S, Holmes EA, Horsch A. Reducing childbirth-related intrusive memories and PTSD symptoms via a single-session behavioural intervention including a visuospatial task: A proof-of-principle study. J Affect Disord. 15 avr 2022;303:64-73.</p>	<p>Une conception de groupe unique pré-post a été choisie pour cette étude de principe</p>	<p>Suisse - 2023</p>	<p>Post-Partum Tardif</p>	<p>23 femmes inclus dans l'étude. 18 femmes ont eu l'intervention. Elles ont déclaré avoir eu au moins quatre « souvenirs intrusifs » au cours des deux dernières semaines, ce qui correspond à des IM graves dans l'échelle de PTSD administrée par le clinicien pour le DSM-5 (CAPS-5).</p>	<p>Journal pour rechercher les IM . Journaux de 14 jours Journal 1 : 14 jours couvrant les 2 semaines pré-interventions. Journal 2 : 1er et 2 semaines post-intervention. Journal 3 : 5e et 6e semaines post-interventions. Descriptions brièves des IM Inclusion : Nbre d'IM via le CAPS-5 + T-ACE (dépendance OH) . PCL-5 sur le dernier mois. Echelle d'activation émotionnelle via une EVA 10 fois pendant l'étude. A la fin de la phase de réactivation de la mémoire : vivacité de la mémoire de l'accouchement. Evaluation de la difficulté de Tetris à la fin du jeu Acceptabilité de l'intervention. EPDS = DPP Sociodémographique caractéristiques ATCD de prise en charge psy suite à l'AT Caractéristiques obstétriques</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Avant l'intervention Moyenne (ET)</th> <th>Après l'intervention Moyenne (ET)</th> <th>t(16)</th> <th>g de Hedges (taille d'effet)</th> <th>IC à 95% pour g de Hedges</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Score de gravité total</td> <td>28,71 (12)</td> <td>12,29 (8,84)</td> <td>6,190*** (p<0,001)</td> <td>1,466</td> <td>0,771, 2,140</td> <td>< 0,001</td> </tr> </tbody> </table>		Avant l'intervention Moyenne (ET)	Après l'intervention Moyenne (ET)	t(16)	g de Hedges (taille d'effet)	IC à 95% pour g de Hedges	p	Score de gravité total	28,71 (12)	12,29 (8,84)	6,190*** (p<0,001)	1,466	0,771, 2,140	< 0,001
	Avant l'intervention Moyenne (ET)	Après l'intervention Moyenne (ET)	t(16)	g de Hedges (taille d'effet)	IC à 95% pour g de Hedges	p														
Score de gravité total	28,71 (12)	12,29 (8,84)	6,190*** (p<0,001)	1,466	0,771, 2,140	< 0,001														
<p>9. Rousseau S, Katz D, Shlomi-Polachek I, Frenkel TI. Prospective risk from prenatal anxiety to post traumatic stress following childbirth: The mediating effects of acute stress assessed during the postnatal hospital stay and preliminary evidence for moderating effects of doula care. Midwifery. 1 déc 2021;103:103143.</p>	<p>étude de cohorte longitudinale</p>	<p>Israël - 2021</p>	<p>Anténatal</p>	<p>Total n= 149 Groupe doula n=21 avaient choisi de bénéficier de soins privés par une doula, qu'elles payaient. groupe témoin ; n=128 était composé de femmes qui ne recevaient que des soins médicaux standard.</p>	<p>DSM IV et DSM-V STAI (State trait Anxiety inventory) à T1 SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction questionnaire – DSM IV) à T2 PCLS (Posttraumatic stress disorder checklist) T3 T1 = 3eT de grossesse T2 = 48h pp T3 = 1mois pp</p>	<p>Trouble de stress post-traumatique (Plage de score : 0 à 51) Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,5 (2,9) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 11,3 (4,3) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 8,8 (10,2 à 7,4) P = <0,001* Primipare Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,5 (3,0) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 12,2 (4,6) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 9,8 (7,6 à 11,9) P = <0,001* Multipare Plan de naissance (n=56) = Ecart type = 2,6 (2,8) Groupe Contrôle (n = 56) Ecart type = 10,5 (4,3) Différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) = 7,8 (5,9 à 9,8) <0,001*</p>														

10. Sjömark J, Svanberg AS, Larsson M, Viirman F, Poromaa IS, Skalkidou A, et al. Effect of internet-based cognitive behaviour therapy among women with negative birth experiences on mental health and quality of life - a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 12 nov 2022;22(1):835.	Etude clinique randomisé	Suède - Publié en 2022 - Recrutement 2013-2018	Post-Partum Immédiat	total des participants : n = 266 ICBT+TAU (n = 132) TAU (n = 134) Inclusion des partenaires	TES : TSPT EPDS : DPPSWLS : qualité de vie et le bien-être WCO : pour évaluer et identifier les pensées et actions que les individus utilisent pour faire face à un événement stressant..	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="2">Ligne de base</th> <th colspan="2">6 semaines</th> <th colspan="2">14 semaines</th> <th colspan="2">1 an</th> </tr> <tr> <th>ICBT</th> <th>TAU</th> <th>ICBT</th> <th>TAU</th> <th>ICBT</th> <th>TAU</th> <th>ICBT</th> <th>TAU</th> </tr> <tr> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> <th>M (ET)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TES B re-expérience</td> <td>9,02 (2,74)</td> <td>9,62 (3,28)</td> <td>8,66 (2,67)</td> <td>9,20 (3,21)</td> <td>8,29 (2,58)</td> <td>8,75 (3,11)</td> <td>8,30 (2,22)</td> <td>8,45 (2,75)</td> </tr> <tr> <td>TES C évitement</td> <td>12,34 (2,91)</td> <td>11,90 (3,33)</td> <td>12,31 (2,92)</td> <td>11,86 (3,34)</td> <td>12,27 (2,92)</td> <td>11,80 (3,34)</td> <td>12,08 (2,96)</td> <td>11,50 (3,39)</td> </tr> <tr> <td>TES D éveil</td> <td>9,52 (3,00)</td> <td>9,51 (3,20)</td> <td>9,49 (2,94)</td> <td>9,45 (3,14)</td> <td>9,44 (2,86)</td> <td>9,36 (3,06)</td> <td>9,19 (2,51)</td> <td>8,92 (2,74)</td> </tr> </tbody> </table>									Ligne de base		6 semaines		14 semaines		1 an		ICBT	TAU	ICBT	TAU	ICBT	TAU	ICBT	TAU	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	TES B re-expérience	9,02 (2,74)	9,62 (3,28)	8,66 (2,67)	9,20 (3,21)	8,29 (2,58)	8,75 (3,11)	8,30 (2,22)	8,45 (2,75)	TES C évitement	12,34 (2,91)	11,90 (3,33)	12,31 (2,92)	11,86 (3,34)	12,27 (2,92)	11,80 (3,34)	12,08 (2,96)	11,50 (3,39)	TES D éveil	9,52 (3,00)	9,51 (3,20)	9,49 (2,94)	9,45 (3,14)	9,44 (2,86)	9,36 (3,06)	9,19 (2,51)	8,92 (2,74)
							Ligne de base		6 semaines		14 semaines		1 an																																																				
							ICBT	TAU	ICBT	TAU	ICBT	TAU	ICBT		TAU																																																		
							M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)																																																			
						TES B re-expérience	9,02 (2,74)	9,62 (3,28)	8,66 (2,67)	9,20 (3,21)	8,29 (2,58)	8,75 (3,11)	8,30 (2,22)	8,45 (2,75)																																																			
TES C évitement	12,34 (2,91)	11,90 (3,33)	12,31 (2,92)	11,86 (3,34)	12,27 (2,92)	11,80 (3,34)	12,08 (2,96)	11,50 (3,39)																																																									
TES D éveil	9,52 (3,00)	9,51 (3,20)	9,49 (2,94)	9,45 (3,14)	9,44 (2,86)	9,36 (3,06)	9,19 (2,51)	8,92 (2,74)																																																									
11. Abdollahpour S, Bolbolhaghghi N, Khosravi A. Effect of the Sacred Hour on Postnatal Depression in Traumatic Childbirth: a Randomized Controlled Trial. J Caring Sci. 1 juin 2019;8(2):69-74.	Etude clinique randomisé	IRAN - 2019	Post-Partum Immédiat	Total n = 84 femmes ayant vécu des accouchements traumatiques Groupe témoin : n=39 Groupe « heure sacrée » : n=39	Screening par questionnaire - étudier le stress post-traumatique, l'Impact of Event Scale – Revised (IES-R) Le questionnaire IES-R a été complété pour les deux groupes de l'étude à des intervalles de 2 semaines, de 4 à 6 semaines et de 3 mois après l'accouchement	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Temps de suivi</th> <th>Intervention</th> <th>Contrôle</th> <th>t</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Après 2 semaines</td> <td>22,6± 8,6</td> <td>27,8±9,7</td> <td>-2,5</td> <td>0,01</td> </tr> <tr> <td>Après 4-6 semaines</td> <td>18,9 ±6</td> <td>20,6±10,0</td> <td>-0,9</td> <td>0,36</td> </tr> <tr> <td>Après 3 mois</td> <td>9±4</td> <td>14,6±7,8</td> <td>-4</td> <td>0,001</td> </tr> </tbody> </table>					Temps de suivi	Intervention	Contrôle	t	P	Après 2 semaines	22,6± 8,6	27,8±9,7	-2,5	0,01	Après 4-6 semaines	18,9 ±6	20,6±10,0	-0,9	0,36	Après 3 mois	9±4	14,6±7,8	-4	0,001																																			
						Temps de suivi	Intervention	Contrôle	t	P																																																							
						Après 2 semaines	22,6± 8,6	27,8±9,7	-2,5	0,01																																																							
						Après 4-6 semaines	18,9 ±6	20,6±10,0	-0,9	0,36																																																							
Après 3 mois	9±4	14,6±7,8	-4	0,001																																																													

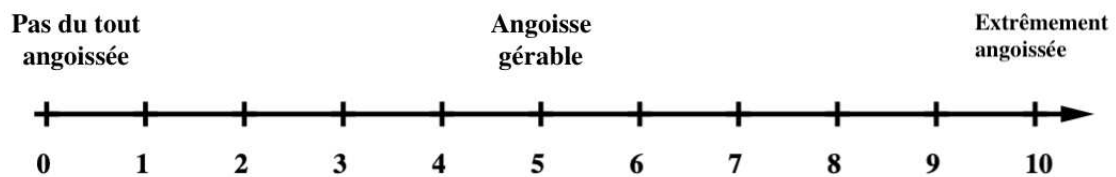
ANNEXE 2 :

Exemple du questionnaire destiné aux parturientes :

1. A quel point estimez-vous avoir été préparée à l'accouchement ?

1. Très bien préparée
2. Bien préparée
3. Peu préparée
4. Pas du tout préparée

2. A combien estimez-vous votre angoisse au cours de l'accouchement ?



3. Avez-vous ressenti une angoisse si intense au point d'avoir eu un sentiment de mort imminente pour vous ou votre bébé au cours de l'accouchement ?

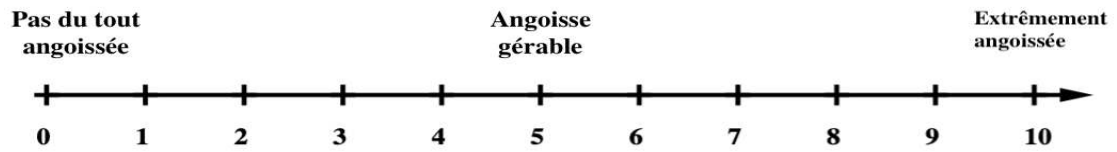
1. Oui
2. Non

Exemple de questionnaire proposé à la sage-femme accompagnant la parturiente

1. A combien estimez-vous que votre patiente ait été préparée à l'accouchement ?

1. Très bien préparée
2. Bien préparée
3. Peu préparée
4. Pas du tout préparée

2. A quel point estimez-vous que votre patiente ait été anxieuse au cours de la prise en charge ?



3. Pensez-vous que votre patiente ait pu ressentir une angoisse importante voire une angoisse de mort pour elle ou pour son nouveau-né au cours de la prise en charge ?

- 3. Oui
- 4. Non

AUTEUR(E) : Nom : BUFFON

Prénom : Lisa

Date de soutenance : 16 Avril 2024

Titre de la thèse : Interventions précoces dans la prévention du développement d'un trouble du stress post-traumatique à la suite d'un accouchement traumatique

Thèse - Médecine - Lille : Année 2024

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + FST/option : *Psychiatre de l'adulte*

Mots-clés : Trouble du stress post-traumatique ; accouchement ; Interventions Précoces ; Périnatalité ; Lien Mère-Enfant ; Psychothérapie

Résumé :

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique en période périnatale (TSPT-A) est depuis quelques années un sujet d'étude pour les professionnels de l'obstétrique et pour les sages-femmes. Fréquemment recherché suite à un accouchement avec des complications obstétricales majeures, il peut survenir chez des femmes dont l'accouchement n'a pas présenté de particularité sur le plan médical, mais aura été douloureusement vécu.

De diagnostic tardif, il peut engendrer des conséquences sur les relations de la dyade mère-enfant, mais aussi perturber le fonctionnement global de la mère qui en souffre.

L'objectif de ce travail est de présenter les différentes interventions précoces proposées à la suite d'un accouchement vécu subjectivement comme traumatique. On s'interrogera de plus sur la place du psychiatre en périnatalité dans la prévention du trouble du stress post-traumatique.

Méthode

Ce travail est une revue de littérature narrative proposant une présentation des interventions précoces proposée à la suite d'un accouchement traumatique,

Résultats

Onze études ont été incluses dans ce travail.

Deux grands types d'interventions paraissent possible dans la prévention du TSPT-A.

Les premières interventions permettant une amélioration de l'expérience de l'accouchement pour la dyade/triade.

Les secondes interventions permettant de travailler le vécu traumatique de l'accouchement.

Discussion

Les limites principales des études sur la prévention du TSPT-A ont été discutées.

Nous proposons une synthèse des différentes interventions précoces possible , et le rôle des différents acteurs de la périnatalité dans la mise en place de ces actions.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs : Madame le Docteur Carin SCHOEMAKER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aline PICARD