

h e d s

Haute école de santé
Genève

TRAVAIL DE BACHELOR

Par quels moyens peut-on dépister et accompagner au mieux les femmes ayant vécu un antécédent d'accouchement traumatique en vue d'une prochaine grossesse ?

Cecilia Genoni

Christelle Perrin-Fayolle

Chloé Voeffray

Filière Sage-femme Bachelor 09

Directrice de mémoire : Barbara Kaiser, Chargée d'enseignement à la HEDS

Août 2012

RESUME

Background : Le traumatisme psychique lié au vécu d'accouchement a été considéré récemment comme un diagnostic psychiatrique. Depuis, il suscite de plus en plus d'intérêt de la part des professionnels et des chercheurs. Néanmoins, les études écrites à ce sujet traitent principalement des conséquences de cette pathologie.

Objectif : Cette revue de la littérature cherche à mettre en évidence le dépistage et la prise en charge associés au traumatisme psychique de l'accouchement, en vue d'améliorer le rôle sage-femme dans l'accompagnement des femmes.

Stratégies de recherche : De nombreux mots-clés ont permis de sélectionner 6 études et 2 revues de la littérature à travers les moteurs de recherche « Medline » via « Pubmed » et « PsychInfo ». Ces 8 articles ont été publiés en anglais entre 2003 et 2010.

Résultats : Le vécu d'accouchement dépend majoritairement de l'histoire personnelle de chaque femme. En ce qui concerne la prise en charge, le débriefing n'est pas statistiquement significatif bien que les femmes expriment un fort désir de parler de leur vécu d'accouchement.

Conclusion : Il semblerait bénéfique que les sages-femmes puissent aborder systématiquement et consciencieusement le vécu de l'accouchement avec toutes les femmes au post-partum, tout en sachant orienter vers des professionnels spécialisés celles ayant eu un traumatisme.

Mots-clés : « Childbirth », « Trauma », « Lived », « PTSD » et « Debriefing ».

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout particulièrement Barbara pour son accompagnement, sa grande disponibilité, ses conseils et son soutien.

Un grand merci également à Antonina Chilin, qui nous a consacré du temps pour nous parler de sa pratique professionnelle et de son expérience.

Enfin, nous remercions l'ensemble de nos familles pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	7
2. METHODOLOGIE.....	9
3. CADRE DE REFERENCE.....	13
3.1. Le stress	13
3.2. Les principaux troubles psychiques liés à la maternité	14
3.2.1. Baby blues	14
3.2.2. Dépression périnatale	15
3.2.3. Psychose du post-partum.....	19
3.2.4. Tableau récapitulatif.....	21
3.3. Le traumatisme	22
3.3.1. Qu'est-ce qu'un traumatisme, au sens large ?.....	22
3.3.2. Le traumatisme physique	22
3.3.3. Le traumatisme psychique.....	25
3.3.4. Physiopathologie du traumatisme	27
3.3.5. Accouchement, événement potentiellement traumatogène ?	29
3.4. Le stress post-traumatique	33
3.4.1. Définition	33
3.4.2. Mécanismes	35
3.4.3. Epidémiologie	36
3.4.4. Outils de dépistage et d'évaluation	36

3.4.5.	Thérapies possibles	37
4.	ANALYSE DES RESULTATS.....	40
4.1.	Existe-t-il des facteurs de risque de la peur d'accoucher ?.....	48
4.2.	Par quels moyens peut-on dépister au mieux les femmes ayant peur d'accoucher ?	48
4.3.	Quelles sont les causes d'un mauvais vécu de l'accouchement ?	49
4.4.	Quelles sont les conséquences d'un mauvais vécu de l'accouchement ?.....	49
4.5.	Quelles sont les stratégies utilisées par les mères pour pallier à ce mauvais vécu ?.	51
4.6.	Quelle prise en charge peut-on offrir à ces femmes ?	53
4.6.1.	Débriefing.....	53
4.6.2.	Counseling.....	54
4.6.3.	Eye Mouvement Desensitisation and Reprocessing (EMDR).....	55
4.6.4.	Thérapie cognitivo-comportementale	56
4.6.5.	Entretien	56
4.6.6.	Espace de parole.....	57
5.	DISCUSSION	58
5.1.	Existe-t-il des facteurs de risque de la peur d'accoucher ?.....	58
5.2.	Par quels moyens peut-on dépister au mieux les femmes ayant peur d'accoucher ?	58
5.3.	Quelles sont les causes d'un mauvais vécu de l'accouchement ?	59
5.4.	Quelles sont les conséquences d'un mauvais vécu de l'accouchement ?.....	60
5.5.	Quelle prise en charge peut-on offrir à ces femmes ?	61
5.5.1.	Débriefing.....	61
5.5.2.	Counseling.....	61

5.5.3.	Entretien	62
5.5.4.	Espace de parole	62
6.	RETOUR DANS LA PRATIQUE.....	63
7.	CONCLUSION.....	66
8.	BIBLIOGRAPHE	68
9.	ANNEXES	76
	Article [1]: <i>Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history</i> .	77
	Article [2]: <i>Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented consulting ?</i>	78
	Article [3]: <i>Previous birth experience in women with intense fear of childbirth</i>	79
	Article [4]: <i>Post-traumatic stress disorder due to childbirth</i>	80
	Article [5]: <i>Subsequent childbirth after a previous traumatic birth</i>	81
	Article [6]: <i>Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth : exploring the gap between the evidence and UK policy and practice</i>	82
	Article [7]: <i>Management of post traumatic stress disorder after childbirth : a review</i>	83
	Article [8]: <i>Midwives' experience of encountering women with post-traumatic symptoms after childbirth</i>	84
	Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) : <i>version anglaise</i>	85
	Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) : <i>version française</i>	86
	Autres outils d'évaluation utilisés dans nos revues de la littérature [6] et [7].....	87

1. INTRODUCTION

Qui n'a jamais entendu dans sa pratique sage-femme, une mère émerveillée par la naissance de son enfant, nous remercier pour ce si bel accouchement ? Et pourtant ... Avec notre regard professionnel, nous avons perçu son accouchement de façon brutale, envahissante, déshumanisante ou encore violente, en regard des multiples interventions médicales et des risques encourus. Et à l'inverse, qui n'a jamais été surpris d'entendre une femme exprimant sa souffrance quant au vécu de son accouchement, alors que celui-ci était sans complications obstétricales ? Ce sont ces situations rencontrées en stage qui nous ont interpellées et amenées à nous interroger sur le vécu de l'accouchement.

En effet, nous pensons que toute femme accouche pour devenir mère, mais qu'aucune ne le vit de la même manière. Alors qu'est-ce qui peut influencer le vécu de l'accouchement ? Nous savons que la société dans laquelle nous vivons véhicule une image de la naissance qui se doit d'être « heureuse ». Dans ce sens, on peut s'interroger sur l'impact du décalage entre les représentations et la réalité. Sous l'influence de ces messages, la femme peut prévoir, idéaliser, parfois même fantasmer sur son accouchement. De ce fait, est-ce des attentes inaccomplies qui modifient le vécu de l'accouchement ?

Au-delà de ces messages véhiculés, les femmes peuvent recevoir des informations à travers d'autres canaux comme les cours de préparation à la naissance, des lectures, ou des témoignages de leur entourage. Malgré tout, l'accouchement garde toujours une part d'inconnu plus ou moins importante pour les parturientes. Alors, est-ce que leur vécu dépend de la capacité de chacune à faire face à l'inconnu ?

La mise au monde d'un enfant est une étape à franchir dans le processus de maternité. Cependant, elle peut prendre une place et une importance différentes. Certaines la vivront comme un passage obligé, d'autres comme un passage symbolique pour devenir mère, ou bien comme faisant partie intégrante du processus global de la maternité. En cela, est-ce le sens que chaque femme donne à cet événement qui modifie les perceptions de ce dernier ?

Depuis le début de notre formation, nous avons pris conscience de toute la complexité de la maternité et, spécifiquement, de tous les enjeux qui se cachent derrière l'accouchement. En effet, nous savons que la maternité « *au même titre que l'adolescence, ... est une période de conflictualité exagérée, une crise maturative* » (Bydlowski, 2000) qui aboutit à une adaptation, des changements, une maturité ou encore une réorganisation de la vie. D'ailleurs, D. Stern, décrit pour la femme, un état psychique particulier, appelé « *constellation maternelle* » (Stern, 1995). Ce concept comporte 4 thèmes qui soulèvent plusieurs questions :

- Croissance de vie : Peut-elle garder un enfant vivant ? Peut-elle assurer son développement ?
- Relation primaire : Peut-elle s'engager émotionnellement ? Peut-elle aimer son bébé ? Peut-elle ressentir que son bébé l'aime ?
- Matrice de soutien : Saura-t-elle assurer le soutien nécessaire pour son bébé ?
- Réorganisation identitaire : Saura-t-elle passer de fille à mère ?

En tant que futures professionnelles, nous pouvons nous interroger sur le rôle des sages-femmes en de telles circonstances. De quelles manières influencent-elles ce vécu ? Et par conséquent, on se demande également quel est l'impact de la médicalisation.

Cependant, la réponse à ces questions ne trouvera un sens que si nous nous interrogeons également sur les conséquences et les répercussions du vécu de cette expérience. En parallèle, nous pouvons nous demander quels sont les moyens permettant d'évaluer ces impacts et quelle importance leur accorder.

Toutes ces questions nous amènent, finalement, à cibler notre intérêt professionnel sur la manière dont on peut accompagner les femmes, en particulier celles qui ont vécu leur accouchement de façon négative voire traumatique. En effet, nous supposons qu'un tel vécu peut engendrer de plus grandes difficultés à faire face à cette période de vulnérabilité.

2. METHODOLOGIE

Nous avons commencé nos recherches avec les bases de données accessibles par l'école et sélectionné deux moteurs de recherche principaux : *Medline via Pubmed* et *PsychINFO*. Nous avons choisi ces deux moteurs de recherche parce qu'ils incluaient à la fois le domaine obstétrical (lié à l'accouchement) et le domaine psychologie/psychiatrie (lié au stress).

Dans un premier temps, nous avons utilisé les mots-clés suivants : « accouchement », « naissance », « peur », « angoisse », « psychologique », « conséquences » et « stress » que nous avons respectivement traduits en anglais grâce à *Hon Select* par « delivery », « birth », « fear », « anxiety », « psychological », « consequences » et « stress disorder ». Ces mots-clés ont été associés entre eux à l'aide du « AND ». En faisant un récapitulatif de l'ensemble des recherches faites sur les deux moteurs de recherche, *Medline via Pubmed* et *PsychINFO*, la combinaison de « delivery AND fear » nous a proposé 1248 articles ; de la même façon « delivery AND stress disorder » : 524 articles, « delivery AND stress disorder AND anxiety » : 92 articles, « delivery AND fear AND consequences » : 68 articles, « delivery AND fear AND psychological » : 241 articles. Parmi tous ces articles trouvés, aucun ne correspondait réellement à notre sujet.

« Stress disorder AND childbirth » : 157 articles sont référencés dont :

- Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth.. *Nursing Research*, 53(4). 216-224.
- Beck, C. T. et Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59(4). 241-249.

« Fear AND childbirth » : 382 articles dont :

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E et, Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116. 67–73.

Suite à cette recherche, ces 3 articles ont retenus notre attention puisqu'ils répondaient à notre première question de recherche. Après les avoir analysés, ils nous ont permis de cibler et de préciser notre question de recherche sur la prise en charge des femmes et pas seulement sur les conséquences d'un accouchement traumatique.

Ainsi, dans un deuxième temps, nous avons poursuivi notre recherche avec de nouveaux mots-clés : « traumatisme », « naissance », « antécédents », « suite », « vécu », et « impact » qui ont été traduits respectivement par « trauma », « childbirth », « previous », « following », « lived », et « impact ». Grâce à la combinaison de ces termes, nous avons trouvé pour « trauma AND childbirth » : 896 articles, « trauma AND childbirth AND previous » : 56 articles, « trauma AND childbirth AND following » : 145 articles, « trauma AND childbirth AND lived » : 3 articles.

Toutefois, la plupart de ces études s'attachait à présenter uniquement le dépistage et le diagnostic du traumatisme lié à l'accouchement et non pas de la prise en charge suite au diagnostic. Ce n'était donc pas suffisant pour notre travail. C'est pourquoi, nous avons associé à ces termes d'autres mots-clés « syndrome de stress post-traumatique » et « débriefing », traduits par « post traumatic stress disorder » et « debriefing ». En associant ces deux derniers avec « delivery » et la liste des mots-clé précédents, nous avons obtenu : « trauma AND childbirth AND debriefing » : 3 articles.

« Trauma AND childbirth AND previous AND impact » : 4 articles, parmi lesquels nous avons choisi :

- Nilsson, C., Bondas, T. et Lundgren, I. (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 298-309.

« Fear AND birth AND psychiatric disorders » : 2 articles sur PsychInfo dont :

- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T. et Oian, P. (2006). Maternal request for cesarian section due to fear of birth: Can it be changed trough crisis-oriented counselling ? *Birth*, 33(3). 221-227.

« Post traumatic stress disorder AND childbirth » : 100 articles parmi lesquels nous avons retrouvé (Beck, C. T. et al. 2010) et (Beck, C. T. et al. 2004) et sélectionné :

- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C., et Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrcis and Gynecology*, 31(3), 113-122.
- Nyberg, K., Lindberg, I. et Öhrling, K. (2010). Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 55-60.

« Childbirth AND debriefing AND stress » : 6 articles à la suite desquels nous avons retrouvé l'article cité précédent (Lapp, L. K. et al, 2010) ainsi que l'article suivant :

- Priest S.R., Henderson J., Evans S. F., Hagan R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *The Medica Journal of Australia*, 178, 542-545.

« Post traumatic stress disorder AND debriefing AND delivery » : 8 articles parmi lesquels nous avons retenu :

- Rowan, C., Bick, D., Da Silva Bastos, M.H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the

gap between evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 97-105.

Finally, after all these steps, we chose 8 articles that would be relevant to address at once screening, diagnosis and management. In doing our selection, we wanted to include as well qualitative as quantitative studies in order to have a more global vision. We were also concerned about the size of the samples, the reliability of the authors and the relevance and proximity of the subject to the research question.

3. CADRE DE REFERENCE

3.1. Le stress

La définition du stress est influencée par plusieurs disciplines qui sont la médecine, la psychologie et la sociologie.

- Au niveau biologique, le stress est défini comme une réponse de l'organisme permettant le maintien de son équilibre biologique dans un état fonctionnel.
- En psychologie, le stress comprend une notion de changement, nommée contrainte, ayant une cause extérieure provoquant une réaction, et une notion d'adaptation à cette contrainte.
- En sociologie, il s'agit d'une réaction en chaîne de l'organisme due à des pressions excessives menaçant son équilibre.
- En ce qui concerne la réponse chimique du corps, les mécanismes seront décrits sous la partie « *Physiopathologie du traumatisme* ». (Cf. p.27)

En résumé, le stress peut être défini comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques utilisés par un organisme confronté à des pressions ou des contraintes de la part de son environnement, le tout dépendant toujours de la perception des dites pressions de la part de l'individu les vivant.

Le stress est souvent associé aux émotions de peur et de colère. Cependant, les émotions positives comme une grande joie et un grand succès, produisent également un stress pour l'organisme. Le stress peut être bénéfique comme nuisible pour l'organisme. Si le niveau de stress est adapté à la situation, à l'action, il sera bénéfique. Par contre, si ce dernier est disproportionné, il renforcera la tension, dès lors, des conséquences physiologiques et psychologiques surviendront. Lors d'un stress trop fort ou prolongé, la production accrue de cortisol entraînera une saturation au niveau de l'hippocampe. Cette saturation aboutira à l'invasion du cerveau par le cortisol qui provoquera l'installation d'une dépression.

La survenue de la maternité au cours d'une vie est un événement particulier et bouleversant. Il s'agit d'un changement irréversible pour les individus le vivant. Semblable à tout changement, elle peut être source de stress.

Comme vu précédemment, le stress peut être bénéfique comme nuisible, et cela, également dans le domaine de la maternité. Lorsqu'il est néfaste, il peut ainsi engendrer des troubles divers.

3.2. Les principaux troubles psychiques liés à la maternité

3.2.1. Baby blues

Le baby-blues est un événement physiologique qui apparaît dans les jours qui suivent l'accouchement, avec un pic d'intensité entre le 3^{ème} jour et 5^{ème} jour post-partum, et touche plus de la moitié des femmes (Nanzer, 2009). Selon N. Nanzer, pédopsychiatre et psychanalyste à la Guidance infantile de Genève, il existe des facteurs pouvant prédisposer au baby-blues : le contexte social précaire, un enfant de sexe masculin, des tensions conjugales et une situation de stress, une dépression ou une anxiété en fin de grossesse. Toutefois, elle met en évidence que d'autres facteurs ne sont pas corrélés au baby-blues, à savoir l'âge de la mère, le niveau socio-économique, l'origine ethnique, le nombre d'enfants, l'allaitement, les antécédents psychiatriques de la mère et surtout les circonstances obstétricales.

Le baby-blues est en quelque sorte une période « de creux » qui se traduit par des pleurs, une labilité émotionnelle, une irritabilité et un découragement de la mère. Ces manifestations cèdent spontanément si l'entourage de la mère est suffisamment rassurant et contenant.

Ce phénomène est dû à la chute hormonale brutale des œstrogènes et correspond à un état d'adaptation permettant d'instaurer les liens mère/enfant. « *La mère réalise que son enfant n'est plus une partie d'elle, mais qu'il est un autre, extérieur à elle ; une nouvelle relation est à créer.* » (Nanzer, 2009)

3.2.2. Dépression périnatale

3.2.2.1. Définition

La dépression, selon la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10) (Cf. p.26), est définie par la présence d'un nombre minimum de symptômes au cours des 15 derniers jours.

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 d'après Boyer, 1999, Dépression et santé publique.

A. Critères généraux (obligatoires)

G1. L'épisode dépressif doit persister **au moins 2 semaines**.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total **d'au moins quatre symptômes** :

- (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

La dépression répond à une définition similaire selon *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (Cf. p.25).

La dépression en lien avec la maternité s'appelle « dépression périnatale » (DPN), elle peut survenir avant et/ou après l'accouchement. Au cours de sa vie, une femme a un risque de 10 à 25% de faire une dépression, et ce risque est majeur entre 20 et 40 ans, tranche d'âge de la maternité. Les symptômes retrouvés sont les mêmes que ceux d'une dépression, mais la tristesse et le ralentissement sont moins fréquents, au contraire la culpabilité, la nervosité et la dévalorisation sont accentuées (Nanzer, 2011).

Deux types de DPN ont été mis en évidence :

- Les femmes qui sont susceptibles de subir une DPN auront tendance à faire une récurrence lors d'une maternité ultérieure, mais n'auront pas de risque augmenté de faire des dépressions dans d'autres périodes de la vie.
- Les femmes susceptibles de subir une dépression en général, c'est-à-dire à risque de faire une dépression à tout moment de leur vie, maternité comprise.

La dépression prénatale (avant l'accouchement) touche **15%** des femmes (Nanzer, 2009).

La dépression du post-partum est une pathologie qui se retrouve chez **13%** des mamans (Nanzer, 2009). Il s'agit d'une maladie d'intensité variable qui survient dans l'année qui suit l'accouchement. Le plus souvent elle se manifeste dans les 3 premiers mois. Elle est diagnostiquée par des symptômes dépressifs qui persistent plus de 2 semaines. Sa durée est très variable, entre 2 semaines et plusieurs années. Le plus souvent, elle nécessite une médicalisation pour éviter une chronicité, mais une guérison spontanée peut être possible.

La grande différence de la dépression en général avec la DPN et surtout avec la dépression du post-partum, se retrouve dans le fait que la mère doit s'occuper non seulement d'elle-même mais aussi de son (futur) bébé, et cette pathologie peut avoir des répercussions sur la relation avec son enfant et aussi sur son développement. Une mère affectée par une dépression est peu disponible psychologiquement, et la relation avec son enfant peut être perturbée dans sa qualité comme dans sa quantité. Il y a un risque de négligence, de maltraitance et de carence. On peut retrouver chez l'enfant des troubles fonctionnels (appétit, sommeil, pleurs), des troubles du comportement, des troubles de l'humeur et des troubles du développement cognitif et moteur.

Malgré le fait que l'on parle souvent de DPN pour les mères, il faut savoir que la DPN touche aussi **11%** des pères (Nanzer, 2011).

3.2.2.2. Outils de dépistage et d'évaluation de la dépression post-natale

L'outil qui est actuellement utilisé et recommandé s'appelle l' « Edinburgh Postnatal Depression Scale » (EPDS) qui signifie « Echelle de dépression post-partum d'Edimbourg ». (Cf. Annexes IXa et IXb). Il s'agit d'un test de dépistage précoce permettant de dépister à la fois les mères à risque de développer une dépression postnatale et, dans les premières semaines du post-partum, les mères souffrant d'une dépression du post-partum. Cette échelle regroupe 10 questions pour lesquelles 4 réponses possibles sont proposées. La mère indique la réponse qui est au plus près de son ressenti de la semaine précédente. Les réponses sont notées de 0 à 3 selon la sévérité des symptômes. Une fois le score établi, les femmes ayant obtenu un résultat \geq à 10 devraient être aiguillées vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale. Un résultat \geq à 13 pourrait indiquer une dépression majeure. L'échelle EPDS devrait être également accompagnée d'une évaluation clinique, afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. En cas de résultat douteux, le test peut être répété une ou deux semaines plus tard. A noter que cette échelle n'a pas pour but de détecter des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.

Il existe toutefois d'autres outils pour évaluer la dépression en général.

➤ L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) a été créée en Angleterre par Zigmond et Snaith. C'est un questionnaire composé de 14 items, permettant d'évaluer la symptomatologie anxieuse et dépressive. Elle permet de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement, mais également de servir d'instrument de dépistage.

Le questionnaire est composé de 14 questions avec 4 réponses possibles. Chaque réponse est cotée de 0 à 3. L'intervalle des notes finales s'étend de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :

- Un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas
- Un score entre 8 et 10 = cas douteux
- Un score supérieur ou égal à 11 = cas certain

➤ Le Clinical Global Impression (CGI) est une échelle en 7 points permettant de déterminer le niveau de gravité de l'état dépressif d'un patient. Le soignant se base sur son expérience clinique pour attribuer le score.

Les 7 points sont :

0 = Non évalué

1 = Normal, pas du tout malade

2 = A la limite

3 = Légèrement malade

4 = Modérément malade

5 = Manifestement malade

6 = Gravement malade

7 = Parmi les patients les plus malades

➤ La Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) est une interview semi-structurée à propos de la psychobiologie de la dépression qui a été créée par le National Institute of Mental Health (NIMH). La SADS comprend deux séances. La première (SADS I) s'intéresse à un épisode actuel ou à un épisode s'étant produit au cours de la dernière année. La deuxième séance (SADS II) est ciblée sur l'anamnèse psychiatrique et sur les traitements, mais elle prend aussi en considération les éventuels troubles chroniques qui peuvent être présents au moment de l'évaluation.

➤ La Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) mesure les trois états émotionnels suivants : la dépression, l'anxiété et le stress. Il s'agit d'une échelle de 21 items (7 items pour chaque état émotionnel). Chaque item a 4 réponses possibles (0 = « Ne s'applique pas du tout à moi », jusqu'à 3 = « S'applique beaucoup à moi ou la plupart du temps »). Plus le score est élevé, plus le niveau de détresse est important.

- L'échelle des croyances dysfonctionnelles (DAS) a été créée par le Dr. A. Weissman afin de mettre en évidence chez une personne les postulats silencieux qui pourraient potentiellement induire une dépression. Ce test permet de soulever les points vulnérables d'un patient même si ce dernier n'est pas dépressif.

- Le Brief Symptom Inventory (BSI) est une échelle évaluant l'état de détresse psychologique et les symptômes d'un patient sur les sept derniers jours. Ce questionnaire permet d'évaluer 9 dimensions symptomatiques primaires (somatisation, trouble obsessionnel-compulsif, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïaque et psychotique). Les réponses se présentent sur une échelle de 5 points, de 0 = « Pas du tout » à 4 = « Extrêmement ».

- L'échelle SCL (Symptoms Checklist) est le reflet de la détresse et de la fatigue psychologiques. Il s'agit de la révision d'une autre échelle (HSCL), à laquelle 32 items ont été rajoutés afin d'évaluer d'autres psychopathologies. Cette échelle évalue également les 9 dimensions symptomatiques primaires citées précédemment. La personne soumise au questionnaire répond à ces symptômes à l'aide d'une échelle en 5 points pour laquelle 0 équivaut à la réponse « Pas de tout », et 4 à « Excessivement ».

3.2.3. Psychose du post-partum

3.2.3.1. Définition

La psychose du post-partum est une pathologie rare mais grave, elle touche entre **0,1 et 0,3%** des mères, dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement. Selon N. Nanzer, il s'agit d'un « *état selon lequel la perception et la compréhension de la réalité sont altérées. Les comportements de la personne sont désorganisés sans que la personne n'en ait conscience.* » (Nanzer, 2009)

Les symptômes sont ceux d'une dépression grave accompagnée de signes psychotiques tels qu'une pensée désorganisée, des comportements étranges, des idées délirantes ou paranoïaques ainsi que des hallucinations.

3.2.3.2. Facteurs de risque

- Avoir un antécédent d'hospitalisation psychiatrique augmente le risque de 100 fois (Nanzer, 2009)
- Avoir un antécédent de psychose du post-partum augmente le risque de 15 à 30 fois (Nanzer, 2009)
- Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire ont 50% de risque (et 70% en cas d'arrêt de traitement) (Nanzer, 2009)
- Avoir une histoire familiale de trouble bipolaire ou trouble de l'humeur
- Âge maternel > 35 ans
- Avoir eu des difficultés relationnelles avec sa propre mère
- Avoir une situation socio-économique défavorable durant la grossesse

3.2.3.3. Prise en charge

La prise en charge doit être très rapide pour éviter le risque de suicide et d'infanticide. Une hospitalisation en milieu psychiatrique ainsi qu'une médication est la plupart du temps nécessaire.

L'évolution est souvent favorable et accompagnée d'une résolution des symptômes si un traitement adéquat est initié. Il y a environ 70% de guérison définitive, 20-30% de rechutes lors de grossesses ultérieures et 10-15% d'évolution vers un trouble bipolaire ou une schizophrénie. (Nanzer, 2009)

3.2.4. Tableau récapitulatif

	Baby blues	Dépression du post-partum	Psychose du post-partum
Type de trouble	Trouble léger N'est pas considéré comme une maladie	Maladie d'intensité variable	Maladie grave
Particularités	Forte émotivité Humeur labile Ne dure pas plus de quelques jours	Symptômes dépressifs persistants plus de 2 semaines	Confusion, discours et comportement étrange, idées délirantes
Fréquence	> 50 %	13 %	0,1 à 0,3 %
Moment d'apparition	Entre le 2 et le 5 ^{ème} jour après l'accouchement	Variable, dans l'année qui suit l'accouchement. Pic au cours des 3 premiers mois	Dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement
Durée	Courte : 1 semaine maximum	De 2 semaines à plusieurs années	De quelques semaines à quelques mois
Nécessité de soins	Non. Du repos et une attitude soutenante de l'entourage suffisent	Oui, sinon risque de chronicité. Parfois rémission spontanée	Oui, de manière urgente. Risque de suicide ou d'infanticide. Hospitalisation

(Nanzer, 2011)

Finalement, selon les facteurs de risques cités précédemment, aucun de ces trois troubles psychiques n'est lié au vécu subjectif de l'accouchement. Or, c'est bien la subjectivité de la personne qui vit l'accouchement qui le détermine comme événement traumatogène ou non. Si l'événement potentiellement traumatogène est vécu comme traumatique, alors la personne peut développer un état de stress post-traumatique. D'ailleurs, selon une étude prospective regroupant 289 femmes, la prévalence de l'état de stress post-traumatique survenant suite à un accouchement serait de **1,5 à 6%**. (Ayers, 2001)

3.3. Le traumatisme

3.3.1. Qu'est-ce qu'un traumatisme, au sens large ?

Selon le dictionnaire *Larousse*, le traumatisme est défini par l' « *ensemble des troubles provoqués par une blessure, un choc, une émotion violente* ». Un traumatisme peut donc être physique comme psychique.

3.3.2. Le traumatisme physique

3.3.2.1. Définition

Selon le dictionnaire *Larousse*, un traumatisme physique se définit par l' « *ensemble des troubles physiques et des lésions d'un tissu, d'un organe ou d'une partie du corps, provoqués accidentellement par un agent extérieur* ». En ce sens, l'accouchement peut provoquer des traumatismes aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

3.3.2.2. Traumatisme physique et accouchement

Les traumatismes physiques les plus souvent retrouvés chez la mère sont les lésions du périnée. Ces lésions ont été classifiées selon les couches d'atteintes :

- Déchirure périnéale de degré I : muqueuse vaginale et peau périnéale
- Déchirure périnéale de degré II : peau, muqueuse vaginale et muscles superficiels (centre tendineux du périnée, transverses et bulbo-spongieux)
- Déchirure périnéale de degré III : déchirure de degré II avec le sphincter externe de l'anوس (dans la nomenclature française). Selon les anglo-saxons, il y a une autre distinction :
 - III a : < 50% du sphincter anal externe atteint
 - III b : > 50% du sphincter anal externe atteint
 - III c : Les sphincters anaux externe et interne sont atteints, mais la muqueuse anale est intacte
- Déchirure périnéale de degré IV : la paroi rectale est rompue, il y a une communication entre le vagin et le rectum.

Les deux premières lésions sont aussi classifiées comme des déchirures simples, les deux autres comme complexes.

D'autres lésions possibles sont celles qui touchent le vagin (déchirures vaginales), le col de l'utérus (déchirures cervicales), le capuchon ou le frein du clitoris (déchirures clitoridiennes), les déchirures des petites lèvres (déchirures nymphales), les lésions superficielles de la peau et/ou de la muqueuse (éraillures). Des lésions importantes se manifestent chez les femmes qui ont subi une mutilation génitale.

L'épisiotomie est également un autre traumatisme lié à l'accouchement. Elle se définit comme la section des muscles périnéaux, touchant les mêmes couches que la déchirure de degré II. Cette incision permet l'élargissement du canal pour l'accouchement. Il en existe 3 types :

- Latérale (très peu pratiquée, voire abandonnée)
- Médio-latérale (la plus souvent pratiquée)
- Médiane

La fréquence des épisiotomies en Suisse est de 46%, et 30% à Genève. Environ 60% des femmes auront soit une déchirure, soit une épisiotomie lors de leur accouchement (Nunno, 2010).

D'autre part, la césarienne est aussi un traumatisme pour le corps, puisqu'il s'agit d'une incision de plusieurs couches de l'abdomen (peau, tissus sous-cutanés, aponévrose des muscles, ligne blanche, péritoine pariétal, péritoine vésico-utérin, utérus). De plus, des complications liées à cette intervention sont possibles (lésions intestinales et/ou urinaires).

Les accouchements instrumentés (forceps et/ou ventouse) peuvent être également source de traumatisme autant pour l'enfant que pour la mère.

Les lésions physiques qui touchent l'enfant sont différentes dans leur gravité. On retrouve principalement :

- La bosse sérosanguine : Il s'agit d'une collection du sérum et de sang au-dessus de périoste. Elle est très fréquente, sans complication et disparaît en 12-24 heures.
- Le céphalématome : C'est une collection de sang sous le périoste. Il est souvent associé à l'utilisation des forceps. Dans 5 à 15% des cas, on retrouve une fracture du crâne associée.
- L'hématome sous-galéal : Il se définit par un saignement entre l'aponévrose du scalp et le périoste (Incidence de 0,8%). Il est également associé à l'utilisation de forceps ou de ventouse. De même que le céphalématome, on peut retrouver une fracture du crâne associée.
- L'hémorragie intracrânienne : L'incidence est de 1/1900 s'il s'agit d'un accouchement par voie basse et de 1/2750 en cas de naissance par césarienne. Néanmoins, ce taux augmente en cas de naissance par forceps (1/664), ventouse (1/860), ou en cas de césarienne en cours de travail (1/907). (Fluss, 2010)
- Les parésies faciales : Elles sont causées par une compression du nerf facial (Incidence de 0,06 à 0,7%). La guérison se fait en moins de 2 semaines.

- La parésie du plexus brachial : Il s'agit d'une faiblesse ou d'une paralysie totale des muscles innervés par les racines nerveuses entre C5 et T1 (Incidence 1-2‰ qui augmente avec l'augmentation du poids). Elle est causée par une traction exercée sur la tête en cas d'accouchement par voie basse en position céphalique, ou par une traction exercée sur l'épaule en cas d'accouchement par le siège.
- La fracture de la clavicule : Elle est principalement retrouvée en cas de dystocie ou de difficulté aux épaules ou en cas de présentation transverse lors d'une césarienne.
- La fracture du fémur : Elle peut être observée en cas de césarienne avec une présentation podalique.

3.3.3. Le traumatisme psychique

3.3.3.1. Historique

Le traumatisme psychique vient du grec « blessure avec effraction ». Les réactions psychotraumatiques n'ont suscité de l'intérêt pour le monde médical qu'au début du XIX^{ème} siècle. En 1809, la première description du traumatisme a été réalisée par Philippe Pinel, il parlera de « névrose traumatique » dans son *Traité pour l'humanisation des traitements d'aliénés*. Puis, dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, des scientifiques français et anglais se sont penchés sur les réactions post-traumatiques suite aux accidents ferroviaires. Ensuite, tout au long du XX^{ème} siècle, la succession des guerres (Première et Seconde Guerre Mondiales, Guerre d'Algérie et Guerre du Vietnam) ont été propices aux nouvelles théories de « névrose traumatique » décrite par S. Freud, et d'autres psychiatres qui commenceront à mettre en place certaines thérapies. Enfin, en 1980, le terme de « stress post-traumatique » est reconnu et défini spécifiquement par le DSM-III (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

3.3.3.2. DSM

« The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM) est la classification standard des troubles mentaux utilisée par les professionnels de la santé mentale aux Etats-Unis (psychiatres, médecins, psychologues, assistants sociaux, infirmières, et conseillers).

Elle est destinée à être appliquée dans de nombreux contextes (biologique, psychodynamique, cognitif, comportemental, interpersonnel, familial). Elle a été conçue pour l'utilisation de différentes situations cliniques (hospitalières et extrahospitalières). C'est également un outil pour répertorier et communiquer les statistiques de santé publique à ce sujet.

Depuis 1952, plusieurs éditions ont été publiées. La quatrième édition du DSM (DSM-IV) est la plus récente et date de 1994. Auparavant, les maladies mentales avaient été répertoriées pour la première fois dans la 6^{ème} édition du CIM (Classification Internationale des Maladies) en 1949.

3.3.3.3. CIM

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révisé, pour sa 6^{ème} édition, la liste internationale des causes de décès, rédigée en 1850, et la renomme en *Classification Internationale des Maladies* (CIM-6). Cette classification a pour objectif d'apporter des données épidémiologiques et statistiques.

Plusieurs éditions ont été publiées. A ce jour, la version en vigueur est la 10^{ème}. La 11^{ème} édition est soumise à l'Assemblée Mondiale de la Santé en vue de sa publication en 2015.

3.3.3.4. Définition du traumatisme psychique

Selon le DSM-IV, il s'agit de troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s).

3.3.4. Physiopathologie du traumatisme

3.3.4.1. Réponse habituelle lors d'un danger

Le Dr Salmona, psychiatre psycho-traumatologue (2009), explique que sur le plan cérébral, notre système d'alarme est géré par l'amygdale. En effet, cette petite structure cérébrale est chargée de décoder les émotions et les menaces extérieures afin d'activer notre réaction face au stress. La réponse émotionnelle de l'amygdale pour faire face au danger sera de 4 types :

- Réponse comportementale : comportement de sursaut, d'évitement, de fuite ou au contraire d'immobilisation (Les « 3 F » : Fear, Fight, Freeze).
- Réponse végétative immédiate qui active le système nerveux autonome sympathique avec libération de noradrénaline et d'adrénaline. L'adrénaline va augmenter l'activité cardiaque, augmenter la pression artérielle, entraîner une vasoconstriction des vaisseaux, augmenter la fréquence respiratoire et donc augmenter l'apport d'oxygène au niveau des organes, et faire également libérer du glucose. Les deux hormones facilitent la transmission de l'influx nerveux et la contraction musculaire.
- Réponse endocrinienne dans un deuxième temps (stimulus long), qui aboutit à la sécrétion de cortisol dont le but est de produire de l'énergie pour résister au stress.
- Réponse motivationnelle par une action de libération de dopamine.

Ainsi la réponse émotionnelle pour faire face au stress entraîne une réponse physiologique, psychologique et éventuellement psychomotrice après analyse de la situation. Cette analyse de la situation va permettre d'adapter la réponse de l'amygdale voire de l'éteindre lorsque la situation stressante sera résolue. Ensuite, la mémoire émotionnelle de l'événement sera intégrée par l'hippocampe et transformée en expérience.

3.3.4.2. Réponse émotionnelle dans le cas d'un traumatisme

Dr Salmona (2009) décrit qu' « *en cas de traumatisme, le caractère terrorisant, totalement imprévu, inconcevable, incompréhensible, fait s'effondrer toutes les certitudes acquises et confronte à sa propre mort, sans échappatoire possible, avec une impuissance totale (plus particulièrement quand les traumatismes se produisent là où l'on aurait dû se sentir en*

sécurité, comme dans l'univers familial, en cas d'agressions sexuelles et lorsque le traumatisme se répète sur une longue durée sans aucune possibilité d'y échapper). »

Au niveau cérébral, le cortex, sensé analyser et modérer les réactions, reçoit trop de signaux d'alerte et n'arrive plus à les gérer. L'amygdale est en surchauffe et son atténuation ne peut pas avoir lieu comme habituellement (en mobilisant par l'hippocampe les souvenirs permettant de comprendre ce qui se passe, de comparer, de trouver des solutions dans les apprentissages déjà acquis, de comprendre le contexte). L'amygdale reste activée et la réponse émotionnelle est maximale. La partie corticale du cerveau n'arrive pas à intégrer le stress extrême et tout comme un circuit électrique en survoltage, le cortex va faire « disjoncter » le circuit émotionnel, afin de protéger les organes vitaux. Pour cela, le cerveau va déclencher un « court-circuit » libérant des substances chimiques, la morphine et la kétamine, qui vont isoler le système d'alarme. La production d'hormones de stress est stoppée.

La victime est alors en état de sidération psychique, comme déconnectée de ses émotions et spectatrice de l'événement. C'est cette dissociation qui va lui permettre de rester en vie.

Toutefois, l'amygdale est déconnectée ainsi elle n'arrivera pas à évacuer le traumatisme vers l'hippocampe, le système de mémorisation et d'analyse des souvenirs. La mémoire émotionnelle est comme piégée, c'est pourquoi, il advient parfois des troubles de mémoire voire des amnésies traumatiques totales. Etant donné que la mémoire traumatique est piégée, c'est une « bombe à retardement » prête à exploser à l'occasion de tout stimulus en lien avec le traumatisme qui va activer l'amygdale hypersensible (rien ne peut la moduler puisqu'il n'y a pas d'informations ni de mémoire). L'amygdale va alors transmettre des informations "fantômes" au cortex telles que des flashback ou des images qui peuvent donner l'impression de revivre les violences (Cf. *Le stress post-traumatique* p33-36).

Pour échapper à cette souffrance, la victime va tenter de mettre en place des stratégies de survie et d' « auto-traitement » qui se traduisent par :

- Une hypervigilance avec une sensation de danger permanent. Cela peut entraîner notamment des troubles du sommeil importants, des douleurs musculaires, des troubles de la concentration et de l'attention.

- Une conduite d'évitement dans le but d'éviter tout ce qui pourrait être susceptible de rappeler le traumatisme. Cela entraîne un retrait social et affectif, des phobies d'obsessions, une peur de tout changement, une intolérance au stress, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs.

3.3.5. Accouchement, événement potentiellement traumatogène ?

3.3.5.1. Événement traumatogène

Tout événement peut être défini comme potentiellement traumatogène, c'est-à-dire qu'il peut être vécu de façon traumatique par une personne. Mais à l'inverse, parmi toutes les personnes exposées à un événement potentiellement traumatique, toutes ne le vivront pas sur un mode traumatique. Effectivement, ce n'est pas l'événement qui est traumatique mais c'est le vécu subjectif du sujet qui l'a subi.

Chaque individu est capable de mobiliser ses propres ressources afin de gérer au mieux un événement stressant donc potentiellement traumatogène. Cela s'appelle le « coping », terme provenant de l'anglais to cope, faire face. Il s'agit de l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique ou physique, de sorte que la représentation du stress se modifie. (Lazarus et Folkman, 1978)

On parle de « stratégies de coping » pour désigner l'ensemble des réponses que l'individu met en place afin de réduire ou de tolérer une situation dite de stress, comme par exemple, la relaxation, une activité distrayante (sport, cinéma), la consommation de substances (alcool, tabac), la recherche d'un soutien social, le déni, l'humour... Ce sont des stratégies d'ajustement.

On parle habituellement d'événement traumatogène en cas d'épisodes violents ou critiques, soit d'un point de vue physique, soit psychologique. Néanmoins, une expérience est potentiellement traumatogène, quand elle sort du « prévisible », ou de la « normalité ». Dans ces situations, la personne peut éprouver une sensation d'impuissance, une angoisse de mort,

et encore une paralysie. Suite à l'événement, la personne se trouve impuissante face à cette expérience et aux souvenirs liés à cette dernière.

On distingue deux types de traumatismes psychiques, selon le DSM-IV:

- Traumatisme psychique de type 1 : lorsque l'événement est unique, isolé, limité dans le temps. Ce type de traumatisme peut survenir, par exemple, après un accident, une catastrophe naturelle, mais aussi en cas d'agression physique, de viol, ou encore de deuil traumatique.
- Traumatisme psychique de type 2 : lorsque l'événement est répété ou durable. La personne est réexposée au même danger, à un péril comparable. Ce sont les cas des violences familiales et des guerres. Toutefois, on considère aussi que les secouristes peuvent vivre ce type de traumatisme puisqu'ils sont quotidiennement confrontés à cette variété d'événements.

3.3.5.2. Epidémiologie

Selon la Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive, « *Dans notre monde, la majorité des personnes est amenée à subir un événement traumatique. Le risque est de 60 à 80% chez les hommes et de 50 à 75% chez les femmes. En Europe, ils sont principalement provoqués par les accidents de la circulation, les expériences de violence et d'agression sexuelle ainsi que le décès d'une personne chère.* »

Les principaux traumatismes psychiques de type 2 qui surviennent chez les femmes sont les suivants :

- Guerres
- Violences faites aux femmes
 - Mutilations génitales
 - Mariage forcé
 - Prostitution
 - Violences conjugales : L'enquête Nationale des Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) menée en 2000 dévoile que 10% des

femmes sont concernées au cours des 12 mois précédents le questionnaire. De plus, en Suisse, on compte 1 femme sur 5 qui subit des violences conjugales physiques et 2 sur 5 pour des violences psychologiques (Gillioz, Ducret et De Puy, 1997).

- Violences sexuelles
 - En 2008, l'enquête menée par le Contexte de la Sexualité en France (CSF), par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) montre qu'il y a 120 000 viols en France par an, que 16% de femmes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie dont 59% avant 18 ans.
 - En 2010, l'enquête IPSOS (Institut de Sondages Français) souligne que 3% des français déclarent avoir été victimes d'inceste.
 - Les estimations du Ministère de la Santé quant aux agressions sexuelles seraient d'environ 1 fille sur 8 et 1 garçon sur 10 avant 18 ans, par des proches dans 70% à 80% des cas.
- Violences au travail
 - En 2000, l'enquête ENVEFF met en évidence que 16.7% des femmes subissent des pressions psychologiques au travail, 8.5% souffrent d'insultes et de violences verbales et 1.9% sont victimes d'agressions sexuelles.

L'accouchement, nous le savons, est générateur de stress et d'angoisse, quelque soit son issu. De ce fait, différents outils ont été créés afin d'évaluer la peur d'accoucher ainsi que la satisfaction éprouvée à la suite de la naissance.

3.3.5.3. Outils de dépistage de la peur liée à l'accouchement

En Suède, K. Wijma, psychologue clinicienne et professeur adjointe et B. Wijma, consultante et professeur adjointe à l'Hôpital Universitaire de Linköping, se sont intéressées, dans plusieurs de leurs études, à l'accouchement et au ressenti des femmes autour de cet événement. En 1998, elles ont développé un questionnaire : Le Wijima Delevry Expectancy/Experience (W-DEQ) : il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation dont le but est d'évaluer la peur liée à l'accouchement. Ce questionnaire contient 33 items à propos de la naissance.

Il existe deux versions : le W-DEQ A et le W-DEQ B. Le premier (A) est réalisé durant la grossesse en vue d'évaluer les sentiments et les pensées en lien avec l'accouchement. La deuxième version (B) se réalise après l'accouchement et sert à vérifier si l'expérience de l'accouchement a coïncidé ou non avec les attentes. Les questions ont toujours plusieurs réponses qui indiquent une sensation perçue ou non. Par exemple, pour le W-DEQ A : « Comment imaginez-vous être au moment du travail et de l'accouchement ? », et les réponses possibles sont « extrêmement faible – pas du tout faible ; extrêmement paniquée – pas du tout paniquée ; extrêmement confiante – pas du tout confiante ». Les scores varient du 5 pour « extrêmement » au 0 pour « pas du tout ». Un score total élevé indique une grande peur d'accoucher et un score >100 est le signe d'un problème clinique.

Un autre outil permettant d'évaluer les sentiments en lien avec la naissance s'appelle le Visual Analogue Scale (VAS) (Börjeson et al., 1997). Il s'agit d'un instrument de mesure qui cherche à évaluer une caractéristique ou une attitude difficilement mesurable. Cette évaluation est réalisée à travers une échelle de 0 à 10, la personne interrogée indique le degré se rapprochant le plus de sa sensation. Cette méthode est souvent utilisée pour évaluer la douleur. En français, on le traduit par l'« échelle visuelle analogique » (EVA). Dans nos études, elle a été utilisée pour évaluer la peur d'accoucher.

L'évaluation du vécu permet une meilleure prise en charge de la femme en cas de développement d'un trouble psychique majeur lié à l'accouchement.

3.4. Le stress post-traumatique

3.4.1. Définition

Selon le DSM-IV, pour diagnostiquer un état de stress post-traumatique ou « post-traumatic stress disorder » (PTSD) chez une personne, le sujet doit présenter les critères suivants :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à 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.

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flashback), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

(6) Restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

(2) Irritabilité ou accès de colère

(3) Difficultés de concentration

(4) Hypervigilance

(5) Réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

3.4.2. Mécanismes

Le stress post-traumatique est donc un ensemble de réactions ou de symptômes, cités ci-dessus, qui peuvent se développer chez un individu après avoir vécu, été témoin ou confronté à un traumatisme. (Cf. *Réponse émotionnelle lors d'un danger* p.27)

Ce syndrome peut toucher quiconque étant exposé à un événement potentiellement traumatisant. Bien que certains facteurs, comme par exemple, les traits de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent augmenter la probabilité de développer un stress post-traumatique, une expérience traumatique peut, à elle seule, provoquer ce syndrome chez des personnes n'ayant aucun antécédent particulier.

Le terme de PTSD est employé lorsque les réactions ou symptômes persistent ou apparaissent plus d'un mois après l'événement. La perturbation présente dans le premier mois post-événement sera plutôt nommée « état de stress aigu ». En général, les symptômes surviennent

dans les trois premiers mois après le traumatisme, bien que pour certains individus il existe un délai de plusieurs mois voire plusieurs années. La durée des symptômes est variable. Dans environ la moitié des cas, une guérison complète apparaît en trois mois, alors que pour d'autres les symptômes persistent au-delà de douze mois après l'événement. Pour la majorité des personnes chez qui le stress post-traumatique persiste plusieurs mois après le traumatisme, le passage du temps n'amènera pas un rétablissement sans traitement.

3.4.3. Epidémiologie

Selon l'Enquête de Santé Mentale en Population Générale (ESMPG) menée en 2005, 11% de la population générale aurait subi un état dépressif majeur et 0.7% souffrirait d'un état de stress post-traumatique.

Des études ont démontré une prédominance marquée du PTSD chez les femmes, bien que le taux d'exposition à des événements traumatiques soit plus élevé pour les hommes. Selon Kessler et al. (1995), les femmes sont exposées à des événements plus dévastateurs. En effet, 67,6% des femmes, contre 44,6% des hommes, ont été soumises à un événement fortement associé au développement un PTSD. Le viol étant pour les deux genres, l'événement le plus traumatisant ; 13 femmes pour 1 homme révèlent avoir été victimes d'un viol au cours de leur vie. (Jolly, 2003).

3.4.4. Outils de dépistage et d'évaluation

L'« Impact of Event Scale-Revised » (IES-R) est un test permettant de déterminer sommairement si le sujet souffre d'un état de stress post-traumatique.

Ce test regroupe 22 questions portées sur les symptômes pouvant apparaître après un événement traumatique. Chaque question comporte 5 réponses possibles cotées comme suit :

Pas du tout = 0 ; Un peu = 1 ; Moyennement = 2 ; Beaucoup = 3 ; Énormément = 4

Une fois le score établi, la grille des résultats permet de l'interpréter :

- Score entre 1 et 11 : Peu de symptômes de stress post-traumatique, aucune action n'est requise.
- Score entre 12 et 32 : Bon nombre de symptômes de stress post-traumatiques, à surveiller.
- Score > à 33 : Niveau de symptômes post-traumatiques correspondant à un trouble de stress post-traumatique, référer le sujet pour une évaluation approfondie.

Le « PTSD » est un questionnaire destiné au dépistage et au traitement du stress post-traumatique. Il comprend 17 items qui abordent les symptômes du PTSD. Les réponses montrent le niveau des symptômes à l'aide des scores : 1 équivaut à la réponse « pas du tout », et 5 à « excessivement ».

3.4.5. Thérapies possibles

3.4.5.1.1. Le débriefing

Cette méthode a été développée dans les années 1980 pour l'armée des Etats-Unis. Le débriefing consiste en une intervention ciblée et structurée qui, à travers un support psychologique, vise à empêcher le développement d'une réaction de stress aigu et d'un PTSD après un événement violent et grave. Il s'agit d'une méthode préventive. Toutefois, son efficacité n'est pas prouvée, les données statistiques et épidémiologiques manquent à ce sujet. Il ne s'agit pas d'une intervention thérapeutique ; son objectif est celui de normaliser les réactions traumatiques aiguës et de fortifier le « self empowerment » des victimes (Peren-Klingler, 2000). Le débriefing ne s'occupe pas des cas psychiatriques préexistants ou nouveaux, ni d'interventions de crise sur les lieux d'un drame ou d'une première expression des émotions (« defusing »).

Le débriefing est composé de deux séances. La première séance se déroule quelques jours après l'événement potentiellement traumatique et la deuxième environ 2 mois après.

- Première séance : Dans un premier temps, la personne (ou le groupe) décrit les faits sur un plan exclusivement cognitif. La personne peut être aidée avec des questions du type : Quand ? Où ? Qui ? Quoi ? Qu'avez-vous vu, fait, entendu ? La personne doit essayer de ne pas laisser place aux émotions. Le fait de délimiter l'événement traumatique dans le temps, aide la personne à comprendre que ce dernier a eu une durée limitée. Dans un second temps, la personne exprime ce qu'elle a ressenti et pensé au moment de l'événement traumatique, et ce qu'elle ressent désormais. Puis, une partie de la rencontre est utilisée pour ordonner et séparer les pensées des sentiments, afin d'élaborer des émotions. Enfin, une dernière partie est consacrée à expliquer à la victime ses réactions face au traumatisme.
- Deuxième séance : une évaluation de l'état de la personne est réalisée afin d'évaluer si une aide supplémentaire est nécessaire.

3.4.5.2. Le counseling

Le counseling est une méthode similaire au débriefing, cependant, il s'agit d'une intervention non structurée durant laquelle la personne a la possibilité de discuter de ses expériences d'une manière plus générale.

3.4.5.3. La thérapie cognitivo-comportementale

Les psychothérapies cognitives et comportementales, aussi appelées « thérapies cognitivo-comportementales » (TCC), se définissent comme des approches psychologiques structurées, limitées dans le temps, centrées sur la façon de réagir face aux difficultés rencontrées dans la réalité quotidienne, par une prise de conscience et une modification des pensées dysfonctionnelles et inadaptées. La TCC s'est montrée particulièrement efficace pour les patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux (ASPCo et al., 2007).

3.4.5.4. La thérapie d'exposition

Elle consiste à rapprocher la personne de l'objet qui est source de peur ou d'angoisse. Le rapprochement se fait graduellement afin de « désensibiliser » la personne, en lui montrant peu à peu que l'objet en cause n'est pas dangereux comme elle le croit. Chaque fois que la personne se rapproche de l'objet, elle est amenée à constater son intégrité et le fait qu'il n'y ait aucune atteinte envers elle. L'objet peut être physique, mais il peut être également abstrait tel qu'un souvenir, une odeur, ...

3.4.5.5. L'EMDR

L'EMDR signifie « Eye movement desensitization and reprocessing », traduit par « Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement (*de l'information*) ». Cette méthode à but psychothérapeutique a été découverte en 1987 par la psychologue américaine Francine Shapiro.

Elle consiste en une thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par des stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires ou autres). A travers cette méthode, on cherche à remettre en place un phénomène naturel, le traitement de l'information. En effet, certaines informations peuvent rester bloquées, comme à la suite d'un événement traumatique, puisque trop douloureuses.

D'autre part, l'EMDR permet la mobilisation de ressources psychiques et la restauration d'une atteinte de l'estime de soi. A travers le traitement de l'information, la personne peut « digérer » les phénomènes qui ont été source de souffrance, grâce à une remise à niveau des émotions, une résolution des déséquilibres psychocorporels, une restauration de l'estime de soi, et une intégration de souvenirs qui sont source de souffrance afin de n'être plus douloureux. Cette approche a pour but non pas d'effacer ni de changer le passé, mais de faire en sorte qu'il ne soit plus source de souffrance. (Association EMDR France, 2002).

4. ANALYSE DES RESULTATS

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
[1] <i>Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history</i>	<ul style="list-style-type: none"> H. Rouhe, E. Halmesamäk T. Siasto (Département d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Université de médecine d'Helsinki) <ul style="list-style-type: none"> K.Salmela-Aro (Département de psychologie à l'Université de Jyväskylä)	<i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> : 116 December 2008 Impact factor : 3,437	1400 femmes : 1276 pour le W-DEQ 1393 pour le VAS	Finlande Deux maternités de l'Hôpital Universitaire d'Helsinki (le Women's Hospital et le Jorvi Hospital)	Wijima Delevry Expectancy / Experience Questionnaire (W-DEQ) Visual Analogue Scale (VAS)	La peur est majeure pour : <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes nullipares - Augmente après 20 SA - Antécédent de césarienne ou d'accouchement par ventouse - Les femmes qui souhaitent une césarienne Les auteurs expliquent l'importance de détecter tôt cette peur afin de pouvoir agir au plus vite. Ils conseillent un accompagnement et une préparation à la naissance pour une meilleure prise en charge de cette peur et pour éviter des césariennes d'emblée. Ils proposent d'effectuer un VAS chez toutes les patientes vers la moitié de la grossesse, et de proposer le W-DEQ aux femmes ayant un VAS > 5,0.

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
<p>[2] <i>Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented consulting ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> H. Nerum L. Halvorsen P. Øian <p>(Département d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Hôpital Universitaire du North Norway)</p> <ul style="list-style-type: none"> T. Sørli <p>(Département de Clinique Psychiatrique IKM à l'Université Tromsø, en Norvège)</p>	<p><i>Birth Journal</i>, 33 : 3, Septembre 2006</p> <p>Impact factor : 1,821</p>	<p>86 parturientes ayant peur d'accoucher et demandant une césarienne électorive.</p> <p>Les données ont été recueillies à partir de lettres, de dossiers de soins prénataux et périnataux et également à partir d'un entretien mené 2 à 4 ans après la naissance</p>	Norvège	<p>L'équipe se compose de 2 sages-femmes spécialisées ayant une formation supplémentaire en santé mentale, ainsi que d'un consultant en obstétrique et en travail social. Cette équipe a rencontrée les parturientes plusieurs fois, pour une durée différente selon les besoins de la patiente.</p> <p>Les femmes avec une peur intense et avec un haut risque obstétrical étaient orientées vers le consultant.</p> <p>Les données ont été recueillies par des questionnaires envoyés par la poste 2 à 4 ans après la naissance.</p>	<p>La peur de la naissance est souvent accompagnée de problèmes psychosociaux comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'anxiété - Un état dépressif - Des troubles du comportement alimentaire - Des antécédents d'abus - Des troubles psychiatriques avec traitement <p>Ces femmes désirent une césarienne. Elles ont été envoyées dans un service spécialisé en lien avec la peur d'accoucher, et la plupart des femmes ont changé d'avis.</p>

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
[3] <i>Previous birth experience in women with intense fear of childbirth</i>	<ul style="list-style-type: none"> • C. Nilsson • T. Bondas • I. Lundgren 	<p><i>Journal of Obstetric, Gynecologic and neonatal Nursing</i> (2010) 39 : 3</p> <p>Impact factor : 1,331</p>	9 femmes enceintes du deuxième enfant éprouvant la peur d'accoucher du fait d'un vécu négatif du premier accouchement	Suède	<p>Etude qualitative</p> <p>Le soutien proposé aux femmes est une approche cognitive, à travers laquelle les femmes peuvent cibler leurs peurs, leurs expériences et l'impact de ce vécu sur leur vie.</p> <p>Les femmes qui présentent des troubles psychologiques et/ou psychiatriques importants sont orientées vers un spécialiste.</p>	<p>Les auteurs rapportent 4 causes principales liées au premier accouchement qui engendrent la peur d'accoucher :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'avoir pas pu trouver sa place. - N'avoir pas su trouver sa place - Le souvenir reste gravé dans leurs souvenirs - Des brefs moments ayant eu du sens pour elles. <p>Les femmes parlent aussi d'un mauvais contact avec le personnel soignant, du manque d'encadrement et de soutien de la part des sages-femmes.</p>

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
[4] <i>Post-traumatic stress disorder due to childbirth</i>	<ul style="list-style-type: none"> C. T. Beck (Infirmière sage-femme et professeur de soins infirmiers) 	<i>The nursing research.</i> Impact factor : 1,798	38 mères entre 25 et 44 ans ayant accouché dans un laps de temps de 6 semaines à 14 ans.	<ul style="list-style-type: none"> Etats-Unis Nouvelle Zélande Australie Royaume-Uni 	Etude qualitative La méthode utilisée pour l'analyse de données est la phénoménologie de Colaizzi	Les résultats de l'analyse ont donné lieu à 5 thèmes décrivant les expériences de ces mères : <ul style="list-style-type: none"> - Images et flashback - Trop paralysée pour essayer de changer - Vouloir en parler - La dangereuse spirale entre la colère, l'anxiété et la crise - Ecartement de la maternité

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
[5] <i>Subsequent childbirth after a previous traumatic birth</i>	<ul style="list-style-type: none"> C. T. Beck (infirmière sage-femme et professeur de soins infirmiers) S. Watson 	<i>Nursing Research</i> , Juillet/Août 2010 Impact factor : 1,798	Echantillon international de 35 femmes de 27 à 51 ans, ayant entre 2 et 4 enfants et ayant toutes eu un accouchement dans un laps de temps de 1 à 13 ans après un antécédent d'accouchement traumatique. La population a été recrutée via le site Web du service de traumatologie et de stress liés à la naissance en Nouvelle-Zélande (site TABS : www.tabs.org.nz).	Nouvelle-Zélande	Etude qualitative. La méthode utilisée pour l'analyse de données est la phénoménologie de Colaizzi	Toutes les déclarations significatives des femmes ont été regroupées en 4 thèmes : <ul style="list-style-type: none"> - Une turbulente vague de panique pendant la grossesse. - Les stratégies mises en place pour tenter de se réapproprier leur corps et terminer leur voyage dans la maternité. - Apporter de la vénération au processus d'accouchement et de l'autonomie à la femme. - Difficile à atteindre : l'expérience tant attendue de la naissance guérissante.

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils (Cf. Annexe X)	Résultats
<p>[6] <i>Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth : exploring the gap between the evidence and UK policy and practice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • C. Rowan • D. Bick • M. E. Da Silva Bastos 	<p><i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 2007</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Impact factor : 1,429</p>	<p>Bases de données utilisées pour la recherche : CINAHL, Medline, Embase, Psyclit, The cochrane Library et MIDIRS.</p> <p>Des recherches dans des revues professionnelles et des listes de référence ont aussi été faites.</p> <p>Les études sélectionnées devaient comporter une publication entre Janvier 1990 et Février 2006 dans un journal de langue anglaise.</p>	<p>Revue de la littérature réalisée à Londres</p> <p>Les études sélectionnées ont été réalisées en Angleterre, Australie, Suède et à Hong Kong.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EPDS • SF-36 • IES • DSM-IV • HADS • GHQ • WHOQOL • CGI • WDEQ • DASS-21 • MSSS • ICD-10 • STAI • POBS 	<p>Les résultats sont divergents pour l'impact du débriefing :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 études : pas de différence - 1 étude : possibilité d'un effet néfaste - 2 études : effet positif <p>Plusieurs études ont soulevé le fait que les femmes appréciaient pouvoir discuter de l'accouchement dans le post-partum.</p>

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils (Cf. Annexe X)	Résultats
<p>[7] <i>Management of post traumatic stress disorder after childbirth : a review</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • C. Agbokou, • C-S. Peretti, • F. Ferreri <p>(Hôpital Saint-Antoine de l'Université Pierre et Marie Curie à Paris)</p> <ul style="list-style-type: none"> • L. K. Lap <p>(Université de Paris 7 Denis Diderot, Unité de Formation et de Recherche en sciences humaines cliniques)</p>	<p><i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</i> 31 : 3, September 2010</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Impact factor : 1,221</p>	<p>9 articles ont été sélectionnés avec les moteurs de recherche suivants: Medline, Pilots, Cinhal et ISI Web of Science.</p> <p>Les articles sont rédigés en anglais, et publiés avant février 2010.</p> <p>Les auteurs ont choisi seulement les articles qui s'intéressaient aux interventions post-natales.</p> <p>Dans les études retenues, tout type d'accouchement est inclu (excepté les naissances de nouveaux-nés porteurs d'une lourde pathologie, ou en cas de mort in utéro).</p>	<p>Les études sélectionnées ont été réalisées aux</p> <p>Etats-Unis, en Australie, en Suède et au Royaume-Unis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W-DEQ • IES • SCL • EPDS • Critères du DSM-IV • PTSD • SADS • QPI • BPR • PTCS • CSE • BSI-II • STAI • LS • MSSS • DASS-21 • MINI PTSD • DAS • POBS • IIS • PSI • FAD 	<p>Le débriefing et le « counseling » : 3 études montrent un effet positif ; d'autres études rapportent que ces méthodes n'ont pas d'effet significatif, voire une influence négative.</p> <p>La thérapie cognitivo-comportementale : 1 étude met en évidence des résultats positifs.</p> <p>La méthode de désensibilisation et traitement des mouvements oculaires a des résultats encourageants.</p>

Article	Auteurs	Revue	Population	Pays	Outils	Résultats
[8] <i>Midwives' experience of encountering women with post-traumatic symptoms after childbirth</i>	<ul style="list-style-type: none"> • K. Öhrling • I. Lindberg • K. Nyberg (Université de Porson en Suède)	<i>Sexual & Reproductive healthcare</i> Impact factor : 1,43	8 sages-femmes	Suède	Etude qualitative Entretiens semi-structurés	<p>L'utilisation de la douceur dans le langage par les sages-femmes se révèle utile pour ces femmes pour exprimer plus facilement leurs sentiments et leur expérience.</p> <p>Assister, écouter, respecter la crainte de la femme, confirmer l'expérience et montrer de l'empathie, sans être dans la préoccupation.</p> <p>Accompagner la femme dans une situation gérable contribuant à une expérience positive pour un prochain accouchement.</p> <p>La césarienne n'est pas une solution pour résoudre leur malaise</p>

Les résultats mis en évidence par nos études peuvent être regroupés en plusieurs rubriques afin de répondre à notre question de recherche qui s'intéresse aussi bien au vécu des femmes, qu'à la prévention et à leur prise en charge.

4.1. Existe-t-il des facteurs de risque de la peur d'accoucher ?

Selon l'étude [1] la peur d'accoucher est majeure chez les nullipares (W-DEQ : $72,0 \pm 20,0$ vs $65,4 \pm 21,0$; VAS : 4,7, vs 3,2 ; $p < 0,001$ pour les deux échelles). Elle augmente après 20 SA (W-DEQ $71,6 \pm 23,0$ vs $66,6 \pm 20,0$; VAS 4,7 vs 3,2, toujours avec une valeur $p < 0,001$ pour les deux échelles). Elle est aussi plus élevée en cas d'antécédent de césarienne (W-DEQ $73,2 \pm 23,5$ vs $63,3 \pm 20,8$; et VAS 5,1 vs 2,9, $p < 0,001$), ou d'accouchement par ventouse (W-DEQ $70,6 \pm 19,7$ vs $64,8 \pm 22,0$, $p < 0,05$; VAS 5,0 vs 3,0 ; $p < 0,001$). Il a également été soulevé que pour les femmes demandant une césarienne, les valeurs du W-DEQ et du VAS étaient plus hautes (W-DEQ : $87,6 \pm 26,5$ vs $61,8 \pm 18,7$; VAS : 7,0 vs 2,7, $p < 0,001$).

L'étude [2] nous montre que la peur de la naissance est également accompagnée de problèmes psychosociaux pour la plupart des femmes. 80% des femmes de cette étude (population totale de 86 femmes) éprouvaient de l'anxiété ou un état dépressif, 43% avaient des troubles du comportement alimentaire, et 63% avaient été victimes d'abus. Sur 86 femmes, 25% souffraient de troubles psychiatriques et étaient traitées.

4.2. Par quels moyens peut-on dépister au mieux les femmes ayant peur d'accoucher ?

Selon l'étude [1], les auteurs proposent d'effectuer un VAS chez toutes les patientes vers la moitié de la grossesse et de présenter le W-DEQ aux femmes ayant un VAS $> 5,0$.

Selon l'étude [2], une demande de césarienne élective par une patiente doit être considérée comme un signal d'alarme et doit motiver un entretien pour évaluer d'éventuelles peurs liées à l'accouchement.

4.3. Quelles sont les causes d'un mauvais vécu de l'accouchement ?

Selon l'étude [3], les femmes expriment que lors de leur premier accouchement, elles ont eu un mauvais contact avec le personnel soignant, qu'elles ne se sont pas senties encadrées et soutenues. Par conséquent, elles n'ont pas pu ou su trouver leur place durant l'accouchement. Il s'agit, pour elles, d'une expérience incomplète puisqu'il n'y a eu que des brefs moments porteurs de sens pour elles.

Selon l'étude [4], pour certaines femmes, le mauvais vécu serait dû à la perception de l'intervention du médecin comme un acte persécuteur, voire comme un « viol ».

Dans l'étude [8], les sages-femmes relatent que plusieurs femmes avaient une image idyllique, peu réaliste et manquaient de connaissances nécessaires au processus de la naissance. Réaliser que l'accouchement pouvait être imprévisible avait été une expérience douloureuse et traumatisante pour beaucoup d'entre elles. D'autre part, les sages-femmes rapportent qu'une partie des femmes attribuent leur mauvais vécu à une intense angoisse de mort au moment de l'accouchement. Certaines ont même pensé ne pas survivre.

4.4. Quelles sont les conséquences d'un mauvais vécu de l'accouchement ?

L'étude [5] regroupe l'expérience des mères ayant un PTSD en 5 thèmes :

- « *Images et flashback* » : Les femmes revoient à travers des images, des flashbacks et des cauchemars leur accouchement et revivent le traumatisme. Leur mémoire est incontrôlable et cela affecte leur vie. Pour certaines, il s'agit d'une vidéo mise sur automatique qui se rejoue en boucle.
- « *Trop paralysée pour essayer de changer* » : Traumatisées par leur expérience de naissance, les mères se sont considérées comme une ombre d'elles-mêmes, incapables de gérer leur corps et leurs émotions. Certaines mères confient s'être occupées machinalement de leur bébé, sans émotion.
- « *Vouloir en parler et chercher des réponses aux questions* » : Les femmes ressentent le besoin de comprendre ce qui s'est passé, ainsi elles éprouvent la

nécessité d'en reparler avec les sages-femmes ou les médecins présents lors de l'accouchement. Toutefois, le personnel soignant n'est pas toujours réceptif. Il arrive donc que des femmes restent dans leur silence aux dépens de leur santé mentale.

- « *La dangereuse spirale entre la colère, l'anxiété et la crise* » : Les femmes décrivent que ces émotions se sont amplifiées avec le temps. Un grand nombre d'entre elles sont victimes de dépression et certaines ont même des idées suicidaires.
- « *Ecartement du monde de la maternité* » : Le PTSD a causé, pour la plupart des mamans, un isolement des autres mères et des bébés. Pour quelques unes, la maternité n'était plus envisageable. 3 d'entre elles ont demandé une stérilisation. Mais pour 42% des 38 participantes, il y a eu une grossesse ultérieure, cette dernière n'étant pas toujours planifiée. Une partie des femmes confient que cette nouvelle grossesse a été une guérison.

Selon l'étude [5], lorsqu'une nouvelle naissance survient après l'accouchement traumatique, même si cette dernière est vécue comme une expérience magnifique, le passé n'est pas pour autant effacé et le traumatisme n'est pas guéri.

L'étude [5] met en évidence les répercussions chez les femmes d'un accouchement vécu comme traumatique sur la grossesse ultérieure. Les termes les plus fréquemment utilisés par les femmes pour décrire leurs émotions pendant cette nouvelle grossesse sont la peur, la terreur, l'anxiété, la panique et le déni.

La conséquence relevée dans l'étude [2] est que ce vécu négatif est imprimé dans l'esprit des femmes et affecte leur vie quotidienne.

4.5. Quelles sont les stratégies utilisées par les mères pour pallier à ce mauvais vécu ?

L'étude [4] expose différents besoins et moyens mis en place par les femmes ayant un vécu d'accouchement traumatique, sur une durée plus ou moins longue :

- Nécessité de revisiter la salle d'accouchement après la naissance
- Besoin de questionner les professionnels présents à l'accouchement
- Déposer une requête de compensation d'accident et soumettre une plainte officielle au Conseil Médical (Suède)
- Eviter tout contact avec d'autres mères et d'autres bébés
- Choix d'une stérilisation féminine, ligature des trompes (3 femmes sur 38)
- Choix d'une stérilisation masculine, vasectomie (1 femme sur 38)

En vue et lors d'une grossesse ultérieure :

- Réaliser un plan de naissance en prévention
- Planifier la grossesse suivante
- Ecrire un journal de bord tout au long de la grossesse
- Choisir sa sage-femme en la questionnant sur sa pratique et sa philosophie

Selon l'étude [5], les femmes cherchent pendant leur nouvelle grossesse des stratégies qui leur permettront de reprendre le contrôle de leur corps qui avait été « violé » et traumatisé par leur accouchement précédent. Pour cela, les stratégies sont les suivantes :

- Écrire un plan de naissance détaillé
- Se préparer mentalement à la naissance
- Suivre des cours d'hypnose prénatale
- Participer à des cours d'art-thérapie en lien avec la naissance
- Écrire des affirmations positives
- Se préparer pour vivre un accouchement à domicile
- Faire appel à une Doula pour l'accouchement

- Eviter les ultrasons
- Célébrer la naissance à venir
- Eviter de penser à l'accouchement
- Lire des livres sur la grossesse et l'accouchement. Cette stratégie est également retrouvée dans l'étude [8].
- S'informer sur l'anatomie du bassin
- S'informer sur les positions d'accouchement favorisant l'ouverture du bassin
- Pratiquer l'hypnose pendant le travail d'accouchement
- Rechercher une maternité et aller la visiter
- Questionner les obstétriciens et les sages-femmes. Cette stratégie est aussi reconnue dans l'étude [8].
- Faire des exercices pour aider le bébé à bien se positionner
- Utiliser les groupes de soutien sur Internet
- Faire appel à un coach
- Peindre l'expérience traumatisante de la naissance
- Mettre par écrit toutes les inquiétudes et toutes les solutions possibles pour y remédier
- Mettre par écrit un plan de naissance avec plusieurs alternatives possibles si celui-ci ne se déroule pas comme prévu
- Déterminer le rôle de chacun lors de l'accouchement
- Avoir recours à l'homéopathie pour préparer le corps à l'accouchement
- Créer une « trousse d'outils » pour faire face au travail de l'accouchement
- Créer une relation de confiance avec le personnel soignant
- Faire en sorte d'être actrice et non spectatrice de cette nouvelle naissance

Selon l'étude [2] (Nerum et al., 2006) des femmes demandent une césarienne élective pour cet accouchement ultérieur.

4.6. Quelle prise en charge peut-on offrir à ces femmes ?

4.6.1. Débriefing

Selon la revue de la littérature [6], l'étude de Small et Coll (2000) a évalué l'efficacité d'un débriefing conduit par des sages-femmes durant le séjour à la maternité auprès de femmes ayant vécu un accouchement instrumenté ou chirurgical. A 6 mois post-partum, l'impact de l'intervention a été évalué à l'aide de l'EPDS et du SF-36. Les résultats montrent que :

- Le groupe d'intervention avait des scores plus élevés sur l'échelle EPDS à 6 mois (= risque plus élevé de dépression) que les femmes ayant bénéficié des soins habituels (17% vs 14%).
- La moyenne des scores EPDS ne différait pas entre les groupes.
- Les femmes du groupe intervention avaient un moins bon état de santé sur les sept des huit domaines du SF-36. La différence était significative uniquement pour le contexte émotionnel, cependant aucun chiffre n'a été retranscrit.
- Les chercheurs ont conclu que le débriefing n'avait pas d'effet bénéfique dans la prévention de la dépression, bien que les femmes aient déclaré avoir trouvé cette séance utile.

Les revues de la littérature [6] et [7] présentent l'étude de Priest et al. (2003) qui évalue l'impact d'un débriefing d'une heure durant les 72 heures post-partum sur les dépressions majeures ou mineures et sur le PTDS durant les 12 mois post-partum. Cette séance est menée par des sages-femmes formées pour ce type d'entretien. L'évaluation de cet impact a été réalisée à l'aide de l'IES et de l'EPDS à 2, 6 et 12 mois post-partum. Les résultats n'ont montré aucune différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle. Cependant, 2/3 des femmes ont qualifié la séance de débriefing comme utile.

Dans les revues de la littérature [6] et [7], l'étude de Kershaw et al. (2005) s'est intéressée à l'impact de deux séances de débriefing à 10 jours et à 10 semaines post-partum chez les primipares ayant eu un accouchement instrumenté ou une césarienne en urgence. Ces séances étaient menées par des sages-femmes formées par une psychologue clinicienne pour le débriefing du stress post-traumatique. Le W-DEQ a été utilisé à 10 jours, 10 et 20 semaines pour analyser les résultats. Ces derniers nous montrent que les scores W-DEQ ont été

inférieurs dans le groupe intervention, toutefois les auteurs ne rapportent pas les valeurs. Les différences à chaque période de suivi n'étaient pas statistiquement significatives.

Dans les mêmes revues de la littérature, l'étude de Selkirk et al. (2006) évalue l'impact du débriefing sur la prévention de la dépression. Cette séance de débriefing était structurée selon le protocole de l'hôpital et menée par des sages-femmes durant les 3 premiers jours post-partum. Les femmes ont répondu aux questionnaires EPDS, STAI, POBS et IES à 1 jour, 1 mois et 3 mois post-partum. Les résultats montrent que les femmes ayant bénéficié de la séance de débriefing n'étaient pas moins susceptibles de développer des symptômes de dépression postnatale. Toutefois, les femmes ont apprécié la possibilité de parler et d'obtenir des informations.

La revue de la littérature [6] amène l'étude d'Inglis (2002) qui évalue la demande et l'avis des femmes concernant la possibilité de bénéficier d'une séance de débriefing. Les résultats présentés montrent que les femmes intéressées ont contacté et/ou participé à l'offre en moyenne 12 mois après la naissance de leur bébé. Les femmes pensent qu'il n'est pas bénéfique d'avoir un débriefing de routine ou imposé.

4.6.2. Counseling

Les revues de la littérature [6] et [7] parlent d'une étude (Rydin et al., 2004) ayant pour but d'évaluer l'impact d'une séance de counseling en groupe entre 1 à 2 mois post-partum après une césarienne d'urgence. Cette séance était organisée et menée par un obstétricien possédant des qualifications en psychothérapie et par une sage-femme. L'intervention a été évaluée à 6 mois post-partum à l'aide du W-DEQ, de l'IES et de l'EPDS. Les résultats ont démontré que les niveaux de crainte liés à la naissance, les symptômes du PTDS et la dépression étaient similaires dans le groupe contrôle et dans le groupe d'intervention.

Les revues de la littérature [6] et [7] présentent également une étude (Gamble et al., 2005) dans laquelle l'impact d'une séance de counseling chez les femmes ayant un risque de détresse psychologique a été évalué. Pour cela, une séance de counseling en face à face a été proposée dans les 72h post-partum, suivie d'une seconde séance par téléphone à 4-6 semaines post-partum. Les séances incluaient des éléments de débriefing et des questions sur le contexte d'accouchement. Les résultats ont été évalués à l'aide de l'EPDS, du MSSS et du

DAS-21 à 4-6 semaines et 3 mois post-partum, et analysés avec le MINI-PTSD, le DSM-IV et l'ICD-10.

Les résultats qui en découlent sont les suivants :

- Aucune différence n'est statistiquement significative entre le groupe contrôle et le groupe intervention à 4-6 semaines ou 3 mois post partum.
- Une légère tendance à l'amélioration a été notée dans le groupe intervention.
- Les femmes du groupe intervention étaient moins susceptibles d'avoir des scores d'EPDS > à 12 à 3 mois, une importante différence ($p = 0,002$) ou un score élevé au DASS-21 ($p = 0,029$).
- 33 des 103 femmes présentaient les critères du diagnostic de PTSD aigu.

Dans la revue de la littérature [7], l'article de Ryding et al. (1998), montre que plusieurs consultations de counseling durant les 3 premières semaines post-partum diminueraient l'importance des réactions en cas de léger traumatisme, dans un laps de temps de 6 mois post-partum. Toutefois, les auteurs concluent que cette pratique n'est pas efficace en cas de PTSD sévère ou de détresses mentales graves.

Cette revue de la littérature [7] cite également l'article de Sorenson (Sorenson et al., 2003). Ce dernier montre que des séances sous forme de thérapie cognitive en groupe sont efficaces, néanmoins, les auteurs ne précisent pas la nature du bénéfice. La population se composait de 9 femmes ayant vécu leur accouchement comme traumatique, elles ont bénéficié de 5 séances.

4.6.3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

La revue de la littérature [7] présente une étude (Sandström et al., 2008) utilisant l'EMDR pour traiter le PTSD lié à l'accouchement. Les résultats sont encourageants, toutefois l'échantillon reste trop faible (4 femmes) pour être statistiquement significatif.

4.6.4. Thérapie cognitivo-comportementale

La revue de la littérature [7] mentionne un étude (Ayers et al., 2007) qui traite le PTSD à l'aide de la thérapie cognitivo-comportementale. Les résultats de cette thérapie auprès de deux femmes souffrant de PTSD lié à l'accouchement se sont révélés positifs. C'est pourquoi, les auteurs proposent d'explorer cette démarche dans la mesure où il a été prouvé qu'elle apportait des résultats très positifs lors de PTSD dans des contextes différents de celui de la maternité.

4.6.5. Entretien

La revue de la littérature [6] présente une étude (Lanvande et Walkinshaw, 1998) dans laquelle un entretien de 30 à 120 minutes mené par une sage-femme est proposé aux femmes avant leur sortie de l'hôpital. Durant cet entretien, le travail, l'accouchement et les sentiments de la femme ont été abordés. Après l'analyse des résultats, le groupe intervention avait moins d'anxiété et de dépression selon les scores mesurés par l'échelle HAD. Parmi le groupe contrôle, une proportion élevée de femmes (55%) présentait une dépression telle que définie par l'échelle HAD.

Selon la revue de la littérature [6], l'étude de Tam et al. (2003) évalue l'impact d'un entretien mené par une infirmière de recherche formée en suite de couches avec les femmes ayant eu un accouchement « hors norme » (y incluant accouchement instrumenté et césarienne). Les résultats ont été évalués à l'aide de l'échelle HAD, du General Health Questionnaire, du WHOQOL et du CGI à 6 semaines et 6 mois post-partum. Les principaux résultats ne révèlent aucune différence significative entre les groupes contrôle et intervention. Les femmes ayant eu une césarienne élective et faisant partie du groupe intervention ont eu des scores plus bas pour la dépression.

L'étude [2] présente une possibilité de prise en charge de la peur de la douleur. Néanmoins, cette peur n'était pas nécessairement en lien avec un accouchement traumatique. Les femmes demandant une césarienne élective ont été dirigées vers un service spécialisé en lien avec la peur d'accoucher. Grâce à un entretien, elles ont pris conscience des causes de leur peur. En

réalisant un travail spécifique sur ces peurs, la plupart des femmes (86%) ont préféré accoucher par voie basse. Le questionnaire a confirmé la satisfaction de ce choix à long terme.

4.6.6. Espace de parole

Dans la revue de la littérature [6], l'étude de Dennett (2003) explore si les femmes ont eu la possibilité de reparler de leur accouchement au cours des 10 semaines post-partum et si cela a été bénéfique pour elles. L'étude a montré que 24 femmes sur 29 avaient eu l'occasion de reparler de leur accouchement et trouvaient cela positif. Celles qui n'avaient pas eu cette possibilité, auraient souhaité le faire.

Dans la revue de la littérature [6], l'étude de Charles et Curtis (1994) offrait une séance d'information et d'écoute pour les femmes souhaitant discuter de leur expérience de l'accouchement durant les 12 mois post-partum. Parmi les 38 femmes ayant participé, 89% (34) d'entre elles ont confié qu'une réunion avait été suffisante pour répondre à leur préoccupation et 39% (15) ont déclaré que cette discussion était la première opportunité pour elles de reparler en profondeur de leur accouchement. Les auteurs concluent que les femmes veulent avoir la possibilité de parler de leur accouchement.

Dans la revue de la littérature [6], l'étude de Smit et Mitchell (1996) donnait la possibilité aux femmes de recontacter le service de la maternité à tout moment après la naissance pour discuter de leur expérience d'accouchement. Parmi les 46 femmes ayant participé, 85% étaient satisfaites de cette opportunité, en particulier d'avoir la possibilité de verbaliser leurs sentiments.

Dans la revue de la littérature [6], l'étude de Baxter et al. (2003) analyse le fait qu'une sage-femme soit à disposition des mamans pour reparler de la naissance, les femmes étant informées dans le post-partum. Sur 194 femmes, 17% ont participé. La discussion a permis aux femmes d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments lors de la naissance. Les données concernant le questionnaire de satisfaction n'ont pas été rapportées, bien que les auteurs aient signalé que la plupart des femmes ont trouvé ce service utile.

5. DISCUSSION

5.1. Existe-t-il des facteurs de risque de la peur d'accoucher ?

Avec l'analyse de nos études, nous nous sommes rendu compte qu'il n'existait pas des vrais facteurs de risques. En effet, les études [1] et [2] ont mis en évidence des caractéristiques qui ne sont pas prédictives et pour lesquelles aucune prévention n'est possible. Cependant, nous pouvons considérer qu'il s'agit plutôt de « facteurs de vulnérabilité » auxquels les professionnels de santé doivent être attentifs pour pouvoir offrir à ces femmes un soutien adéquat si cela leur est nécessaire. La peur liée à la naissance est un thème qui n'est pas toujours facile à aborder pour les parturientes, puisque cet événement est reconnu par la société comme un événement se devant d'être « heureux ». Toutefois, dans notre pratique et à travers cette revue de la littérature, nous nous sommes aperçues que ce stéréotype véhiculé autour de la naissance n'était pas une vérité absolue et qu'une partie des femmes l'associe à la peur, l'anxiété, l'angoisse voire même à un traumatisme.

5.2. Par quels moyens peut-on dépister au mieux les femmes ayant peur d'accoucher ?

L'étude [1] propose d'utiliser l'échelle VAS au cours de la grossesse chez toutes les femmes, puis de présenter le W-DEQ à celles ayant obtenu un résultat > 5 au VAS. D'après les auteurs, ce moyen permettrait de dépister au mieux les femmes ayant une peur de l'accouchement plus importante que la « norme », par conséquent celles qui seraient plus à risque de vivre leur accouchement comme difficile, voire traumatisant.

Ce moyen paraît tout à fait propice pour dépister cette catégorie de femmes, mais finalement, pour l'ensemble des femmes ayant un mauvais vécu ou un traumatisme dû à leur accouchement combien avaient une peur « hors norme » durant la grossesse ?

L'étude [2] soulève l'importance de considérer les demandes spontanées de césarienne élective par les patientes comme une sonnette d'alarme. En effet, le désir de césarienne élective n'est pas une demande anodine, comme la demande d'accoucher en position latérale,

par exemple. C'est pourquoi, les auteurs de cette étude [2] insistent sur le fait qu'une telle requête nécessite un entretien pour comprendre les peurs cachées de la parturiente, afin de l'aider à les surmonter et l'accompagner au mieux sur le chemin de sa maternité. D'autant plus, qu'au cours de l'étude, les résultats montrent que les femmes ayant tout de même eu une césarienne électorale après entretien et discussion avec des professionnels de la santé, expriment l'envie, pour un accouchement ultérieur, d'une voie basse. Cette dernière information sous-entendrait donc que ces femmes, malgré leur désir respecté, n'ont finalement pas un si bon vécu de leur accouchement, puisqu'elles souhaitent que le suivant se déroule autrement.

5.3. Quelles sont les causes d'un mauvais vécu de l'accouchement ?

Les études [3] et [4] relatent que la première cause d'un vécu d'accouchement difficile ressenti par les femmes serait due au mauvais contact avec le personnel soignant. Ces femmes expriment qu'elles ont eu la sensation de ne pas être intégrées dans la prise en charge hospitalière, d'être spectatrices de leur propre accouchement, voire d'être inexistantes en tant que personne aux yeux des soignants. Dans ce contexte, certaines femmes ont eu l'impression d'être dépossédées de leur propre corps, ainsi certaines interventions médicales ont été vécues comme intrusives. Finalement, le mauvais vécu ne peut-il pas être imputé à la prise en charge et à la considération qu'ont les soignants pour les femmes ?

Nous avons vu précédemment qu'aucune prévention en lien avec les facteurs de risque n'était possible. Nous pensons, nonobstant, que les professionnels de santé en contact avec les parturientes pourraient remettre en question le fonctionnement global de la prise en charge ainsi que leur propre philosophie de travail afin de prévenir ce mauvais vécu.

5.4. Quelles sont les conséquences d'un mauvais vécu de l'accouchement ?

Les études [2], [4] et [5] décrivent que le mauvais vécu peut plus ou moins affecter la qualité de vie des femmes. Ces atteintes peuvent être d'intensité variable, allant de la peur d'accoucher jusqu'à développer un PTSD.

Par conséquent, les femmes peuvent décider que la maternité n'est désormais plus envisageable (Etude [4]). Une partie des femmes qui ont développé un PTSD après une naissance traumatique ont eu une grossesse ultérieure, mais pas toujours planifiée. L'étude [4] relate que pour certaines, cette grossesse ultérieure était une guérison, en contradiction avec l'étude [5] qui rapporte que malgré une nouvelle expérience positive, le traumatisme d'accouchement précédent n'est pas totalement guéri pour autant. Ces deux études ont été réalisées par le même auteur (Beck C. T.) avec des échantillons quasi-similaires et évaluées avec le même outil (Méthode Colaizzi). Nous en déduisons que ces contrastes de résultats proviennent finalement d'un vécu subjectif des femmes plutôt que d'une différence d'analyse. Ainsi, la complexité d'un mauvais vécu d'accouchement ne serait-il pas dû à la singularité et à l'histoire personnelle de chaque patiente ?

L'étude [2] s'intéresse aux motifs des demandes de césarienne élective par les femmes. Une des causes s'explique par un mauvais vécu d'accouchement précédent. Or, nous avons remarqué préalablement, qu'un mauvais vécu pouvait être associé à un sentiment de dépossession de son propre corps et d'une interprétation des gestes médicaux comme intrusifs. De ce fait, n'y a-t-il pas une contradiction entre le fait de vouloir être actrice de son propre accouchement et le désir d'une césarienne élective ?

Pour pallier aux multiples conséquences douloureuses d'un mauvais vécu d'accouchement voire d'un traumatisme, les femmes font appel à diverses stratégies, comme vu dans l'analyse des résultats. Ces stratégies peuvent regrouper aussi bien des « auto-traitements » que des soins prodigués par des tiers. L'apparition de ces derniers prouvent que le vécu douloureux d'un accouchement commence à être de plus en plus dénoncé par les femmes et investigué et reconnu par les professionnels.

Parmi les nombreuses stratégies, on retrouve la rédaction d'un plan de naissance. Cette possible solution peut s'avérer, selon nous, efficace comme dangereuse. Effectivement, le plan de naissance peut être utile et efficace s'il est réalisé avec l'aide d'une sage-femme afin qu'il soit réfléchi et ainsi plus applicable dans la pratique. Néanmoins, l'étude [8] signale que certaines femmes ont une représentation erronée du processus de la naissance, de ce fait, si elles construisent par elles-mêmes leur plan de naissance, ce dernier peut être trop éloigné de la réalité et par conséquent, être difficile à mettre en place dans la pratique. Ainsi, il peut être source d'un éventuel mauvais vécu voire d'un nouveau traumatisme.

5.5. Quelle prise en charge peut-on offrir à ces femmes ?

5.5.1. Débriefing

Les revues de la littérature [6] et [7] se sont intéressées à l'efficacité d'un débriefing. Les études présentées dans ces revues n'ont montré aucun résultat statistiquement significatif à ce sujet. Cependant, de nombreuses limites ont été repérées par les auteurs, notamment les formations divergentes des professionnels menant les débriefings, ainsi que le contenu de ces séances. Toutefois, à travers ces revues de la littérature, les auteurs ont soulevé à 4 reprises que les femmes qualifiaient la possibilité de reparler de leur accouchement comme bénéfique et utile. Finalement, la divergence de ces études ne serait-elle pas due à une mauvaise utilisation et compréhension du terme « débriefing » ?

5.5.2. Counseling

Dans les revues de la littérature [6] et [7], une étude démontre qu'une séance collective de counseling à 1-2 mois post-partum n'apporte aucune amélioration. Une autre étude constate que deux séances individuelles de counseling durant les 7 semaines post-partum ne montre aucun bénéfice statistiquement significatif malgré une légère amélioration. Pourtant les auteurs présentent une étude démontrant que plusieurs séances de counseling durant les 3 premières semaines post-partum auraient un effet bénéfique. Cependant, ce dernier n'est pas efficace pour les femmes ayant un mauvais vécu ou un PTSD.

Cette pratique permettrait donc de répondre à un besoin des femmes, celui de reparler de leur expérience d'accouchement. Néanmoins, elle ne peut pas être considérée comme une prise en charge efficace et suffisante du PTSD.

5.5.3. Entretien

Dans la revue de la littérature [6], une étude a évalué l'impact d'un entretien mené par une sage-femme auprès des femmes avant leur retour à domicile. Celui-ci permettrait de réduire l'anxiété et la dépression. Une fois encore, cette opportunité répondrait au besoin des femmes d'échanger autour de leur accouchement, sans pour autant traiter le PTSD.

Dans l'étude [2], les résultats ont montré que l'entretien prénatal auprès des femmes souhaitant une césarienne électorale avait permis, dans la majorité des cas, un changement de souhait pour un accouchement voie basse. La césarienne n'était donc pas un choix en soi, mais la seule alternative possible pour ces femmes, dans un premier temps. Cette constatation nous amène à dire que ces femmes ont pu, grâce à l'entretien, prendre conscience et travailler sur leurs peurs. Cette intervention prénatale aurait-elle donc permis de favoriser un meilleur vécu de leur accouchement ?

5.5.4. Espace de parole

La revue de la littérature [6] présente 3 études ayant offert la possibilité aux femmes de reparler librement de leur accouchement avec des professionnels de la maternité. Les auteurs ont décrit qu'une petite proportion de femmes avait saisi cette opportunité. La majorité d'entre elles ont qualifié ce service de favorable et d'utile. Ces conclusions nous amènent à penser que le retour positif de ces femmes justifie l'importance et la nécessité de ce service.

6. RETOUR DANS LA PRATIQUE

L'analyse de nos études nous amène à retenir plusieurs points-clé pour notre pratique et notre rôle professionnel.

Tout d'abord, nous avons constaté qu'il n'existait aucun facteur de risque spécifique au mauvais vécu d'accouchement, mais que cela dépendrait de certains facteurs de vulnérabilité et, en grande partie, de l'histoire personnelle de la parturiente. Ainsi le risque de vivre difficilement son accouchement existe pour l'ensemble des femmes. De ce fait, nous pensons qu'il est important d'informer le personnel soignant de l'existence de ce mauvais vécu et de ses conséquences afin qu'il puisse être apte à le reconnaître. Il est, pour cela, indispensable que chaque professionnel sache nommer ses limites et cerner son champ professionnel ainsi que ses compétences pour orienter judicieusement les femmes vers des professionnels spécialisés en cas de nécessité en vue d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Dès lors, il nous paraît important d'être davantage vigilant à ce que le vécu des accouchements précédents soit abordé de façon systématique en consultations prénatales.

Puis, les causes citées par les femmes nous conduisent à remettre en question notre pratique sage-femme, notamment l'accompagnement, le soutien et la relation que nous instaurons avec les parturientes. D'après l'analyse de nos études, les femmes font émerger ces points faibles en révélant que le mauvais contact qu'elles ont éprouvé avec le personnel soignant était souvent lié à la sensation d'être spectatrice de leur propre accouchement. La question qui apparaît alors s'intéresse à notre philosophie de soin. Plus précisément, nous pouvons nous demander de quelle façon nous souhaitons interagir avec les patientes : « faire pour », « faire avec » ou « être avec » ? En effet, l'idéal serait d'être dans une relation patient-soignant basée sur le paradigme « être avec » c'est-à-dire en accompagnant la parturiente dans ses choix tout en sachant garder notre place de professionnel. Or, les patientes nous montrent par l'expression de leurs sentiments, que dans certaines situations, le paradigme « faire pour » est encore bien présent.

Nous savons malgré tout, que bien qu'il s'agisse d'une relation « patient-soignant » et quelque soit la philosophie de soins adoptée, il est aussi question de relations humaines pour lesquelles il existe des limites très subjectives, le « feeling » en est la preuve.

D'autre part, les études ont montré que les stratégies mises en place par les femmes visent à compléter leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance autour de la naissance et de l'accouchement. Nous pensons qu'il s'agit donc d'un besoin d'être mieux préparée à la naissance et à la maternité. Notre rôle serait alors d'encourager et d'accompagner les femmes à se préparer davantage à cet événement, même s'il ne s'agit pas d'une première grossesse. Un autre de nos objectifs serait de les orienter vers des cours de préparation à la naissance et à la parentalité personnalisés selon leurs besoins.

Enfin, les résultats de nos études n'ont fait apparaître aucune prise en charge statistiquement significative. Toutefois, ils ont pointé un besoin nommé par les femmes, celui de parler et de s'exprimer sur leur vécu de l'accouchement. Ce temps de parole est effectivement utile et bénéfique et nous pensons aussi qu'il est une opportunité valable qu'il faudrait offrir aux femmes pour assimiler ce vécu et également, en vue d'une prochaine éventuelle grossesse. Se pose, alors, la question du niveau de compétences de la personne qui peut mener cet entretien. En effet, s'il s'agit d'un « espace de parole » alors on peut se demander s'il est nécessaire que la personne soit formée. D'un autre côté, nous avons conscience que lors de ces entretiens, les femmes expriment leurs expériences parfois douloureuses, parfois traumatiques, accompagnées de fortes émotions. De notre point vue, il serait ainsi important que la personne dirigeant cet « espace de parole » soit formée aux techniques d'entretien afin d'encadrer et de soutenir au mieux les femmes.

Pour ne pas freiner les femmes à profiter de ce service et pour offrir la possibilité à chacune de s'exprimer, il nous paraît indispensable que cet « espace de parole » soit gratuit ; ce qui implique un investissement bénévole de la part de la sage-femme. Or, nous sommes conscientes de la réalité de la pratique et nous savons que ce n'est ni réalisable ni applicable dans toutes les maternités. D'autre part, ce service nécessite, selon nous, une formation supplémentaire, mais ces dernières ne se sont pas forcément proposées dans la formation continue des sages-femmes.

Dans certaines maternités, il existe déjà la possibilité pour les femmes de s'exprimer sur leur vécu de l'accouchement. Dans notre pratique, nous avons constaté que cette question était posée en salle d'accouchement et retranscrite dans le dossier de la patiente. Nous ne pouvons que soutenir et encourager cette démarche.

Afin que cette attitude soit encore plus efficace, nous nous demandons si cette question devrait être abordée en suites de couches après quelques jours plutôt que par la sage-femme présente pour l'accouchement ?

Les pistes de recherches :

Nos études ont montré que les professionnels ne s'entendaient pas sur le terme de débriefing, ainsi l'efficacité de ce dernier n'a pas pu être démontrée dans le contexte d'un vécu d'accouchement difficile. Cela mériterait, selon nous, d'être exploré afin de véritablement mesurer son efficacité auprès ces femmes.

D'autre part, nous nous demandons si une éventuelle formation complémentaire serait utile pour les sages-femmes en vue de mener des entretiens. Il nous paraîtrait, effectivement, intéressant d'évaluer l'impact des formations spécifiques pour les entretiens proposés aux femmes ayant un vécu d'accouchement difficile.

Enfin, dans toutes études analysées, le rôle et la place du père n'ont pas été évoqués. Or, nous savons que dans la majorité des grossesses, la parentalité se vit à deux. Nous proposons d'investiguer et d'évaluer l'impact du soutien amené par les pères dans le vécu de l'accouchement.

7. CONCLUSION

Au cours des stages pratiques de notre formation, nous avons été surprises du décalage que nous pouvions parfois constater entre les commentaires des patientes et notre ressenti au sujet d'un accouchement. C'est de ce constat qu'est né notre questionnement autour du vécu de la naissance. Au fil de nos recherches, nous avons pris conscience de l'impact que pouvait avoir ce vécu sur la qualité de vie des femmes et sur la suite de leur maternité. Nous avons découvert, à ce sujet, que ce n'est que depuis les années 1970 (Leann et al., 2010) que l'accouchement est reconnu comme un événement potentiellement traumatique, et ce, suite à la constatation des symptômes de PTSD chez les mères.

A travers nos recherches, nous avons remarqué qu'une grande partie de la littérature traitant de ce sujet s'intéressait uniquement aux conséquences et aux répercussions d'un vécu difficile, sans évoquer de possibles prises en charge. Alors, pour suivre notre éthique et en vue d'améliorer notre pratique professionnelle, il nous semblait essentiel d'investiguer cette partie.

Notre méthodologie a compris l'analyse de 6 articles et 2 revues de la littérature qui considéraient plusieurs aspects de ce thème, comme la peur d'accoucher, le PTSD, la demande de césarienne élective, le vécu des femmes et la vision des sages-femmes.

Aussi, cette analyse a rendu manifeste que le vécu de l'accouchement dépend en grande partie de l'histoire personnelle des femmes et que, d'après ces dernières, leur relation avec le personnel soignant l'influence également. En ce qui concerne la prise en charge, le débriefing n'a pas montré d'effets statistiquement significatifs, bien que les femmes expriment un fort désir de reparler de leur accouchement. Les résultats nous ont donc amené à réfléchir à notre rôle professionnel en tant que sage-femme et à nous questionner sur notre accompagnement des parturientes ainsi que sur la façon dont on répond à leurs réels besoins.

Au terme de ce travail, nous ne pouvons proposer une prise en charge idéale, mais il nous semble qu'il serait déjà bénéfique, à notre échelle, de pouvoir aborder systématiquement et consciencieusement le vécu de l'accouchement en post-partum avec toutes les femmes. Cela permettrait également de dépister et d'orienter certaines femmes vers des professionnels spécialisés.

Nous constatons, au bilan de notre revue de la littérature, que notre question de recherche ciblait les vécus d'accouchement « traumatiques ». Ce terme, pourtant si spécifique, nous a permis de découvrir la complexité de ce phénomène et d'en avoir une vision plus nette. En effet, médicalement, le traumatisme est associé à des symptômes bien précis, cependant les femmes qui décrivent leur accouchement comme traumatisant, n'en ont pas nécessairement les symptômes. Dans ce cas, les termes de « mauvais vécu » et « vécu difficile » seraient, par conséquent, plus appropriés. Cette prise de conscience nous a permis de repérer précisément nos limites et notre champ d'action en tant que sage-femme puisque les symptômes de PTSD ne font plus partie de nos compétences. Malgré tout, nous, sages-femmes, pouvons et devons avoir un rôle essentiel auprès des femmes lors de « mauvais vécus » d'accouchement.

8. BIBLIOGRAPHE

Polycopiés :

Epiney, M., Morales, M-A et Martinez, B. (2010). *Césarienne et accouchements instrumentés*. (Polycopié) Genève : HEDS

Fluss, J. (2010). *Lésions traumatiques chez le nouveau-né*. (Polycopié) Genève : HEDS

Gendre, A. (2008). *Construction du rôle maternel*. (Polycopié) Genève : HEDS

Gendre, A. (2011). *Stress*. (Polycopié) Genève : HEDS

Nanzer, N. (2011). *Dépression périnatale et troubles associés*. (Polycopié) Genève : HEDS

Nunno, C. (2010). *Déchirures périnéales et épisiotomies*. (Polycopié) Genève : HEDS

Congrès :

Perren Klingler, G. Le débriefing: sur quel présupposés se fonde-t-il ?. Conférence donnée lors du colloque « *Les débriefings psychologiques en question* » ; Février 2000 ; Bruxelles. Directeur(s).

<http://www.institut-psychotrauma.ch/downloads/originalarbeiten/f/ledebriefing-bruxelles.pdf>

Ouvrages :

American Psychiatric Association (1996) *Mini DSM-IV Critères diagnostiques*. Paris : Edition Masson

André, J. et Aupetit, L. (2010) *Maternités traumatiques*. Paris : Edition Presse Universitaire de France

Bloch, H. (Dir). (1994). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse

Bydlowski M. (2000) *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Edition Odile Jacob

Nanzer, N. (2009) *La dépression postnatale, Sortir du silence*. Lausanne : Edition Favre

Stern, D. (1995). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lewy

Articles de revue :

Alder J, Stadlmayr W, Tschudin S, et Bitzer J. Post-traumatic symptoms after childbirth: what should we offer? (2006). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2). 107–112.

Ayers S, McKenzie-McHarg K & Eagle A.(2007) Cognitive behavior therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 28. 177–184.

Beck, C. T. et Watson, S. (2010). Subsequent Childbirth After a Previous Traumatic Birth. *Nursing Research*, 59(4). 241-249.

Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth.. *Nursing Research*, 53(4). 216-224.

Jolly, A. (2003). Epidémiologie des PTSD. *Journal International De Victimologie*. 2 (1). 48-82.

Joseph S, Bailham D. Traumatic childbirth: what we know and what we can do. (2004). *MIDWIVES, The official journal of the Royal College of Midwives*. 7(6). 258-261.

Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C., et Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic

stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 31(3), 113-122.

Nilsson, C., Bondas, T. et Lundgren, I. (2010) Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 298-309.

Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T. et Oian, P. (2006). Maternal request for cesarian section due to fear of birth: Can it be changed trough crisis-oriented counselling ? *Birth*. 33(3). 221-227.

Nyberg, K., Lindberg, I. et Öhrling, K. (2010). Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 55-60.

Priest S.R., Henderson J., Evans S. F., Hagan R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *The Medical Journal of Australia*. 178, 542-545.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E et, Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 116. 67-73.

Rowan, C., Bick, D., Da Silva Bastos, M.H. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 97-105.

Ryding EL, Wijma K & Wijma B. (1998). Postpartum counselling after an emergency cesarean. *Clin Psychol Psychotherapy*, 5. 231-237.

Sandstrom M, Wiberg B, Willman AK, Wikman M & Hogberg U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24. 62-73.

Sawyer A. et Ayers S. Post-traumatic growth in women after childbirth. (2009). *Psychology & Health*. 24 (4), 457-471.

Sorenson DS. (2003). Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy. *Arch Psychiatr Nurs*, 17. 259–269.

Sites internet :

American Medical Billing Software. (2012). *Brief Symptom Inventory*.

<http://www.pma2000.com/BSI.htm>

American Psychiatric Association. (2012) *Diagnostic and Statistical Manual*.

<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>

Association des psychiatres du Canada. (2012). *Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique*.

<http://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2005/January/cjp-jan05-jehel-jan-BC.pdf>

Association EMDR France. (2002) *Qu'est-ce que l'EMDR*

<http://www.emdr-france.org/spip.php>

Center for Addiction and Mental Health. (2009). *General Health Questionnaire (GHQ)*.

http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening_Assessment/screening/screen_CD_youth/Pages/GHQ.aspx

Cofemer. (2010). *Medical Outcome Study Short Form–36 (MOS SF–36)*.

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.1.MOSSF.pdf>

Colo-Proctologie. (2012). *Echelle HAD*. <http://www.snfcp.org/s-informer/questionnaires-et-outils/divers-outils/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fsnfcp%2Fhtm%2FArticle%2F2011%2F20111117-175123-148>

Echelles-psychiatrie.com. (2012). *L'échelle CGI de gravité (Clinical Global Impression Severity Scale)*. <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-cgi-gravite.php>

Elsevier Masson (2003). *Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCL*. <http://www.em-consulte.com/es/article/83182/evaluation-des-etats-de-stress-post-traumatique-va>

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth : A Randomized. *Birth*, 32(1), 11-19. <http://eprints.qut.edu.au/11173/1/11173.pdf>

Google. (2012). *Le questionnaire MOS SF-36*. http://books.google.ch/books/about/Le_questionnaire_MOS_SF_36.html?id=IQAcu60j7kC&redir_esc=y

Griffithuniversity. (2012). *Maternal role development following childbirth*. http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/21670/52028_1.pdf?sequence=1

IPTS, Institut Psychotrauma Schweiz. (2012) *Philosophie de l'intervention*. <http://www.institut-psychotrauma.ch/f/institut/philosophie.html>

Journal of Physiotherapy. (2012). *Impact of Event Scale-Revised*. http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol_56/3/Clinimetrics.pdf

Larousse (2008) *Traumatisme physique*.
http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/traumatisme_physique/16690

L'institut de l'humanitaire. (2009) *Site pour les professionnels de santé sur les Violences Conjugales*. <http://www.violences.fr/Documentation/EnqueteENVEFF/tabid/76/language/fr-FR/Default.aspx>

Mendeley. (2012). *Anxiety and depression. Self-questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)*. <http://www.mendeley.com/research/anxiety-depression-selfquestionnaire-hospital-anxiety-depression-scale/#>

Ministère en charge de la santé. (2009) *La Santé des Femmes en France*.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_femmes_2009.pdf

Ministère en charge de la santé. (2009) *L'enquête santé mentale en population générale, Une enquête « pas comme les autres »*. <http://www.sante.gouv.fr/troubles-mentaux-et-representations-de-la-sante-mentale-premiers-resultats-de-l-enquete-sante-mentale-en-population-generale.html>

PubMed. (1990). *Injury impairment and disability scales to assess the permanent consequences of trauma*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2139565>

PubMed. (2006). *Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders*.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16756581>

Pubmed. (2008). *Predicting sexual initiation in a prospective cohort study of adolescents*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18180413>

PubMed. (1996). *The factor structure of the perception of birth scale*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8604369>

Psychomédia. (2010) *Dossier Le stress post-traumatique (Quand le choc choque)*. <http://www.psychomedia.qc.ca/post-traumatique/dossier/le-stress-post-traumatique-quand-le-choc-choque>

Redalyc. (2008). *The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population*. <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/727/72720450.pdf>

Réseau québécois du recherche sur le vieillissement.(1996). *Banque d'instruments. Détresse psychologique*. <http://www.rqrv.com/fr/instrument.php?i=78>

Scribd. (2012). *Boite à outils : Questionnaires SF-36 et SF-120. Echelles d'état de santé et de qualité de vie*. <http://www.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36>

SF-36.org. (2004). *SF-36® Health Survey Update*. <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>

Spielberger, C. D. (2012). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults. The most widely used self-report measure of anxiety*. <http://www.mindgarden.com/products/staisad.htm>

Spina Cord Injury Reabilitataion Evidence. (2010). *Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)*. <http://www.scireproject.com/outcome-measures/depression-anxiety-stress-scale-21-dass-21>

Spiralconnect. (2012). *Questionnaire généraliste SF36 (Qualité de vie)*. http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M1681/Files/146032_1746.pdf

Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive. (2008) *Troubles de stress post-traumatiques*. <http://www.sgvt-sstcc.ch/fr/conseils-pour-patients/troubles-psychiques-des-adultes/trouble-de-stress-post-traumatique/index.html>

The italian on line psychiatric magazine. (2012). *Scale di valutazione in psichiatria*.
<http://www.psychiatryonline.it/ital/scale/cap7-5.htm>

US National Library of Medicine, National Institutes of Health. (2006). *A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1602207/>

Vrije Universiteit Amsterdam. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*.
http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html

Vulgaris-médical. (2010) *Stress (généralité) : Définition*.
<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/stress-generalite-4388.html>

Weissman, A. (2012). *Questions diverses liées à la thérapie cognitive*.
<http://therapie.cognitive.free.fr/das.html>

Wikipédia. (2012) *Stress*.
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress>

Wikipédia. (2012) *Trouble de stress post-traumatique*.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_stress_post-traumatique

Wikipédia. (2012) *Stress chez l'humain*.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l%27humain

World Health Organization. (2012). *WHOQOL-BREF*
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

9. ANNEXES

Annexe I : Article [1]: *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*

Annexe II : Article [2]: *Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented consulting ?*

Annexe III : Article [3]: *Previous birth experience in women with intense fear of childbirth*

Annexe IV : Article [4]: *Post-traumatic stress disorder due to childbirth*

Annexe V : Article [5]: *Subsequent childbirth after a previous traumatic birth*

Annexe VI : Article [6]: *Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth : exploring the gap between the evidence and UK policy and practice*

Annexe VII : Article [7]: *Management of post traumatic stress disorder after childbirth : a review*

Annexe VIII: Article [8]: *Midwives' experience of encountering women with post-traumatic symptoms after childbirth.*

Annexe IXa : Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS): *version anglaise*

Annexe IXb : Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS): *version française*

Annexe X : Autres outils d'évaluations utilisées dans nos revues de la littérature [6] et [7]

Annexe I

Article [1]: *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*

Annexe II

Article [2]: Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented consulting ?

Annexe III

Article [3]: *Previous birth experience in women with intense fear of childbirth*

Annexe IV

Article [4]: *Post-traumatic stress disorder due to childbirth*

Annexe V

Article [5]: *Subsequent childbirth after a previous traumatic birth*

Annexe VI

Article [6]: Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth : exploring the gap between the evidence and UK policy and practice

Annexe VII

Article [7]: *Management of post traumatic stress disorder after childbirth : a review*

Annexe VIII

Article [8]: *Midwives' experience of encountering women with post-traumatic symptoms after childbirth.*

Annexe IXa

Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) : *version anglaise*

Annexe IXb

Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) : *version française*

Annexe X

Autres outils d'évaluation utilisés dans nos revues de la littérature [6] et [7]