





**Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2019

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 4 Octobre 2019 à Poitiers  
**Par Madame Elise PAIN-GIRARD**  
Née le 10 Mai 1990

Les symptômes de stress post-traumatique secondaires à l'accouchement  
modifient-ils le lien mère-enfant ?

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

**Membres** : Monsieur le Professeur Jean XAVIER  
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

**Directrices de thèse** : Madame le Docteur Myriam ADDED  
Madame le Docteur Mélanie VOYER



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

#### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

---

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

Pour l'honneur que vous me faites en présidant le jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements qui nous encouragent, entre autre, à nous intéresser aux différentes approches pour en croiser les concepts et ouvrir notre esprit. Merci pour cette ouverture qui enrichit nos connaissances et rend notre pratique dynamique. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean XAVIER,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail en siégeant dans le jury de ma thèse. Merci pour la qualité de vos enseignements et merci de promouvoir la formation des internes. Veuillez croire en mon profond respect.

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de me faire l'honneur d'évaluer ce travail. Merci de l'attention que vous portez à notre formation. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes directrices de thèse,

Madame le Docteur Myriam ADDED et Madame le Docteur Mélanie VOYER,

Merci de m'avoir accompagnée dans cette année de dur labeur. Vous avez su me rassurer lorsque la panique se faisait sentir et m'avez poussée dans mes retranchements quand c'était nécessaire. Merci de m'avoir épaulé dans ce travail et d'avoir accueilli mes doutes. Je vous remercie pour vos

suggestions et votre relecture. Soyez assurées de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

À l'équipe de la maternité de Poitiers et de Châtelleraut pour leur investissement dans mon étude.

À l'attention des membres du Comité d'Ethique et de Monsieur Benoît Pain, merci pour votre gentillesse, votre bienveillance et vos conseils.

À Pierre, Luc, Gabin, Louise, Romy, Soline, Xavier, Jules, Iris, Joséphine, Noah, Zoé, Tonie, Gabin, Lena, Adaline, Luyana, Ethan, Constance, Michka, Souad, Eline et leur maman pour leur participation, sans eux rien n'aurait été possible.

À Monsieur le Docteur Christophe BESSAGUET,

Merci de votre aide précieuse pour l'analyse statistique de cette étude et pour votre disponibilité. Vous m'avez guidée et avez su répondre à mes interrogations chaque fois que nécessaire. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Je remercie Maxime, mon compagnon, pour son soutien infaillible et sa patience au cours de cette dernière année. Tu m'as permis d'avancer et tu as toujours été là pour m'apporter une note positive, même dans les moments les plus difficiles.

À mes parents, que je remercie chaleureusement d'avoir toujours cru en moi et qui se sont montrés présents pour mobiliser les troupes lorsque cela était nécessaire. Vous avez su m'encourager avec beaucoup de justesse.

À ma maman et Maxime pour les corrections apportées à mon travail. Vous vous êtes montrés curieux et appliqués.

A mon papa Doudou qui a toujours vu en moi un futur docteur.

À mon frère, Marius et ma sœur, Joséphine, vous avez toujours le mot pour rire et des paroles réconfortantes en cas de coup dur. Je sais que je peux compter sur vous.

À mes ami(e)s, Louise, Floriane, Léa, Pierre-Marie, Aurore, Johan, Marie, Ève, et tous les autres, vous rencontrer, au cours de mon cursus, a été une chance et vous m'avez fait grandir chacun à votre façon. Merci pour ces belles rencontres.

Aux équipes que j'ai croisées sur mon chemin, au pavillon Tony Lainé, à l'Unité Mère Bébé, à l'unité de liaison, au pavillon Minkowski, au CECAT et à CREATIV, au service de Saintes et au service de pédopsychiatrie de Niort-Melle.

Aux médecins que j'ai rencontrés au cours de mes études, Louis-Etienne, Carole, Dominique, Céline, Damien, Clément, Julie, Carole, Nathalie, Florence, Anne, vous m'avez transmis vos connaissances avec beaucoup bienveillance et m'avez donné envie de continuer sur cette voie.

Au Docteur Chaigneau qui m'a donnée envie de m'engager dans le long périple des études de médecine.

À Myriam et Agnès, pour m'avoir fait découvrir l'univers passionnant de la psychiatrie périnatale, quelle richesse d'avoir pu vous rencontrer. Travailler avec vous a été une vraie chance.

## Tables des matières

1	INTRODUCTION .....	10
2	LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PERIODE PÉRINATALE .....	12
2.1	La natalité en France (selon INSEE) .....	12
2.2	Sur le plan somatique.....	14
2.3	Sur le plan psychique : que se passe-t-il ? .....	18
2.4	Le développement psychologique de l'enfant. ....	30
3	LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATISQUE (TSPT) .....	38
3.1	Historique .....	38
3.2	Définition .....	41
3.3	Nosologie .....	42
3.4	Approche catégorielle.....	46
3.5	La clinique .....	47
3.6	Aspect neurobiologique .....	48
3.7	La Prévalence .....	52
3.8	Évolution .....	52
3.9	Comorbidités .....	52
3.10	La prise en charge.....	53
3.11	La question de la transmission.....	54
4	LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) DANS LES SUITES D'UN ACCOUCHEMENT .....	60
4.1	Historique .....	60
4.2	Définition .....	61
4.3	Réflexion théorique .....	62
4.4	La clinique .....	64
4.5	La prévalence.....	65
4.6	Les comorbidités .....	66
4.7	Les facteurs de risque .....	67
4.8	Les conséquences .....	72
4.9	Évolution .....	74
4.10	La prise en charge.....	75
5	LA PROBLÉMATIQUE .....	76
6	NOTRE ÉTUDE.....	78
6.1	Méthodologie.....	78
6.2	Résultats .....	94
6.3	Discussion.....	126
	CONCLUSION.....	153
	BIBLIOGRAPHIE .....	154
	RESUME .....	165
	TABLE DES MATIÈRES.....	166
	TABLE DES TABLEAUX .....	170
	TABLE DES FIGURES.....	171
	TABLE DES ANNEXES : .....	173
	ANNEXES .....	174

# 1 INTRODUCTION

---

Au cours de notre cursus, nous avons eu la chance de découvrir l'univers de la psychiatrie périnatale à l'Unité Mère-Bébé du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. La richesse clinique et l'aspect très intimiste de cette pratique ont déclenché chez nous, un vif intérêt. La dimension traumatique est présente en psychiatrie et elle paraît prendre tout son sens en périnatalité. C'est sans nul doute en lien ces constations qu'est né le désir d'élaborer un travail autour de cette question.

L'accouchement est un événement bouleversant dans la vie d'une femme, d'un couple. Il s'inscrit dans l'histoire du sujet. Entre corps et psyché, il est au carrefour de nombreuses dimensions, tant sociale, que culturelle ou encore personnelle.

Bien que perçu largement positivement par la société, l'accouchement peut mettre en jeu la vie du bébé, de sa mère. La notion de traumatisme liée à l'accouchement a été récemment introduite par M. Bydlowski et Raoul-Duval en 1978 (Kring *et al.*, 2013 ; Ayers *et al.*, 2001 ; Bayle *et al.*, 2019). Initialement le terme de « névrose traumatique post-obstétricale » permettait de désigner ces femmes souffrant psychiquement des complications de leur accouchement (forceps, ventouse, accouchement prématuré) (Ayers *et al.*, 2001). Il faudra attendre encore quelques années pour que le vécu subjectif de l'accouchement soit reconnu comme pouvant être responsable de symptômes de stress post-traumatiques.

Chez 20 à 50 % des femmes (Ayers *et al.*, 2008), l'accouchement est associé à un événement traumatique. Selon les études, 1,2 à 7,6 % (Kring *et al.*, 2013) des femmes développent un TSPT (Troubles de Stress Post-Traumatique) dans l'année qui suit l'accouchement. Une étude plus récente rapporte une prévalence autour de 2 % en population générale et 18 % dans les populations à risque (Yildiz *et al.* 2017). Les facteurs de risques sont maintenant bien connus. Les principaux facteurs sont liés à la biographie du sujet mais également aux conditions de l'accouchement. Les comorbidités comme l'anxiété périnatale et la dépression du post-partum en font un enjeu important de santé publique.

Quelques études commencent à mettre en évidence les répercussions des symptômes de stress post-traumatique sur le couple, la cellule familiale et la relation mère-bébé. Mais

les connaissances sur ce sujet sont trop peu nombreuses.

Au travers de cette étude, nous allons, dans un premier temps, exposer l'aspect théorique de la période périnatale dans ses dimensions physique mais également psychique. Nous aborderons l'importance du lien interpersonnel entre la mère et son bébé ainsi que les conditions nécessaires au développement global du bébé.

Puis dans un second temps, nous aborderons la notion de traumatisme et de TSPT ainsi que la transmission de ce dernier d'une génération à l'autre.

Ensuite, dans un troisième temps, la notion de TSPT liée à l'accouchement sera explicitée. Puis, dans un quatrième temps, nous exposerons la problématique relative à ce sujet et nous présenterons les différents outils utilisés dans cette étude. Enfin, les résultats seront exposés et leur cohérence au sein de littérature explicitée.

## 2 LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PERIODE PÉRINATALE

---

« Au cours des millénaires, chaque société a élaboré par l'observation de la nature et par la création de mythes et de religions, un ensemble de rites de protection et d'interdits visant à protéger les mères et leur foetus » (Carles *et al.*, 2014)

### 2.1 La natalité en France (selon INSEE)

Depuis plusieurs années, il est constaté un recul du nombre de naissances par an. En 2017, on compte 767 000 naissances vivantes en France. Le nombre de femmes âgées de 20 à 40 ans diminue depuis le milieu des années 1990, ce qui peut, en partie, expliquer la diminution du nombre de naissances.

L'indicateur conjoncturel de fécondité ou ICF (la somme des taux de fécondité par âge observée durant une année), est à 1,88 par femme. On note une diminution depuis 2014.

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Il est de 11,4 en 2017.

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. Le taux de fécondité entre 25 et 34 ans est plus élevé. Cependant, il est important de noter qu'il continue de diminuer entre 25 et 29 ans. En 2017, le taux de fécondité entre 25 et 29 ans est de 11,2 enfants (pour 100 femmes). Le taux de fécondité pour les femmes entre 30 et 34 ans est de 12,7. Ce dernier est en baisse. En 2015, la France a un taux de fécondité le plus élevé d'Europe, avec ICF à 1,96, suivi de l'Irlande 1,92 et la Suède 1,85.

L'âge moyen de la maternité, toujours en augmentation, est de 30,6 ans.

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016 (ENP 2016). L'ensemble des résultats suivant est basé sur le rapport

rédigé par l'Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) pour la partie naissance et la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique). C'est une enquête financée par la DGS (Direction Générale de la Santé), la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins, la DREES, la SPF (Santé Publique France) et l'équipe EPOPé de l'INSERM. Il s'agit d'une enquête de terrain. Ces travaux portent sur la totalité des naissances survenues sur une durée équivalente, soit une semaine. Pour être prise en compte, la naissance est définie comme suit : au moins 22 Semaines d'Aménorrhée, avec un poids de naissance supérieur ou égal à 500 g. L'étude du dossier médical ainsi qu'un interrogatoire auprès des femmes en suite de couche permettent de recueillir les informations nécessaires. L'enquête réalisée en 2016 s'est déroulée en mars et a permis un recueil de 14142 naissances auprès de 13894 femmes dont 13384 naissances et 13148 femmes en métropole. Nous présentons les données principales de cette enquête dans le tableau 1 ci-dessous tiré de l'ENP 2016.

*Tableau 1 : Modalités d'accouchement en France métropolitaine selon l'Enquête Nationale Périnatale 2016*

France métropolitaine		
	N	%
<b>Présentation</b>		
	12579	94,5
Céphalique	643	4,8
Siège	93	0,7
Autre		
<b>Début du travail</b>		
	8939	68,1
Spontané	2957	22,6
Déclenché	1223	9,3
césarienne		
<b>Mode d'accouchement</b>		
	9047	67,7
Voie basse non opératoire	1695	12,1
Voie basse instrumentale	2697	20,2
Césarienne		

Après avoir décrit et établi un état des lieux de la natalité en France dans sa dimension physique, nous allons, dans le paragraphe suivant, nous intéresser aux aspects somatiques de la grossesse et de l'accouchement.

## **2.2 Sur le plan somatique**

### **2.2.1 Qu'est-ce que la grossesse ?**

Ce paragraphe s'appuie sur le livre *Précis d'obstétrique* (Mergy, 1979, p 72-84). La grossesse se caractérise par des modifications physiologiques. Ainsi en est-il de la suppression des menstruations. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique qui s'accompagne également de modifications générales de l'organisme maternel comme des modifications mammaires (augmentation de volume, bombement de l'aréole, développement veineux) ou encore une pigmentation générale. Sur le plan utérin, l'aspect

du col se modifie ainsi que la consistance du corps utérin. Par ailleurs, s'observent également des modifications internes au niveau du système digestif, pulmonaire ou encore des fonctions cardio-vasculaire, rénale. On note une modification de la sécrétion hormonale.

La durée normale est de quarante semaines et demi, soit neuf mois calendaire.

Le suivi de grossesse est divisé en quatre parties :

- 1) première consultation avant 10 Semaines Aménorrhée (SA) ;
- 2) deuxième consultation avant 15 SA révolues ;
- 3) consultations prénatales intermédiaires entre le quatrième et le huitième mois ;
- 4) la consultation du neuvième mois (HAS, 2017).

L'ensemble du suivi de grossesse comprend, à la fois, le recueil des antécédents, du mode de vie, un examen clinique et des examens paracliniques. Nous avons choisi de ne pas détailler cela dans le présent travail. Cependant, l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques sont mises en bibliographie (HAS, 2017).

## **2.2.2 Qu'est-ce qu'accoucher ?**

### **2.2.2.1 Définition**

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles » (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p115-136). L'accouchement est dit « à terme » s'il se déroule entre le début de la 38<sup>ème</sup> SA et la fin de la 42<sup>ème</sup>. Avant il sera qualifié de « prématuré ».

Lorsqu'il est dit « spontané », cela signifie qu'il se déclenche de lui-même. À l'inverse, il sera qualifié de « provoqué » s'il est consécutif à une intervention extérieure. Enfin, il est dit « programmé » lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p115-136).

Ensuite, selon son évolution, il sera dit « naturel » « lorsqu'il se fait sous l'influence de la physiologie seule ; sinon il est dirigé » (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p115-136).

S'il y a une intervention manuelle ou instrumentale, il sera qualifié d' « artificiel » que ce soit par voie basse ou voie abdominale.

S'il se déroule de façon physiologique normale il est dit « eutocycique », sinon il est dit « dystocique ».

### **2.2.2.2 Les étapes de l'accouchement**

Autrement appelé travail, l'accouchement est composé de trois étapes (HAS, 2017 ; Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p115-136) :

- La période d'effacement et de dilatation, débute à partir de la première contraction utérine régulière et se termine à la dilatation complète du col. Au cours de cette première période, sont distinguées deux phases : la phase de latence (entre la première contraction régulière plus ou moins douloureuse, avec ou sans modifications du col) puis la phase active à partir de 5-6 cm de dilatation jusqu'à la dilatation complète.

- La période d'expulsion s'initie à partir de la dilatation complète jusqu'à la naissance de l'enfant. La première phase est qualifiée de « passive » ou « descendante » et s'étend de la dilatation complète jusqu'aux premiers efforts d'expulsion (correspondant à l'achèvement de la descente et à la rotation de la présentation). La deuxième phase, dite « active » ou « d'expulsion », débute à partir des premiers efforts expulsifs qui s'ajoutent aux contractions utérines.

- La dernière période est celle de « la délivrance ». Elle se définit par l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus et évolue en trois phases : décollement du placenta, expulsion du placenta et hémostase, respectant ainsi la dynamique utérine.

Une fois le travail terminé, en milieu hospitalier, il y a une surveillance obligatoire de deux heures en salle de naissance.

### **2.2.2.3 Accouchement non physiologique - techniques d'interventions thérapeutiques**

Lorsque l'accouchement n'est pas physiologique et nécessite une intervention thérapeutique, il existe plusieurs techniques, chacune avec leurs particularités et indications. Nous allons brièvement les passer en revue afin d'avoir une vision globale des interventions possibles les plus fréquemment utilisées. Les exemples d'indication ne

seront pas exhaustifs (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 572-627).

- Rupture artificielle des membranes : c'est la rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète au cours du travail normal. Elle a plusieurs indications notamment les anomalies placentaires.

- L'expression abdominale : elle a pour but de renforcer les contractions utérines à la fin de l'accouchement. Mais les indications sont assez limitées.

- L'épisiotomie : consiste « à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve » (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 572-627). Elle a des indications fœtales et maternelles, comme par exemple la souffrance fœtale, les anomalies périnéales. Elle présente des inconvénients comme des douleurs cicatricielles ou la dyspareunie.

- Le forceps, instrument « de préhension, de direction, de traction, destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles » (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 572-627). Il existe plusieurs types de forceps. Leur usage doit respecter certaines règles. Comme pour les autres méthodes, il existe des indications thérapeutiques. Comme par exemple la souffrance fœtale, l'arrêt de la progression de la tête fœtale, l'état de la mère (maladie cardiaque).

- La ventouse obstétricale (ou vacuum extractor) « est un instrument de traction destiné à extraire le fœtus au moment de la période d'expulsion » (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 572-627). Comme pour les forceps, les indications sont la souffrance fœtale, l'état de la mère, l'expulsion inefficace ou prolongée.

- La césarienne (*caedere* signifie couper en latin) consiste à réaliser une ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale et pratiquer un accouchement artificiel. Elle peut être programmée pour des raisons anatomiques par exemple ou être réalisée en urgence lors de souffrances maternelles ou fœtales.

- La délivrance artificielle ou la révision utérine sont réalisées en cas de complication de la délivrance, et consistent en l'extraction du placenta et des membranes de l'utérus maternel manuellement.

#### **2.2.2.4 Les suites de couches**

Il s'agit de la période entre l'accouchement et la sixième semaine post-partum. Elle se caractérise par l'involution des organes génitaux vers leur état de non grossesse et par la mise en place de la lactation (involution utérine, écoulement des lochies, sécrétion lactée, modifications générales) (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 137-140). Elle se termine par le retour des menstruations ou « retour de couche », sauf en cas d'allaitement (Mergy, Précis d'obstétrique, 1979, p 137-140).

À présent, nous allons explorer ce qui s'anime sur le plan psychique à la fois au cours de la grossesse et durant l'accouchement. Nous nous intéresserons également aux interactions précoces entre la mère et son bébé.

### **2.3 Sur le plan psychique : que se passe-t-il ?**

Le processus pour devenir parents se divise en différentes périodes. Ces parents en devenir doivent faire face aux changements : la femme puis la mère, l'homme puis le père, l'entité du couple puis de la famille... autant de termes que de bouleversements. De grands auteurs tels que Winnicott, Bowlby, Brazelton, Lebovici, Stern, Fraiberg, Bydlowsky... ont tous apporté leur contribution à la compréhension des processus psychiques qui se jouent à la fois pour la femme mais aussi pour la mère, ce qui agit dans la relation, dans les interactions avec ce fœtus puis ce bébé.

Nous allons tenter ici d'éclaircir les grands concepts afin de mieux comprendre ce qui peut faire effraction lorsque l'accouchement devient traumatique.

Volontairement, la relation est limitée à la femme et à sa grossesse. Puis la mère et son bébé. Bien que les relations avec l'autre partenaire de cette naissance, le père, soient primordiales, nous avons choisi dans cette étude de comprendre si l'accouchement traumatique pouvait agir sur l'investissement du bébé par sa mère.

### **2.3.1 Au cours de la grossesse**

La période de gestation psychique provoque des remaniements identitaires. Elle peut ramener au premier plan l'enfant qu'on a été, les parents qui nous ont fait naître et les désirs qu'ils avaient à notre égard (Bayle *et al.*, 2019, p 123).

La grossesse est, de ce fait, une période particulière durant laquelle la femme va connaître plusieurs étapes. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a émis, en 1985, une série de recommandations indiquant l'importance d'apporter des soins périnataux adéquats. Ces soins doivent porter à la fois sur les facteurs physiques de la grossesse mais également sur les facteurs psychiques, sociaux et émotionnels (Canavarro *et al.*, 2001, citant Fernandez *et al.*, 2004).

La grossesse va alors être le carrefour d'un bouleversement global dont l'objectif est la structuration du lien mère-enfant à venir. En effet, devenir mère nécessite « un compromis permanent entre attentes et réalités » (Canavarro *et al.*, 2001, citant Colman et Colman, 1994).

Nous pouvons distinguer deux approches : l'une, psychanalytique, et la seconde, plus « objectiviste ». Mais avant cela, nous allons définir les tâches psychiques de la grossesse.

#### **2.3.1.1 Les tâches psychiques de la grossesse**

Une équipe portugaise, menée par Canavaro *et al.*, (2001), a travaillé sur les tâches psychiques autour de la grossesse et a établi un modèle théorique. Nous allons ici brièvement le développer afin d'avoir une vue d'ensemble sur le travail psychique s'effectuant au cours de cette période si particulière.

1) L'acceptation de la grossesse, au cours du premier trimestre, amène à des ajustements et des modifications liées aux nouvelles conditions psychiques, psychologiques, familiales et sociales. Il apparaît des comportements d'ambivalence affective en lien avec la maternité, l'acceptation du bébé et les changements amenés par cet état. La seule certitude existant au cours de cette période est qu'il s'opère nécessairement un changement. Qu'il soit heureux ou douloureux, ce changement peut

s'apparenter à une « crise ».

2) Le fœtus accepté comme réalité est l'objet du second trimestre. Il s'agit d'une phase plus adaptative, le bébé devient une entité distincte de la mère et les mouvements actifs du bébé sont essentiels pour que cette tâche s'opère.

3) La réévaluation de la relation aux parents mais aussi la restructuration de cette relation à la fois dans le présent et dans le passé se jouent dans cette troisième phase. Cela permet à la mère d'entamer un processus d'identification maternelle. Alors, peuvent se raviver de vieilles peurs d'abandon ou de rejet des parents. Le soutien parental durant cette transition est essentiel.

4) La réévaluation et restructuration de la relation conjugale : les changements s'opèrent dans la sphère affective, sexuelle et dans les routines quotidiennes. De part ces changements, c'est une période à risque mais aussi d'opportunité. Le couple conjugal évolue vers la parentalité. Se forme alors une nouvelle alliance émotionnelle, parentale nécessaire à la communication et à la résolution des problèmes parentaux relatifs au bébé.

5) Accepter le bébé comme individu à part entière est une tâche du dernier trimestre de grossesse. Associées à cela, la préparation à l'accouchement et l'acceptation de l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire ainsi que la relation qui en découle sont des moments clés de cette phase. La parentalité est la construction du lien unissant l'enfant à son parent. Pour le parent, cette tâche consiste à s'adapter aux besoins de son bébé et accepter, à la fois, sa dépendance et sa relative autonomie.

### **2.3.1.2 Approches psychanalytiques**

#### **2.3.1.2.1 Bébé imaginaire, bébé fantasmé, bébé réel**

Pour Brazelton et Cramer, dans leur ouvrage « Les premiers liens » (Brazelton et Cramer, 1991), l'attachement des parents à leur bébé existe dès la grossesse avec l'enfant imaginaire et le fœtus.

Le bébé imaginaire est le bébé que la mère évoque dans son préconscient ( il va faire de grandes études ; il va être doué en maths ...). Il est présent à partir du deuxième trimestre lorsque les mouvements actifs du bébé se ressentent (Lebovici *et al.*, 1989,

chapitre 14).

L'enfant fantasmatique, issu de l'inconscient, est le produit ancien des désirs de maternité présents dès l'enfance et est un des aspects d'identification à la mère (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 14). Il est issu du fantasme œdipien : faire comme sa mère, avoir un enfant de son père, l'union de la mère avec son propre père (grand-père maternel de l'enfant), ainsi se crée la « dette de vie » ; dette que la fille a envers sa mère (grand-mère maternelle de l'enfant) du fait de la mise au monde d'un enfant de son père. Cette dette ne pourra se résoudre uniquement par l'amour de la grand-mère maternelle envers sa fille et son petit enfant (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 6). La culpabilité résiduelle de ce bébé fantasmatique pousse la mère de l'enfant à accepter ce qui vient de la grand-mère, car finalement la seule personne légitime pour prendre soins de ce bébé est sa grand-mère maternelle (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 14).

La mère, par l'évocation du bébé imaginaire, va se forger une image de mère idéale, « la toute-puissance maternelle » et le bébé réel viendra nécessairement mettre en échec l'ambition de la perfection maternelle. Puis, le bébé imaginaire et le bébé fantasmatique viendront rencontrer le bébé réel au moment de la naissance, la résilience de la mère lui permettra de s'adapter aux besoins de son bébé ; « le développement des interactions dépend de l'enfant imaginaire et de l'enfant fantasmatique et de la manière dont la mère saura ou pourra les intégrer avec l'enfant de la réalité qu'elle porte dans ses bras » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 6).

#### 2.3.1.2.2 Les stades de l'attachement

Dans « Les premier liens » Brazelton et Cramer (Brazelton et Cramer, 1991) décrivent trois stades d'attachement que nous allons brièvement décrire : la grossesse puis l'accouchement et enfin la rencontre avec le bébé. Ils sont des moments de convergence. En effet, vont se rencontrer l'histoire actuelle pour le bébé à venir et l'histoire passée de chacun des parents. Comme le disent les auteurs, « la naissance ouvre une nouvelle chance à l'histoire ancienne ». Par l'arrivée de ce bébé, chacun des parents, et notamment la mère, va revisiter son histoire en tant qu'enfant : quel enfant était-elle ? comment était sa mère ? Va-t-elle être la même mère ? Les auteurs parlent

« de fantômes cachés derrière l'enfant ». Pour M. Bydlowski (Bydlowski et al., 2001), la grossesse est l'occasion d'une rencontre intime avec soi-même. À cette occasion, si la femme a fait des expériences de soins intrusifs ou insuffisants, elle risque de revivre des angoisses primitives au cours de sa grossesse.

Revenons maintenant sur les différents stades de l'attachement. Ici, le terme attachement ne fait pas référence au sens bowlbien du terme, mais plutôt au lien d'affection qui unit la mère à son enfant. Il faut neuf mois pour se préparer, tant sur le plan physique que psychique. D'ailleurs, les accouchements prématurés mettent en danger l'adaptation psychologique. C'est une des raisons pour laquelle nous avons choisi, dans la présente étude de ne pas inclure les femmes ayant accouché prématurément.

Au stade 1, les parents s'adaptent à la nouvelle grossesse. Le sentiment de dépendance à ses propres parents laisse la place au sentiment de responsabilité mais, paradoxalement, la mère va être plus dépendante de son entourage. La relation duelle du couple, devient triangulaire. La perspective de devenir parents apparaît, et ce processus peut renvoyer le parent en devenir à sa propre enfance. Un fantasme se crée, en effet, « tous les parents espèrent être capables de protéger leur enfant de leur propre sentiment d'incapacité et des échecs qu'ils perçoivent dans leur propre vie » (Brazelton et Cramer, 1991). Afin de surmonter cela, l'enfant va être idéalisé.

Le stade 2 est caractérisé par l'apparition des premiers mouvements actifs fœtaux. Le bébé va alors se différencier. Un sentiment d'attachement va ainsi naître. « Quand la mère reconnaît le fœtus, elle va inconsciemment se mettre à sa place et s'identifier à lui. Ses fantasmes vont se fonder sur sa relation infantile avec sa propre mère » (Brazelton et Cramer, 1991). Voilà une nouvelle occasion de revisiter les conflits de séparation.

Le stade 3 va permettre au fœtus de se personnifier. Les parents apprennent à connaître leur bébé. Le bébé, lui, manifeste sa capacité à rencontrer son environnement. Plus la mère considère son bébé comme séparé d'elle-même, mieux elle est protégée de son sentiment d'incapacité et d'incompétence.

Dans leur article, Golse et Bydlowski (Bydlowski *et al.*, 2001) soulignent chez la femme au cours du deuxième trimestre, une diminution des représentations mentales de son bébé. Les auteurs supposent que cela serait en lien avec la volonté (de la femme), de se tourner vers des thématiques autocentrées et inaccessibles pour les femmes non

enceintes.

Nous percevons ici combien la grossesse est une période essentielle à la création de l'identité parentale. Il est alors aisé de supposer que toute entrave aux processus psychiques physiologiques va mettre en danger la relation mère-enfant et l'implication de la mère dans l'investissement de ce lien.

#### 2.3.1.2.3 Le concept de la « mère suffisamment bonne »

Winnicott, dans son ouvrage « La mère suffisamment bonne » (Winnicott, 1956), introduit la notion de « préoccupation maternelle primaire ». Il évoque ce processus physiologique comme une nécessité. Ce phénomène débute dans les semaines qui précèdent la naissance et prend fin quelques semaines après l'accouchement. Cliniquement, la femme se replie sur elle-même ce qui lui permet de se rendre disponible, d'être sensible aux besoins de son enfant, de se mettre à la place de son bébé afin de pouvoir lui répondre « suffisamment bien ». Winnicott parle de la « mère ordinaire normalement dévouée ». Alors, le psychisme de la mère va venir soutenir, aider au démarrage des processus psychiques du bébé.

#### 2.3.1.2.4 Le concept de transparence psychique

Le concept de « transparence psychique » conceptualisé par M. Bydlowski (Bydlowski, 2008), est « l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique » (Bydlowski *et al.*, 2001).

Selon les auteurs Golse et Bydlowski (Bydlowski *et al.*, 2001), la transparence psychique n'a pas encore d'objet externe repérable. Ce dernier arrive à l'accouchement avec la naissance du bébé réel. Mais en tant qu'objet intérieur, il réactive le petit enfant que la mère a été ou croit avoir été. Initialement tournée vers elle-même, la mère va s'ouvrir à son bébé. Après l'accouchement, l'attention psychique de la mère va se centrer sur son bébé, devenu objet externe. Un gradient s'opère via un mouvement de désinvestissement progressif de l'objet interne (soins maternels reçu autrefois) vers l'objet

externe (bébé réel), en quatre temps : objet interne, objet interne physique mais déjà psychiquement externalisé ; objet externe physique mais psychiquement internalisé et enfin objet externe (Bydlowski *et al.*, 2001). Les difficultés surviennent lorsque le temps psychique ne coïncide pas avec la réalité de la naissance.

Les grands concepts psychanalytiques que nous venons d'exposer permettent de mieux saisir l'ampleur des tâches psychiques conscientes et inconscientes réalisées par la mère au cours de la grossesse. A vu de ces étapes psychiques, nous comprenons combien ce processus peut devenir difficile lorsque les conditions ordinaires ne sont pas réunies. Voyons maintenant ce que nous apporte une approche plus objectiviste.

### **2.3.1.3 Approche « objectiviste »**

Selon la théorie de l'attachement développée par Bowlby, la mère est l'un des « care-giver » du bébé. Le terme « care-giver » pourrait être traduit comme celui qui « prend soins de » avec la notion de « protéger l'autre ». La théorie de l'attachement puise ses sources à la fois dans les relations d'objet en psychanalyse, mais aussi dans la théorie de l'évolution, l'éthologie, la théorie cybernétique de la régulation et la psychologie cognitive. Le « care-giving » est un des systèmes motivationnels. Il permet de répondre aux besoins d'attachement du bébé mais aussi à son besoin d'exploration. Sa fonction est de prendre soin de son bébé. Il est une des dimensions des soins parentaux. Un care-giving sensible et ajusté est nécessaire au bon développement affectif de l'enfant et favorisera l'expression d'un « pattern » d'attachement sécure.

La capacité à répondre aux besoins du bébé se développe selon deux axes. Tout d'abord, le parent selon ses expériences interactives vécues tout au long de sa vie, selon les soins qu'il a reçus et les modèles familiaux, va se forger une capacité à répondre. A partir de deux-trois ans, le care-giving apparaît sous sa forme immature puis à l'adolescence, la poussée hormonale aidant, le care-giving évolue vers sa forme mature (Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6). Cependant, il existe aussi une accélération qui a lieu au cours de la période de transition vers la parentalité du fait de facteurs biologiques (Solomon *et al.*, 2008), psychologiques, sociaux et des représentations culturelles

(Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6). Cela permet de rendre ce système fonctionnel avant l'arrivée du bébé.

En fin de grossesse et au moment de l'accouchement, ces comportements et préoccupations vont s'accroître (Guédeney *et al.*, 2014). Cette deuxième période s'apparente à ce que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire » et correspond à la formation du lien anténatal et au phénomène de « bonding ».

Pour Bowlby, le comportement parental est en partie programmé et prêt à se développer selon une certaine façon lorsque les conditions le favorisent (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12). Les compétences du bébé, de par leur richesse, viendront constituer une empreinte pour l'apparition de comportements maternels (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 6). Ce schéma suit une « logique évolutionniste ».

Selon Hrdy (2005) et Keverne (2005) cités par Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6, les hormones de grossesse, l'accouchement et la lactation compte parmi les « déterminismes » des soins parentaux. Les facteurs hormonaux au cours de la période périnatale favorisent le « bonding ». Ce dernier déclenche la formation du lien mère-bébé. L'ocytocine et la lactation favorise le « bonding ». Par ailleurs, l'ocytocine inhibe la fonction de l'amygdale. Or, l'amygdale est impliquée dans les stimuli de menace. De plus, l'ocytocine inhiberait également « les régions cérébrales impliquées dans le jugement social, la théorie de l'esprit pour les attributions négatives ; cela favoriserait la diminution des réactions d'attaque colérique de défense et les attributions négatives sur le bébé » (Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6, citant Debiec, 2005).

Mais la biologie n'est pas déterministe. En effet, « l'expérience maternelle de la naissance et l'interprétation que la mère fait a une influence sur le « care-giving » (Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6 citant George et Solomon 2008). Par ailleurs, l'état psychique influence le « care-giving », notamment dans la dépression du post-partum, anxiété post-natale, l'état de stress post-natal et la psychose du post-partum (Guédeney *et al.*, 2015, chapitre 6).

Toutes ces considérations théoriques ont pour point commun de mettre en avant la nécessité pour la mère d'être disponible pour son bébé afin de répondre à ses besoins primaires tant alimentaires, que développementaux ou affectifs. Mais alors, que se passe-

t-il lorsque la mère ne peut pas être disponible ? Le stress post-traumatique secondaire à l'accouchement est-il une entrave à ces premiers liens, premières interactions ?

## **2.3.2 À l'accouchement**

### **2.3.2.1 Les tâches psychiques à l'accouchement**

Nous venons d'étudier ce qui se passe sur le plan psychique au cours de la grossesse. Le temps est venu d'explorer les bouleversements psychiques liés à l'accouchement.

Pour Brazelton et Cramer, l'accouchement va nécessiter de nombreuses « tâches » énumérées ci-dessous. Nous les citons (Brazelton et Cramer, 1991, p 46-47) :

- la fin brutale de la fusion avec le fœtus, des fantasmes de plénitude et d'omnipotence favorisée par l'état de grossesse ;
- L'adaptation à un nouvel être qui provoque des sentiments d'étrangeté ;
- Le deuil de l'enfant imaginaire, parfait et la nécessité de s'adapter aux caractéristiques de l'enfant réel ;
- L'affrontement de la crainte de faire mal à ce bébé sans défense ;
- L'apprentissage pour supporter avec plaisir les exigences du bébé à son égard liées à sa complète dépendance.

Selon l'étude menée par Canavaro *et al.*, (2001), il existe principalement deux tâches :

- Intégration de l'identité parentale, cette dernière est un nouveau rôle positif pour le parent en terme d'identité individuelle. Après l'accouchement, la mère regagne son domicile. Elle a alors une triple tâche. Tout d'abord, réévaluer les gains et les pertes liés à la maternité, puis accepter les changements imposés et enfin, reconstruire ses objectifs personnels. Selon sa biographie, ces tâches se réaliseront plus ou moins facilement.
- Réévaluer et restructurer la relation avec l'autre enfant peut s'avérer difficile du fait d'une complexification du système familial.

A présent, intéressons-nous à un aspect plus biologique de l'accouchement.

### **2.3.2.2 L'accouchement, aspect biologique**

L'ocytocine facilitatrice biologique s'élève durant le premier et le troisième trimestre de grossesse. Elle est associée à une augmentation de l'attachement maternel prénatal au fœtus (Guédeney *et al.*, 2014).

Le phénomène de « bonding », décrit par Feldman (Feldman *et al.*, 2015), est un élan biologiquement réel (inondation d'ocytocine), unidirectionnel et donnant naissance à un lien ressenti comme « spécial » pour le bébé, permettant à la mère d'être disponible pour son enfant. Il correspond à un sentiment chaleureux et donne l'impression d'avoir un lien très spécial avec son bébé (Feldman R. *et al.*, 1999). Il est « probablement le catalyseur de l'expression du care-giving observé à la parturition » (Guédeney *et al.*, 2014).

L'ocytocine n'a pas une action directe sur les comportements « care-giving » mais, par elle, va les influencer comme nous l'avons décrit plus haut. Elle intervient dans la modulation des réponses au stress via son action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien provoquant ainsi un effet d'anxiolyse (accalmie), et d'aide à la gestion du stress maternel (notamment celui généré par l'accouchement et le post-partum). Par ailleurs, l'ocytocine interagit avec le système récompense/plaisir (dopamine, opiacés endogènes). Elle facilite à la fois la mise en place du lien, le développement des interactions coordonnées avec le bébé et l'expression des comportements maternels (vocalisation, regard, contact,). Elle facilite aussi la focalisation, les vérifications répétées et le plaisir (Feldman *et al.*, 1999). De plus, le « care-giving » est également influencé par les facteurs liés au bébé. Cette vague hormonale facilitera les comportements de « care-giving » de la mère pour son enfant comme nous l'avons évoqués au paragraphe précédent. Ce phénomène s'exprime chez tous les mammifères. Mais contrairement aux autres mammifères, chez l'être humain le système de « care-giving » va exister au-delà de la période de sevrage. Les comportements vont ainsi s'étendre au-delà des déterminants hormonaux. Cela génère alors chez l'être humain une plus grande vulnérabilité. Ces défaillances et l'environnement « jouent un rôle capital dans la qualité des soins maternels et la transmission des risques » (Guédeney *et al.*, 2014).

K. Kennel (1976) qualifie cette période de « sensible », c'est une période au cours

de laquelle se constitue le lien mère-bébé, favorisé par la présence du bébé au contact de sa mère (Lebovici *et al.*, 1989).

L'accouchement est un véritable bouleversement, tant psychique que biologique. Un tel chamboulement est un événement difficile à intégrer. On peut supposer que lorsqu'on ajoute des complications, telles que la prématurité, le décès du bébé ou encore un traumatisme lié à l'accouchement, l'adaptation psychique sera encore plus difficile. Nous pouvons poser l'hypothèse que les symptômes de stress post-traumatiques suite à l'accouchement peuvent influencer négativement l'investissement du lien de la mère vers son bébé.

### **2.3.3 Et après ?**

« Il s'agit de deux êtres humains qui disposent d'une pensée et d'affectivité » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 6).

Le bébé est né. La femme va devenir mère. Le nouveau-né est dans une complète dépendance à sa mère et va la solliciter énormément. Comme le disait Winnicott (1987) « le bébé ne peut pas exister seul, il fait essentiellement partie d'une relation ». Nous comprenons mieux pourquoi les interactions précoces fascinent, préoccupent, interrogent tant depuis des dizaines d'années. Elles sont habituellement distinguées en trois catégories : les interactions comportementales, imaginaires et fantasmatiques. C'est en partie au travers de ces interactions que s'opère le devenir parent encore appelé le processus de « parentification ».

#### **2.3.3.1 Le processus de « parentification »**

Le processus de « parentification » ou transition vers la parentalité (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12), est l'ensemble des processus qui amènent un individu à devenir mère ou père. Ce processus va dépendre de facteurs tant sociaux que culturels ou psychologiques ou bien encore biologiques (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12). La parentalité va s'inscrire dans l'histoire de la mère mais la naissance de l'enfant va en

précipiter l'évolution. La mère « introduit sa pensée et ses affects dans les soins maternels » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12). Les comportements parentaux ne se manifestent pas d'emblée dans leur totalité. Certains sont innés, d'autres sont appris au fil des interactions avec son bébé et par imitation des autres parents. Ce sont des processus qui débutent dans l'enfance au travers du « parentage » avec ses propres parents. Belsky (cité par Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12), développe un modèle théorique avec 3 facteurs principaux qui contribuent à déterminer le comportement parental : 1) la personnalité de l'individu parent ; 2) les caractéristiques de l'enfant ; 3) le réseau de relations interpersonnelles où se situe le parent.

### **2.3.3.2 Processus d'identification**

Winnicott décrit « l'identification primaire » (Winnicott, 1956). Il s'agit d'un processus naturel, dit de « dépendance absolue », de fusion entre le bébé et sa mère, permettant au bébé d'exister en tant qu'être, étape importante qui doit avoir lieu. En effet, et toujours selon Winnicott, si des carences maternelles apparaissent, elles peuvent provoquer des réactions responsables de l'interruption de la « continuité d'être de l'enfant ». Le risque le plus grave étant l'annihilation du self de l'enfant. Mais, dans des conditions ordinaires, les bonnes expériences avec la mère vont permettre aux processus de maturation de se poursuivre. La mère ordinairement dévouée agit par les préoccupations primaires va d'abord répondre au plus près des besoins de l'enfant puis progressivement, va devenir défaillante. Elle introduira ainsi la frustration, ce qui permettra au bébé d'acquiescer, au fil des mois, une autonomie relative.

« La mère est le miroir du bébé, ce que le bébé voit lorsqu'il regarde sa mère : la mère regarde son bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (Winnicott, 1956). Grâce à cette fonction miroir portée par la mère, le bébé va pouvoir « enrichir son moi pour découvrir un non moi par la suite » (Bayle *et al.*, 2019). En l'absence d'un miroir maternel « suffisamment bon », « il n'y a pas de possibilité d'intégration de sa propre personne, ce qui représente pour l'enfant l'une des expériences de souffrance psychique les plus importantes appelées « agonies primitives » (Bayle *et al.*, 2019).

Nous comprenons bien, au travers des écrits de Winnicott, trois choses essentielles : 1) si la mère ne va pas bien, elle ne peut pas être le miroir de son bébé, 2) donc le bébé devient objet extérieur à sa mère et « cela ne peut se faire que dans la douleur », 3) l'enfant devient alors « psychologue de sa mère » et adapte ses besoins à elle, tâche d'une extrême difficulté pour lui.

« De son côté, le bébé va acquérir la capacité de se représenter sa mère aussi à travers les échanges affectifs qu'il partage avec elle. » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12). Le dialogue synchronisé et harmonisé qui se crée entre eux se traduit par des mimiques, des intonations et conduisent à une proto-représentation, chez le bébé, de sa mère (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12). Le bébé va anticiper les conduites maternelles. Comme le dit Winnicott « quand il regarde sa mère, il voit deux choses, la prunelle de sa mère et sa mère en train de le regarder » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12).

Parallèlement, la mère devient mère « puisqu'elle voit aussi son bébé en train de la voir le regarder autrement dit, le bébé est alors en train de faire de sa mère une mère, en même temps qu'il l'investit, tout cela avant de la percevoir » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 12).

## **2.4 Le développement psychologique de l'enfant.**

### **2.4.1 D'une approche psychanalytique à une approche développementale**

Dans les interactions précoces, la mère vient transformer les expériences sensorielles du bébé en pensée et en représentation. Bion (1964) parle de la fonction alpha (la mère). La mère s'appuie sur sa capacité de rêverie maternelle pour assurer cette fonction. « Si celle-ci est défaillante, le processus de liaison nécessaire à la construction des pensées et de l'appareil à penser du bébé risque d'être affaibli » (Bayle *et al.*, 2019 p 125). Le bébé développe sa pensée dans le lien à l'autre.

Spitz (1964), dit que le processus de moulage « consiste en une série d'échanges entre deux partenaires, la mère et l'enfant, échanges qui s'influencent réciproquement les uns les autres d'une manière circulaire » (Lebovici *et al.*, 1989).

D'autres auteurs (cités par Lebovici *et al.*, 1989), Lewis et Rosenblum (1974)

parlent de la « spirale transactionnelle ». Cosnier (1984), lui, évoque « l'épigenèse interactionnelle ». Wallon quant à lui reprend un concept développé par Ajuriaguerre (1962) et parle « de dialogue tonique ». Il s'agit d'un ajustement réciproque entre la mère et son bébé (Lebovici *et al.*, 1989). Le regard mutuel induit des affects très marqués pour la mère (Lebovici *et al.*, 1989) et vient renforcer la boucle biologique initiée par l'ocytocine.

Brazelton (1975) parle de « cycle d'interaction » (Lebovici *et al.*, 1989) et constate une alternance entre les phases de disponibilité chez le bébé et des phases de repli. Ainsi le bébé est actif dans le maintien ou la cessation de l'interaction avec son interlocuteur. Au départ, les seuls outils de communication que l'enfant a à sa disposition sont les pleurs et les cris. Puis après apparaît le « sourire réponse » et, plus tardivement, la parole (Lebovici *et al.*, 1989).

Le développement psychologique précoce était auparavant régi par les théories psychanalytiques génétique et structurale. Dans la première, s'intègre les notions de stade et de relation d'objet. La seconde se réfère, classiquement, à Lacan et s'oppose à la prise en compte de l'influence de la biologie dans le développement psychologique. Mais ces théories sont devenues progressivement obsolètes car elles ne prennent en compte qu'une seule dimension du développement (Guédeney *et al.*, 2014). Aujourd'hui, le courant est beaucoup plus intégratif.

Le développement de l'enfant avant 3 ans est primordial. Il porte à la fois sur les capacités motrices, cognitives, émotionnelles, affectives, intersubjectives, langagières, interpersonnelles ; les liens d'attachement ; les fonctions exécutives comme la mémoire, l'attention, l'inhibition et le contrôle émotionnel (Guédeney *et al.*, 2014). Les théories développementales posent l'hypothèse que l'ensemble de ces modules sont interdépendants et s'influencent les uns les autres bien que l'ensemble de ces mécanismes ne soit pas encore connu. Ces hypothèses semblent plus proches de la réalité. De par leur aspect multidimensionnel, elles rendent caduques les théories psychanalytiques de Freud, Lacan ou encore Klein (Guédeney *et al.*, 2014).

Quelques grands noms de la psychanalyse de l'enfant avaient une vision plus développementale de la psychopathologie de l'enfant. Winnicott se dégage de ces grandes théories psychanalytiques et part de la genèse des relations objectales qui

devient le facteur principal du développement psychique. Il se rapproche en cela d'avantage de la théorie de l'attachement. Anna Freud est elle aussi novatrice dans le domaine et prend une perspective développementale sur la psychopathologie de l'enfant. Par ailleurs, Margaret Mahler s'intéresse au comportement et au développement de l'enfant. Ce qui est beaucoup plus moderne que les anciennes théories psychanalytiques (Guédeney *et al.*, 2014).

Dans l'évolution du bébé, nous pouvons ainsi distinguer deux grandes notions. D'une part, la maturation dépend des facteurs endogènes du développement propre à l'espèce. Ceux-ci sélectionnés au cours de l'évolution et sont donc invariants et inéluctables (Guédeney *et al.*, 2014). D'autre part, le développement qui est une résultante de forces différentes, à la fois génétique et épigénétique interne et environnementale (Guédeney *et al.*, 2014). Dans cette deuxième notion, s'inscrit la notion de processus interactifs. En cela, nous pouvons facilement imaginer que les influences des facteurs parentaux tel que le care-giving (prendre soin) modifient le fonctionnement des gènes de l'enfant. C'est la notion d'épigénèse. Nous connaissons, également, une influence réciproque et une interdépendance du développement émotionnel et cognitif (Guédeney *et al.*, 2014). A travers ces propos, nous comprenons que le « mode dyadique » autrement dit, la relation mère-bébé comme unique facteur au développement d'une éventuelle psychopathologie est aujourd'hui dépassé.

#### **2.4.2 Nouvelles hypothèses : modèles développementaux**

Selon les hypothèses actuelles, l'ensemble des modules du développement connaîtrait des périodes sensibles. Par exemple, pour que les capacités d'intersubjectivité se développent de façon souple et stable, elles nécessiteraient des échanges parents-enfant précoces mutuels et de qualité suffisante. La recherche concernant les modules développementaux, et les périodes sensibles est donc primordiale afin de pouvoir prévenir au mieux l'apparition des troubles psychopathologiques. Nous allons maintenant décrire brièvement, physiologiquement, chacun des modules développementaux du développement psychologique précoce afin de mieux comprendre les enjeux de notre étude. Pour rappel, les dimensions du développement concernent : la perception, la

motricité, le cognitif, le langage, la communication, les échanges affectifs et l'intersubjectivité. Ils sont tous interdépendants. Dans le modèle de Von Bertalanffy (théoricien de l'information et des systèmes) (cité par Guédeney *et al.*, 2014), la finalité d'un état peut être atteinte de différentes façons. Autrement dit, les conditions initiales, bien que variables entre les individus, peuvent aboutir à la même expression développementale ou psychopathologique.

Le développement psychologique précoce est très puissant et très actif entre 0 et 18 mois. Il a une tendance à l'autocorrection et à la résilience, liée à cette puissance de développement mais aussi à sa plasticité (Guédeney *et al.*, 2014). Mais ces dernières ont des limites. Il est donc important de pouvoir intervenir précocement afin de prévenir l'apparition d'un trouble du développement plutôt que d'attendre que la résilience « fasse le travail » car ce n'est pas toujours le cas. Cela nécessite un repérage précoce et donc une intervention précoce.

Nous allons maintenant passer en revue les différents modules développementaux, d'abord chez le fœtus, puis nous nous intéresserons au développement social et affectif du bébé.

#### **2.4.2.1 Modules développementaux, Le développement fœtal**

Le fœtus acquiert une activité corticale à partir du dernier trimestre de grossesse. Il peut répondre à des stimuli auditifs (Renaud, Jardri, 2010 cité par Guédeney *et al.*, 2014). Cela conforte l'hypothèse que le fœtus est sensible à son environnement. Le développement de la sensorialité chez le fœtus est maintenant connu. Il suit un ordre précis : le toucher, l'équilibre, l'olfaction, la gustation, l'audition et la vision. La notion d'empreinte fœtale apparaît et soutient l'idée que le développement cérébral est très sensible à certaines influences prénatales qui peuvent avoir un impact sur le développement cognitif et émotionnel. Dans leurs études Figueredo *et al.*, et Gerardin *et al.*, (2010) cité par Guédeney *et al.*, (2014), ont montré que l'anxiété maternelle tel que le trouble de stress post-traumatique a un effet sur l'organisation du cerveau fœtal et en particulier sur les réponses ultérieures au stress selon un mécanisme épigénétique. De même, la dépression du pré-natale a elle aussi une influence sur le développement qui

est mesurable dès la naissance avec l'échelle de Brazelton. Glover *et al.*, (2010), Gallois, Wendland et Tordjaman (2012), cité par Guédeney *et al.*, (2014), montrent que le stress et l'anxiété prénataux ont un effet sur le cerveau du fœtus et sur son développement cognitif et émotionnel. Il y aurait un risque ultérieur au stress chez l'enfant. Ils tempèrent leurs propos en parlant de périodes sensibles du développement cérébral du fœtus (Gallois, Wendland et Tordjaman, (2012) cité par Guédeney *et al.*, 2014). L'effet du stress en début de grossesse serait d'avantage pourvoyeur de troubles cognitifs alors qu'en fin de grossesse, il serait plutôt responsable de troubles émotionnels. Mais il faut rester prudent quant à une généralisation de ces résultats compte tenu de l'hétérogénéité méthodologique des études portant sur ce sujet (Gallois, Wendland et Tordjaman, 2012).

#### **2.4.2.2 Modules développementaux, le développement social et affectif.**

1) L'attachement : Les connaissances dans ce domaine sont principalement issues de la théorie de l'attachement, théorisée par J. Bowlby. L'attachement est l'ensemble de comportements innés, ou système motivationnel, qui favorisent les relations intersubjectives et sont « corrigées quant au but » par la réponse de l'environnement (Dugravier *et al.*, 2015). Être attaché à quelqu'un est caractérisé par la recherche de proximité physique ou psychique de cette personne spécifique, à laquelle on est attaché, (Guédeney *et al.*, 2014) en situation de stress ou de détresse. La relation d'attachement du bébé pour son parent se développe progressivement sur plusieurs mois et évolue avec les acquisitions cognitives du bébé. Lorsque l'environnement est favorable c'est le « pattern » sécure qui s'exprime. La sécurité de l'attachement favorise la gestion émotionnelle et une meilleure estime de soi. L'enfant se sent digne d'être entendu en cas de détresse et sollicite sa figure d'attachement plus facilement pour exprimer ses besoins ou l'aider à la résolution de problèmes. C'est un facteur protecteur de psychopathologie ultérieure. A l'inverse l'enfant dont le « pattern » insécure s'exprime (ambivalent-résistant ou évitant), est un enfant qui a adapté ses besoins d'attachement en fonction des réponses reçues de l'adulte en charge de lui. Dans le cas du « pattern » évitant, l'enfant a tendance à cacher sa détresse émotionnelle et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Chez l'enfant l'ambivalent/résistant, il est constaté une

maximisation des signaux de détresse et une certaine « résistance » au réconfort. L'insécurité bien que non pathologique est malgré tout un facteur de vulnérabilité quant au développement d'une psychopathologie ultérieure. Quant au « pattern » désorganisé, il signe l'absence totale de stratégie d'attachement et est corrélé à la survenue de psychopathologies ultérieures (Guédeney *et al.*, 2014).

2) Le développement intersubjectif a été décrit par Stern et Trevarthen entre la naissance et le développement du langage. L'intersubjectivité est « la capacité à penser comme un individu et prendre progressivement en compte l'état mental de l'autre » (Guédeney *et al.*, 2014). Son développement se base sur les capacités innées de relation à l'autre. Stern, introduit la notion d'harmonisation affective (« affect attunement ») et pose l'hypothèse que l'harmonisation affective joue un rôle dans l'intersubjectivité (Guédeney *et al.*, 2014). Cette harmonisation pourrait être affectée par différents troubles maternels comme par exemple la dépression du post-partum et influencerait le développement de l'intersubjectivité chez les bébés. Marcelli (1992), propose la notion de micro et macro rythme pour souligner l'importance des synchronisations parents-bébé (cité par Guédeney *et al.*, 2014). Feldman, (2007) insiste sur l'importance de la synchronie entre le parent et le bébé. En effet, la synchronie sous-tend le développement intersubjectif (cité par Guédeney *et al.*, 2014). Fonagy, lui, insiste sur l'idée que l'attachement sécure favorise le développement de l'intersubjectivité et de la mentalisation (capacité à penser ses propres pensées et celles des autres) (Guédeney *et al.*, 2014).

3) Le développement des interactions parents-enfant a connu un essor dans les mécanismes de compréhension grâce au développement de la vidéo. Brazelton, pionnier dans ce domaine a montré que c'est le bébé qui est à l'initiative de l'échange avec son partenaire et qu'il le régule (Bayle *et al.*, 2019). Bien sûr, cela n'est possible que si le partenaire est suffisamment disponible. Quid des mères atteintes de dépression du post-partum, et d'un TSPT par exemple ? En effet, lors d'une dépression post-partum il y a une désynchronisation des rythmes d'échanges et donc une violation des attentes du bébé (exemple : expérience du « still face »). Dans le développement des interactions précoces, il y a quatre dimensions essentielles :

a) la réciprocité de l'échange (Lebovici *et al.*, 1983) mais aussi

b) l'accordage affectif (Stern, 1989). L'accordage affectif est le partage mutuel des mêmes états affectifs et comportementaux au même instant sur différents modes sensoriels. C'est l'une des dimensions de l'intersubjectivité. Il va représenter la capacité de la mère à renvoyer à son bébé ce qu'il a exprimé sur un mode sensoriel en utilisant un autre mode, tout en conservant le même profil d'activation. Cela va permettre de renforcer la communication intersubjective préverbale, et donne aussi au bébé le sentiment d'avoir été compris. La mère n'imité pas le bébé, elle se met en correspondance (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 22). Grâce à cette « communion interpersonnelle », le bébé va pouvoir reconnaître ses états affectifs internes et constater qu'il peut les partager avec autrui. Si, dans l'interaction, la mère change l'intensité du message du bébé (changement de mode), d'après Stern, cela peut induire des troubles des interactions qui, si l'expérience est répétée, peuvent devenir des troubles persistants interactionnels (Guédeney *et al.*, 2014). En effet, le bébé est sensible au degré de correspondance avec sa mère (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 22). Mais ce n'est pas chose aisée pour la mère, « l'accordage dépend de la collaboration de la mère pour la découverte de ses propres fantasmes et de la manière dont ils s'actualisent dans son comportement externe » (Lebovici *et al.*, 1989, chapitre 22).

c) La synchronie, est « l'aptitude mutuelle de la dyade à agir et réagir aux signaux et à s'influencer en vue d'un échange » (Guédeney *et al.*, 2014).

d) La sensibilité maternelle, selon Ainsworth *et al.* (1978) (cité par Guédeney *et al.*, 2015) va permettre le repérage des signaux de l'enfant et l'interprétation de ces derniers. Elle influence la vitesse de réponse, la flexibilité de l'attention et des conduites, et permet le niveau de contrôle approprié, modulant, ainsi, la négociation des buts discordants. Pour Crittenden (1981) (cité par Guédeney *et al.*, 2014), elle est « l'ensemble de comportements qui plaisent à l'enfant, contribuent à accroître son confort et ses capacités attentionnelles et permettent de réduire sa détresse et son désengagement ».

### **2.4.2.3 Perturbation des interactions**

Dans leur ouvrage (Lebovici *et al.*, 1989), S. Lebovici et S. Stoleru évoquent trois grandes dimensions étiologiques aux perturbations des interactions parents-bébé.

1) D'origine éthologique (excès ou manque de stimulation du bébé par la mère) : défaut de dialogue tonique en allaitement (Lebovici *et al.*, 1989, citant Cukier, Hemeury, 1973) ; défaut d'accordage affectif (Lebovici *et al.*, 1989, citant Stern, 1981) ; défaut de synchronie interactive (Lebovici *et al.*, 1989, citant Brazelton 1975) ;

2) D'origine étiologique et épidémiologique : c'est-à-dire perturbation des interactions en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque, soit liés au bébé (handicap, prématurité, retard de croissance intra-utérin), soit liés à la mère (psychopathologie parentale, difficultés familiales dans l'enfance). Mais cela peut aussi être lié aux deux partenaires de l'interaction (exemple : dysmaturité) ;

3) D'origine nosologique : étudie les perturbations interactives caractéristiques des différentes pathologies rencontrées (dépression du nourrisson ; pathologies somatiques).

Nous venons de retracer les grandes lignes des processus agissant sur le développement de la fonction parentale, l'évolution des interactions du bébé avec son parent et l'importance de ces dernières sur le développement psychomoteur, affectif et interpersonnel. Nous allons maintenant explorer le concept du trouble de stress post-traumatique, à la fois dans une dimension globale mais aussi dans la question de la transmission.

## **3 LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATISQUE (TSPT)**

---

### **3.1 Historique**

Ce paragraphe a pour objectif de balayer rapidement l'histoire du psycho-traumatisme et de mettre en lumière les grands courants de pensée à l'origine de ce concept.

Il existe quatre périodes dans l'histoire du traumatisme. Les précurseurs, les fondateurs, les continuateurs et les novateurs (Chidiac *et al*, 2010).

#### **3.1.1 Les précurseurs**

Les précurseurs remontent à 2000 av. J-C avec l'épopée sumérienne de Gilgamesh ou encore l'Illiade d'Homère (900 av J-C) (Chidiac *et al*, 2010). Puis, au fil des siècles les récits de guerre font apparaître les symptômes du stress post-traumatique que nous connaissons aujourd'hui. Il faudra attendre Oppenheim, (1888) pour qu'apparaisse le terme de « névrose traumatique » désignant les troubles psychiques liés aux accidents (Chidiac *et al*, 2010).

#### **3.1.2 Les fondateurs**

La période des fondateurs débute alors. Oppenheim opte pour la thèse psychotonique, alors que Charcot (1884), à la même période, opte pour l'hypothèse émotionnelle (Chidiac *et al*, 2010). Puis en 1889, Pierre Janet parlera de la dissociation du conscient et du corps étranger parasite représenté par le traumatisme. Freud, quelques années plus tard, en reprenant les concepts de Janet, parlera de « réminiscences ». Puis Ferenszi, 1932, « définit le traumatisme comme un choc inattendu et violent qui engendre l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre » (Bayle *et al.*, 2019).

### 3.1.3 Les continueurs

Par la suite, la psychiatrie de guerre prend le relais. Nous entrons alors dans la période des continueurs. Apparaît le terme de « névrose de guerre » crée par Honigam (1908) lors de la guerre Russo-Japonaise 1904-1905. Puis, lors de la première guerre mondiale, plusieurs termes se succédèrent pour désigner ces états : anxiété, neurasthénie, hystérie de guerre, névrose de guerre ou encore psychonévrose de guerre (Chidiac *et al*, 2010). Dans ce même temps, plusieurs traitements furent essayés sans franche réussite. Après la guerre, Freud identifie la notion de « compulsion de répétition », au travers des cauchemars (Chidiac *et al*, 2010). Fenichel, en reprenant les concepts de Freud, élabore un tableau clinique de névrose traumatique selon 3 axes : « Les symptômes de répétition, les complications psychonévrotiques, anxio-phobiques, hystériques ou obsessionnelles et le blocage des fonctions du moi » (Chidiac *et al*, 2010).

Au cours de la seconde guerre mondiale, les psychiatres aux armées mirent en évidence la différence entre « les simples réactions au combat » des « névroses de guerres plus durables » (Chidiac *et al*, 2010). S'introduit alors la notion de temps.

Le syndrome de répétition est mis en évidence chez les personnes issues des camps de concentration et est qualifié de « syndrome des déportés » par Targowla. Puis les différentes guerres entre 1950 jusqu'à nos jours, qu'elles soient européennes, américaines, orientales ou africaines, ont plus ou moins participé à préciser ces états traumatiques, certaines oubliant les leçons apprises au cours du dernier siècle.

### 3.1.4 Les novateurs

Enfin, la quatrième période : les novateurs, prennent racine aux États-Unis avec l'apparition du DSM-1 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). En 1952, la description des symptômes se met en place, affranchie des hypothèses pathogéniques. Le diagnostic de « Gross stress réaction » remplace le terme de névrose traumatique. Mais ce diagnostic disparaît du DSM II (1968), période de la guerre du Vietnam. Les symptômes du « post Vietnam syndrome » se font de plus en plus bruyants. Le nombre de mort par suicide est plus important que le nombre de mort au combat. Un groupe de

réflexion de psychiatres, mené par Shatan, propose alors l'ébauche de ce qui deviendra le Post traumatic stress disorder (PTSD) et trouvera sa place dans la troisième version du DSM.

Par la suite, un certain nombre de publications sur les soldats du Vietnam ont permis de préciser la clinique du PTSD et compléter les travaux sur le PTSD lié à des catastrophes naturelles, accidents... Au cours des actualisations du DSM, les critères du PTSD s'affinent et se précisent. Le PTSD est officiellement reconnu comme consécutif à un événement traumatique en 1980 par l'APA dans le DSM III (Ayers *et al.*, 2001). En 1994, le DSM IV a modifié le critère se rapportant aux événements pour tenir compte de la perception de la menace. Ainsi, la réaction à un événement peut affecter le développement ultérieur du TSPT (Ayers *et al.*, 2001).

Pour ce qui est de la CIM-10 (Classification internationale des maladies), datant de 1992, il existe 3 catégories diagnostic : la réaction aiguë à un facteur de stress, le syndrome de stress post-traumatique et la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (Chidiac *et al.*, 2010).

Les réactions face au traumatisme : névrose - phénomène neuro-physiologique.

Au fil du temps, et selon les courants de pensée, plusieurs termes pour désigner les réactions face au trauma ont vu le jour. Mais il est intéressant de noter la différence entre la notion de névrose traumatique et de stress post-traumatique. Dans le premier cas, la référence est la notion « affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique » (Chidiac *et al.*, 2010) alors que la seconde fait référence à l'origine biologique du processus de traumatisme avec le terme de stress emprunté par les anglo-saxons dans le DSM et la CIM-10.

La notion biologique du stress est éludée avec Selye. Grâce à ses travaux, il montre que le stress est un phénomène neuro-physiologique réflexe mettant l'organisme en danger en état d'alerte et de défense (Chidiac *et al.*, 2010). Il fait la distinction entre le stress (réaction de l'organisme) et le stresser (agent causal). Le stress peut alors être défini comme suit : « la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de

mobilisation et de défense, de l'individu (plutôt que de l'organisme) à une agression, une menace ou une situation inopinée » (Chidiac *et al*, 2010, citant Barrois, 1998).

Selon Freud, la notion de trauma dépend « du rapport de force entre les excitations venant du dehors et l'état de la barrière de défenses qui le reçoit » (Chidiac *et al*, 2010). Lebigot, approfondissant les travaux de Freud, explique que l'image traumatique en pénétrant l'appareil psychique atteint le niveau de l'inconscient. Avec l'effet de la thérapie, l'image traumatique peut nouer des liens avec les représentations de l'inconscient, alors le souvenir peut se transformer et prendre sens (Chidiac *et al*, 2010). Mais parce qu'il passe au-delà du langage, le traumatisme court-circuite le refoulement imaginaire et « renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute » (Chidiac *et al*, 2010).

La notion de confrontation au réel de la mort est d'origine phénoménologique. Selon les théories phénoménologiques, l'espérance traumatique comporte trois caractéristiques : elle est un « bouleversement de l'être et laisse une impression de changement radical de la personnalité ». « Elle marque une altération profonde de la temporalité ». Enfin, « elle impose une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses » (Chidiac *et al*, 2010).

Le stress a une origine neurophysiologique alors que le trauma relève de la psychologie. Chacun appartient à des registres différents dont tout semble les séparer mais qui pourtant coexistent chez certains sujets.

### **3.2 Définition**

Le mot traumatisme provient du grec « trauma », et fait référence à une blessure (Bayle *et al.*, 2019) ; (Chidiac *et al*, 2010). Empruntée initialement à la chirurgie, la notion de traumatisme psychique est « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme » (Chidiac *et al*, 2010), et entraînant des perturbations psychopathologiques.

Laplanche et Pontalis (1967), le définissent comme un événement dont l'intensité mène à une incapacité du sujet à y répondre adéquatement. Il provoque dans

l'organisation psychique des bouleversements et des effets pathologiques durables (Bayle *et al.*, 2019).

Selon le courant de pensée, les références bibliographiques, la définition du psychotraumatisme peut légèrement varier. Cependant, il semble exister quatre grandes caractéristiques selon François Lebigot. Tout d'abord, « une rencontre avec le réel de la mort ». Soit le sujet est lui-même directement concerné par la mort, soit il assiste à la mort d'une autre personne, ou bien vit la « mort horrible », c'est-à-dire fait face à des cadavres en grande quantité, plus ou moins mutilés. La notion d'effroi correspond à l'effraction psychique produite par le traumatisme, la soudaineté, ou la surprise, enfin, la dimension sensorielle et perceptive (Bayle *et al.*, 2019). Ces quatre grandes notions se retrouvent dans les critères diagnostic du DSM défini par l'APA (Association Psychiatrique Américaine). Nous les définissons dans le paragraphe suivant.

### **3.3 Nosologie**

#### **3.3.1 Le DSM V**

Dans le DSM V, la terminologie a évolué, nous parlons maintenant de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Auparavant classé dans les troubles anxieux selon l'APA, il est aujourd'hui classé parmi « les traumas et troubles liés au stress » tout comme les troubles de l'attachement.

Le TSPT est défini par huit critères (A à G), comprenant les causes, les manifestations et les conséquences.

En voici la description :

##### Critères A : L'exposition

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

#### Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l' ou des événement(s) traumatisant(s) ;
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse ;
3. Réactions dissociatives (exemples : rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait ;
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

#### Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

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

#### Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue de l' ou des événement(s) traumatique(s), comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants l' ou des événement(s) traumatique(s) en raison d'une amnésie dissociative;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives

#### Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), qui a/ont commencé ou a/ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hyper vigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil.

#### Critère F : Temporalité

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

### Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

### Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Ensuite, il s'agit de spécifier le type : avec ou sans symptômes dissociatifs :

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

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

Nous voyons bien, dans cette approche, l'importance de la notion de temps. Le diagnostic ne peut être posé que si les symptômes persistent au-delà d'un mois. Par ailleurs, la notion de répercussion sur le quotidien est importante et est un critère à part entière permettant d'établir le diagnostic (critère G).

On distingue le TSPT aigu (si la durée des symptômes est de moins de 3 mois), et le TSPT chronique (si les symptômes persistent au-delà de 3 mois).

Enfin, si les symptômes apparaissent six mois après l'événement traumatique, la survenue sera dite « différée ».

### **3.3.2 La CIM-10**

Dans la CIM-10, les symptômes du TSPT comprennent « des reviviscences répétées de l'événement, dans des souvenirs envahissants (flashback), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'«anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyper-éveil neurovégétatif, avec hyper vigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais va vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité » (CIM-10-CA, p233).

Nous venons de définir le cadre nosologique. À présent, nous allons appréhender l'approche catégorielle.

### **3.4 Approche catégorielle**

Au fil de l'histoire, les différents auteurs ont voulu classer les traumatismes en fonction de leur origine, d'autres en fonction de leur nombre.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), définit, en 1994, le traumatisme psychique comme « une situation ou un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». En d'autre terme, un traumatisme correspond à tout événement de vie qui vient faire effraction dans le psychisme. Le trauma vient alors bouleverser l'être humain dans sa capacité à comprendre ce qu'il est en train de vivre et dépasse ses fonctions régulatrices.

Terr (1989) propose la distinction entre les traumas de type I et le trauma de type

II « DESNOS » (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Le trauma type I est unique avec un début et une fin nette. Le trauma de type II est caractérisé par ou plusieurs événements traumatisants répétitifs, avec l'existence d'une menace pouvant se reproduire sur une longue période de vie et sans être prévisible. Le DESNOS s'observe chez l'adulte et fait suite aux traumatismes vécus dans l'enfance (Bayle *et al.* 2019).

Herman (1992) propose une classification comme suit : trauma simple vs trauma complexe superposable à la description de Terr. Contrairement à la CIM 11, le DSM V ne reconnaît pas le trauma complexe comme une entité nosographique à part entière.

Par ailleurs, il est important de considérer l'âge de survenue du ou des traumatisme(s). L'impact sera différent qu'il survienne chez un adulte ou un enfant, qu'il soit unique ou répété.

Enfin, il nous semble essentiel de préciser la notion suivante : la survenue d'un événement grave n'est pas synonyme de traumatisme (Chabbert *et al.*, 2016). En effet, cette distinction sera faite en fonction des capacités du sujet, de sa biographie mais aussi de l'intensité de l'événement.

### **3.5 La clinique**

Nous devons distinguer les réactions de stress aigu des réactions chroniques. En effet, dans le premier cas, bien que la clinique se recoupe avec le TSPT, la notion de temps est essentielle. Le TPST ne pourra se définir qu'un mois après le psychotraumatisme. Tout le cortège de symptômes présents entre l'événement traumatique et jusqu'à un mois post-trauma, sera qualifié de Trouble de Stress Aiguë (TSA).

Les symptômes du TSA se regroupent en 5 catégories : les symptômes envahissants (souvenirs répétitifs, flash-back, pensées imposées), l'humeur négative, les symptômes dissociatifs, l'évitement face à certaines situations rappelant le trauma, les symptômes d'éveils (trouble du sommeil, irritabilité, colère, hyper vigilance, trouble de la concentration) (Bayle *et al.*, 2019) et la dysrégulation émotionnelle. La présence de symptômes dissociatifs est prédictive d'un risque de passage du TSA au TSPT (Bayle *et al.*, 2019).

Dans le TSPT, il existe quatre grands groupes de symptômes à savoir les reviviscences par le biais de pensées intrusives, les flash-back, les comportements d'évitements et les symptômes neurovégétatifs (hyper vigilance, irritabilité). L'ensemble des symptômes est exposé dans les critères du DSM-V (cf ci-dessus).

### **3.6 Aspect neurobiologique**

L'ensemble du paragraphe suivant est basé sur les travaux de Salmona (2008, 2009)

#### **3.6.1 Définition :**

Lorsque le trauma entraîne une effraction psychique et une sidération psychique, l'ensemble des boucles de régulation neuro biologiques et les structures associées mises en place pour répondre à une menace, sont dépassés. Le risque vital est alors maximum. Afin d'assurer la survie le circuit habituel « disjoncte ».

En effet, les représentations mentales sont bloquées à cause du « non-sens de la violence » mais aussi de son caractère « impensable ». En d'autres termes, la panne des représentations mentales empêche la régulation de l'état de stress extrême. Pour assurer la survie, sont mis en jeu les mécanismes neurobiologiques de sauvegarde. Ces derniers provoquent une déconnexion du circuit de réponse au stress. De cette disjonction résultent la mémoire traumatique et une dissociation avec anesthésie psychique et physique.

#### **3.6.2 Les structures impliquées dans la réponse émotionnelle**

Le système limbique est l'ensemble des structures cérébrales permettant d'initier et de contrôler la réponse émotionnelle. Il joue un rôle essentiel dans la mémoire et les émotions. Il se compose de la région septale, du fornix, des hippocampes, ses amygdales cérébrales, ses zones corticales (préfrontale, cingulaire, parahippocampique).

L'amygdale est la structure principale assurant le contrôle de l'expression des réponses émotionnelles. Elle est le siège de la mémoire émotionnelle implicite.

## Réponse physiologique à un danger

Il existe deux voies : une courte, rapide et une autre lente.

- Voie Thalamo-amygdalienne : rapide, elle part du thalamus pour aller à l'amygdale et déclenche une réaction émotionnelle : crainte, peur. Cela va permettre de mobiliser l'organisme pour adopter un comportement de réaction de survie.

- Voie thalamo-cortico-amygdalienne : plus lente, elle associe le cortex sensoriel, sensitif, associatif (traite l'information sensorielle) et l'hippocampe, (mémoire déclarative, explicite). Ils permettront un réajustement émotionnel grâce à une analyse du contexte plus précise et vont comparer l'événement stressant à d'autres souvenirs, expériences et apprentissages. Ainsi, ils vont moduler et affiner la réponse amygdalienne.

Il existe 4 types de réponses émotionnelles de l'amygdale face à un danger :

1) La réponse comportementale, par action sur la substance grise péri aqueducule. Elle se traduit par la fuite, l'immobilisation, le sursaut, l'évitement ;

2) La réponse végétative est immédiate par action sur la formation réticulée du tronc cérébral. Cela entraîne une activation du système nerveux autonome sympathique et la libération de noradrénaline, adrénaline par les glandes médullo-surrénales ce qui provoque : accélération de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la tension artérielle et du glucose ;

3) La réponse endocrinienne : elle intervient dans un second temps, par action sur l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien avec la sécrétion de CRH (Cortico-relasing-factor) et l'ACTH (Adrenocorticotrophin-hormone). La CRH et l'ACTH entraînent la sécrétion de cortisol par les glandes cortico-surrénales, ce qui permet de poursuivre la libération de glucose par néoglucogénèse hépatique ;

4) La réponse motivationnelle est l'action sur le striatum et nucléus accumbens. Elle permet l'activation du circuit récompense/renforcement grâce à la libération de dopamine.

Au total, la réponse psycho-motrice et l'analyse corticale permettent de moduler l'activation de l'amygdale, voire de l'éteindre grâce à la résolution de la situation. Ensuite, la mémoire émotionnelle est intégrée par l'hippocampe puis transformée en mémoire explicite autobiographique et en expérience. Cela permet de créer de nouveaux apprentissages.

### 3.6.3 Réponse émotionnelle face à une expérience traumatique

Dans le cas du trauma, il y a effraction psychique du fait de la confrontation à la mort sans issue possible avec une impuissance totale. Secondairement à la sidération psychique, la modulation de l'amygdale ne peut avoir lieu comme nous l'avons décrit dans le paragraphe précédent. L'amygdale ne pouvant être désactivée, la réponse émotionnelle est maximale.

Les conséquences :

- L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est stimulé par une production de cortisol importante.
- Le système nerveux autonome sympathique est stimulé par une production d'adrénaline importante.
- La sécrétion de l'adrénaline et de cortisol entraîne un « survoltage » de l'organisme. Ces sécrétions sont toxiques sur le plan cardio-vasculaire (risque d'infarctus du myocarde, hypertension maligne) mais aussi sur le plan neurologique du fait de l'hyperglycémie induite par le cortisol.

Afin de protéger l'organisme de ce risque vital lié au survoltage, une voie de sauvegarde exceptionnelle est empruntée. Alors, le circuit disjoncte. Ce qui permet de protéger les structures. Mais cela va aussi entraîner un arrêt de leur fonctionnement. Le circuit limbique du stress disjoncte grâce à la production de neuro-médiateur tel que l'endorphine, antagoniste des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) du système glutamatergique avec un effet kétamine-like.

L'amygdale est alors déconnectée et « s'éteint ». S'en suit un apaisement de l'état de stress malgré la poursuite du traumatisme. Le système nerveux sympathique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, hors circuit, ne sont plus stimulés. Alors, la souffrance physique s'arrête. La souffrance psychique cesse grâce à la production d'endorphine.

L'amygdale déconnectée du cortex associatif ne va plus recevoir les informations émotionnelles, mais les stimuli vont continuer d'arriver au cortex sensoriel via le thalamus. Le cortex associatif va les traiter mais sans l'aspect émotionnel, sans la souffrance

psychique ou physique. Il en résulte une dissociation (impression d'étrangeté, irréalité, confusion, dépersonnalisation).

L'amygdale déconnectée de l'hippocampe ne reçoit plus le contenu de la mémoire implicite émotionnelle, elle ne pourra donc plus se « transformer » en mémoire déclarative autobiographique et affective. Cela explique les troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à l'amnésie traumatique totale. La mémoire émotionnelle est piégée et devient l'origine d'un circuit de peur conditionnée permanent car le cortex associatif et l'hippocampe ne peuvent faire leur rôle de modulateur.

Ainsi, la déconnexion de l'amygdale est à l'origine de la mémoire traumatique.

Ensuite, à chaque stimulus activant la mémoire traumatique, cette dernière va activer l'amygdale devenue hypersensible puisque l'hippocampe et le cortex associatif ne peuvent la moduler. Une fois activée, l'amygdale va transmettre au cortex des réminiscences (flash-backs, images) donnant le sentiment de revivre l'événement (sensations, pensées, émotions) mais sans repère spatio-temporel. Dans le même temps, l'amygdale va réactiver les réponses émotionnelles du stress déclenchant angoisses, détresse, attaque de panique.

Pour éviter cela, la personne va mettre en place de stratégies de survie et d'auto-traitement. A savoir, des conduites de contrôle avec l'hypervigilance et l'évitement des stimuli réactivateurs de l'amygdale.

Cependant, malgré ces stratégies adaptatives la mémoire traumatique s'active. Le circuit disjoncte alors spontanément de nouveau. La limite de ce processus est le phénomène de tolérance et d'accoutumance aux drogues produites par le cerveau lors de la disjonction. Afin de supporter cela, vont se mettre en place des comportements de disjonction provoquée, soit par hypnose (permet une déconnexion douce) soit avec des conduites dissociantes (drogues, alcool, conduites à risque). L'objectif des conduites d'auto-traitement est d'obtenir une analgésie physique, psychique et affective mais aussi une dissociation.

Mais ces solutions renforcent la mémoire traumatique amygdalienne et majorent les symptômes liés à la déconnexion.

### **3.7 La Prévalence**

L'exposition à un événement traumatique vie entière est de 60 à 90 % aux Etats-Unis et 30 % en France (Kring *et al.*, 2013).

Selon l'étude ESEMed (Alonso *et al.*, 2004) portant sur 6 pays européens, la prévalence vie entière est de 2,9% pour les femmes contre 0,9% pour les hommes. Alors qu'aux États-Unis elle est de 5 à 6 % chez les hommes et de 10-14 % chez les femmes (Kessler *et al.*, 1995). Mais ces résultats sont à tempérer puisque la prévalence de survenue d'un TSPT après un événement traumatique varie selon la nature de l'événement. Par exemple, les études montrent qu'après une agression sexuelle, deux tiers des victimes vont souffrir d'un TSPT.

### **3.8 Évolution**

Variable selon les patients, le TSPT est qualifié d'« aigu » en dessous de 3 mois d'évolution et de « chronique » au-delà de 3 mois. Une rémission spontanée est la règle. Elle concerne deux tiers des personnes affectées au cours des premières semaines suite à la survenue de l'événement (Kring *et al.*, 2013). L'évolution chronique (> 3 mois) est de pronostic défavorable. Pour un tiers des patients, les symptômes persistent, même dix ans après l'événement traumatique (Kring *et al.*, 2013, citant Märcker, 2003).

### **3.9 Comorbidités**

Les principales comorbidités sont tout d'abord la dépression, les troubles anxieux et la prise de toxique, les troubles du sommeil ou encore le suicide (plus fréquent dans le cas des traumatismes complexes). Le tableau 2 suivant résume les principales comorbidités, exprimé en pourcentage (Kessler (1995) ; (2005) cité par (Bayle *et al.*, 2019) :

*Tableau 2 : Comorbidités associées au trouble de stress post-traumatique ( Kessler et al., 1995 ; 2005)*

	Femmes	Hommes
Trouble anxiété généralisée	15 %	17 %
Attaque de panique	12,6 %	7,3 %
Phobie sociale	28 %	28 %
Phobie simple	29 %	31,4 %
Agoraphobie	22,4 %	16,1 %
Dépression	49 %	48 %

Dans le cas du traumatisme complexe survenu dans l'enfance, il peut s'observer des altérations importantes de « nombreux systèmes : la capacité à moduler les affects, l'identité et le sentiment de soi, la conscience et la mémoire, les relations avec autrui, y compris avec l'agresseur, la relation au corps et les systèmes cognitifs de compréhension » (Bourgault, 2013a). Au niveau symptomatique, on observe : « une dérégulation des émotions, la difficulté de gestion des comportements impulsifs et dangereux, des troubles somatoformes, une représentation de soi endommagée de manière chronique et permanente, des relations interpersonnelles caractérisées par la dépendance, et une absence de croyance fondamentale dans le sens de la vie » (Bourgault, 2013a).

### **3.10 La prise en charge**

Nous allons ici brièvement donner les grands axes thérapeutiques les plus utilisés.

Il existe des thérapies psychodynamiques issues des travaux psychanalytiques (Freud, Jant, Ferenczi).

Les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) utilisant l'exposition progressive ou la restructuration cognitive, issues de modèles plus récents (Foa et Kozak, 1986, 1989 ; Janoff-Bulman 1985 ; Ehlers et Clark 2000).

L'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) introduite par F Shapiro en 1989, est une thérapie intégrative.

La thérapie de la reconsolidation, développé par le Pr A Brunet, assez récente et s'appuyant sur la prise de béta-bloquant et de la lecture du récit traumatique.

Il existe également des aides médicamenteuses.

### **3.11 La question de la transmission**

Ici, nous nous plaçons dans le cas où la mère vit un traumatisme avant la naissance du bébé. D'après l'expérience clinique périnatale, il apparaît clairement qu'il existe une transmission de ce trauma. Selon certains auteurs, « la transmission va garder la trace du traumatisme non élaboré dans l'héritage psychique, d'autant plus fortement que les éprouvés autour de ces traumatismes avaient été écartés ou refoulés » (Bayle *et al.*, 2019, p187-192). L'impact du trauma psychique dépendra de l'âge de survenue, de la réaction et de la prise en charge de l'entourage au moment des faits et du caractère répétitif ou non (Bayle *et al.*, 2019, p187-192).

Parmi les auteurs s'étant intéressés à ce sujet, Sheering et Zeannah (2001) introduisent la notion de « PTSD relationnel ». Ils insistent sur « l'effet modérateur ou activateur de la réaction parentale au trauma de l'enfant » (Baubet *et al.*, 2006). Ils soulignent l'importance de la relation mère-enfant dans tous les traumatismes de l'enfant et décrivent les effets du trauma maternel sur l'enfant. La notion de traumatisme relationnel est alors posée (Baubet *et al.*, 2006). Une autre notion mérite d'être abordée, il s'agit de la parentalité confuse. Elle décrit la non disponibilité du parent trop préoccupé à traiter les détresses de son bébé interne envahi par les traumatismes anciens (Bayle *et al.*, 2019, p 187-192). Elle traduit la non disponibilité pour le parent à être avec son bébé dans un processus interactionnel. Le bébé peut alors être confondu avec le matériel traumatique non élaboré ou alors, le bébé « est soigné dans la réparation, mais sans prise en compte de ses besoins primaires » (Bayle *et al.*, 2019, p 187-192).

Dans les paragraphes qui vont suivre, nous avons choisi d'approfondir trois points. La transmission de la vie psychique entre les générations, ensuite la transmission transgénérationnelle du trauma et enfin la transmission directe du trauma de la mère au bébé.

### 3.11.1 Transmission de la vie psychique entre les générations

Les travaux d'Abraham et Torok (cité par Baubet *et al.*, 2006) permettent de conceptualiser, d'un point de vue psychanalytique, le fonctionnement de l'existence d'un traumatisme antérieur et de son existence au sein de la dyade. De par leurs observations cliniques, ils distinguent les influences intergénérationnelles et transgénérationnelles. Il explique que l'enfant au contact de la « crypte » (refoulement des émotions, image traumatique) de son parent est affecté et va devoir se construire avec le clivage du parent dont il est dépendant psychiquement. La distinction entre les influences inter et trans générationnelles est faite. Dans le premier cas, la transmission est directe du parent à l'enfant. Dans le second cas, la transmission s'applique à une succession de générations.

Kreisler et Cramer (1981) (cité par Baubet *et al.*, 2006) insistent sur l'importance des relations précoces dans le processus de transmission. Ce qui est renforcé par Stern (1989), qui introduit la notion d'accordage affectif. L'accordage affectif correspond au style interactif du parent avec son bébé. Il serait, selon Stern, la base de l'identification et de la transmission transgénérationnelle. Stern le définit comme suit : « l'exécution de comportements qui exprime la propriété interne d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne ». Plus simplement, l'imitation va traduire la forme alors que l'accordage va traduire la sensation. L'accordage affectif participe au processus de l'établissement de l'intersubjectivité. Cela signifie que l'enfant acquiert la notion de partage d'état émotionnel. Si une mère est atteinte d'un TPST, sa capacité d'accordage affectif est altérée alors, nous pouvons nous questionner sur le processus de développement de l'intersubjectivité de son bébé.

Cramer et Palacio Espasa (1993) (cité par Baubet *et al.*, 2006), conceptualisent la notion de matérialisation. Ce concept se réfère à l'idée que le bébé, de par sa présence corporelle, ses comportements, incarne les conflits intrapsychiques de la mère.

Ces deux grands concepts (accordage affectif et matérialisation), permettent de mieux comprendre la transmission psychique à travers les générations.

### 3.11.2 Mais qu'en est-il de la transmission transgénérationnelle du trauma ?

Le tableau 3 suivant résume les différents modèles de transmission, (tiré de Baubet *et al.*, 2006). Ils sont tous interdépendants et ne peuvent être considérés les uns indépendamment des autres.

Tableau 3 : Les différents modèles de transmission transgénérationnelle du trauma (Baubet *et al.*, 2006)

Théorie	Moyens de transmission	Facteur de transmission principal
Psychodynamique	Relations interpersonnelles	Émotions inconscientes déplacées
Socioculturelle	Socialisation	Parentage et ses influences
Système familiaux	Communication	entravement
Biologique	Génétique	Vulnérabilité héréditaire au TSPT.

D'un point de vue développemental, la transmission du trauma psychique dépendrait d'une prédisposition biologique, du développement individuel et de l'influence de la famille et du contexte socioculturel. Il s'agit donc d'un concept bio-psycho-social.

Afin de mieux comprendre chacun de ces concepts, nous allons brièvement les détailler.

Dans le modèle psychodynamique, selon Rowland-Klein et Dunlop, 1998 (cité par Baubet *et al.*, 2006), le trauma se transmettrait via l'identification projective. La projection des sentiments, émotions, anxiété du parent sur le bébé entraînerait chez le bébé l'introjection de ces derniers comme s'il avait lui-même vécu les événements. Puis, il y aurait chez le bébé un retour de ces introjections sous la forme d'un problème. Pour Grubich-Simitis, 1981, (cité par Baubet *et al.*, 2006), les mères ne seraient pas en capacité de subvenir aux besoins du moi de l'enfant, ce qui prédisposerait celui-ci à des traumas ultérieurs.

Dans le modèle bio-culturel de socialisation, Kellerman (cité par Baubet *et al.*,

2006), propose un modèle contraire au précédent. Il parle d'une transmission directe et consciente du trauma par l'intermédiaire des comportements de parentalité. Il en répertorie quatre : transmission, affection, punition et surprotection.

Dans le modèle du système familial et de la communication, Kellerman (cité par Baubet *et al.*, 2006) parle de la problématique de la séparation-individuation, d'attachement et d'une inversion du rôle parental. « L'enfant prouve que ses parents sont en vie mais rappelle les morts ». Par ailleurs, Zajde (1995) (cité par Baubet *et al.*, 2006), théorise deux processus. Dans le premier, « la projection du traumatisme sur l'enfant d'une partie ou une fonction de l'appareil psychique du parent sur l'enfant », amènerait ce dernier à être le « happy ending » de l'histoire parentale. Ou alors, a contrario, l'enfant aurait pour mission « le passage à l'acte de l'agressivité réprimée du parent ». Dans le second modèle, il évoque l'inversion de génération où l'enfant serait, dans ce cas, l'objet réparateur.

Enfin, Barocas et Barocas (1980), Danielli (1982) (cité par Baubet *et al.*, 2006) décrivent le modèle biologique et génétique. « La mémoire de la peur pourrait être transmise à travers des processus physiologiques ». Il existe trois modèles : l'exposition indirecte par les parents ; l'incapacité parentale à donner les soins nécessaires au bébé et l'existence d'une vulnérabilité générale. S'ajoute à cela, un quatrième modèle. Selon Salomon *et al.* (1988) (cité par Baubet *et al.*, 2006) ; l'enfant de survivant est plus à risque de PTSD du fait des comportements acquis par l'intermédiaire de leur parent. S'introduit alors la notion de « vulnérabilité à une traumatisation secondaire ».

### **3.11.3 Transmission directe du trauma de la mère au bébé.**

Les recherches dans ce domaine sont relativement récentes et assez pauvres. Les apports les plus importants proviennent de la théorie de l'attachement. Celle-ci permet de faire une interface entre le symptôme et le processus.

Hesse *et al.*, (2003) (cité par Baubet *et al.*, 2006), avec l'AAI (Attachement Adult Interview), mettent en évidence l'existence de signes linguistiques brefs de désorganisation et de désorientation. Ils proposent alors que ce « relâchement » pourrait

être médiateur dans le comportement du parent et cela pourrait avoir des conséquences sur le bébé. Même si la qualité de la parentalité est bonne, c'est-à-dire sensible, ces signes de désorganisation et de désorientation décrits plus haut, pourraient provoquer une désorganisation et une désorientation brève chez le bébé. Ces brefs instants de désorganisation du parent proviennent d'une source interne du parent. Ils seraient le résultat de la désorganisation mentale et des conflits ayant un lien avec les expériences effrayantes donc, potentiellement, les expériences traumatiques du parent, amenant le parent à avoir des comportements effrayés/effrayants. C'est ce que Liotti a théorisé avec le « Triangle dramatique de Liotti ». Chacun des partenaires de la relation (parent-bébé) peut devenir agresseur, victime et sauveur et changer de place de façon interdépendante selon le contexte (Liotti, 2004). Les comportements de dissociation du parent vont être les premiers prédicteurs de la désorganisation du bébé. Par conséquent, ce qui se transmet dans l'interaction, est le comportement du parent en réponse aux besoins du bébé.

Bar-on et al. (1998) (cité par Baubet *et al.*, 2006) expliquent la relation paradoxale qui existe : le parent, source de réconfort et rassurant, devient effrayé/effrayant pour l'enfant. Pour résoudre ce conflit psychique insupportable, l'enfant présente un comportement de désorganisation. Pour ces auteurs, ce mécanisme s'observe lorsqu'il existe des traumatismes non résolus chez le parent. La question est de savoir si le trauma non résolu existe lors de trauma complexe et/ou pour un trauma unique. Pouvons-nous considérer le TPST simple comme trauma non résolu ?

Par ailleurs, Schuengel *et al.* (1989) (cité par Baubet *et al.*, 2006), montre que la perte non résolue va être prédictive d'un attachement désorganisé. Comme nous l'avons vu précédemment, le comportement parental effrayant va prédire la désorganisation chez le bébé mais ce n'est pas la dissociation de la mère qui va induire la désorganisation de l'enfant. La dissociation maternelle va entraîner un comportement effrayé/effrayant. C'est ce comportement qui va être désorganisant pour le bébé. Chez les parents sécures, la perte ne va pas affecter l'aspect comportemental, donc va réduire le risque de désorganisation chez l'enfant.

Pour Lyon Ruth *et al.*, (2003) (cité par Baubet *et al.*, 2006), « l'influence du trauma

maternel sur l'attachement de l'enfant est plus important à 18 mois, quand le bébé devient enfant ».

Puis Fonagy introduit la notion de fonction réflexive, c'est la capacité à penser sur ses propres pensées. Egeland et Sussman-Stillman (1996) (cité par Baubet *et al.*, 2006), parle du comportement parental dissocié. Donc, plus le fonctionnement réflexif est bas, plus le trauma va s'exprimer au travers des réponses physiologiques et psychopathologiques du stress. Plus les représentations maternelles sont négatives et distordues plus le comportement maternel va être effrayé/effrayant en réponse aux signaux du bébé et donc va entraîner une désorganisation du bébé.

Pour conclure, c'est d'avantage la mémoire traumatique qui est en cause, que le trauma en lui-même. Pour ces mères traumatisées avec une mauvaise fonction réflexive et des comportements effrayés/effrayant, l'enfant devient la menace, de par son absence (physiologique) de capacité à réguler ses affects et émotions. Pour Fonagy (1999) (cité par Baubet *et al.*, 2006), « l'émotion de l'enfant stimule l'incapacité temporaire du care-giver (parent) à percevoir l'enfant comme une personne ». Dans ce processus, l'enfant va percevoir ses émotions comme un danger, car elles deviennent la source de la perte le contact avec son care-giver. Ainsi pour supporter l'image d'enfant effrayant que lui renvoie son parent l'enfant va se dissocier (dissociation du moi) pour échapper à cette situation insupportable. Cela est différent du processus d'identification. Ce dernier fait référence à une modification de la représentation de soi. « L'attachement désorganisé résultant créé une prédisposition à une réponse dissociative à un trauma ultérieur ». Les traumas de l'enfance auront créé des vulnérabilités à des traumas ultérieurs. Ce qui n'est pas le cas si le trauma est aigu et récent, unique. Ainsi, se perpétue le processus de transmission transgénérationnelle : le comportement désorganisant du parent entraîne une désorganisation chez l'enfant, et si cela se répète, une vulnérabilité aux traumas ultérieurs va se créer.

Le lien interactif et comportemental entre le bébé et son parent est le dénominateur de base. Voilà pourquoi nous nous intéressons à cela aujourd'hui.

## 4 LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) DANS LES SUITES D'UN ACCOUCHEMENT

---

Le vécu traumatique de l'accouchement constitue un tabou à la fois dans la population générale mais aussi dans la population soignante. Dans les représentations sociales, l'accouchement est considéré comme un événement heureux (Benzakour *et al.*, 2019). Pourtant, il arrive qu'il soit associé à un événement traumatique jusqu'à 43 % des femmes (Benzakour *et al.*, 2019) selon certaines études. Cette situation paradoxale ne facilite pas la demande de soins des femmes en souffrance.

### 4.1 Historique

Freud (1909, 1916-1917, 1926) et Rank (1924) (cité par Bayle *et al.*, 2019) propose l'étude du traumatisme de la naissance, seul l'enfant est pris en compte au travers de l'angoisse et du traumatisme que peut représenter l'accouchement. La mère n'est pas prise en considération dans ce qu'elle peut vivre dans un tel moment (Bayle *et al.*, 2019, p 84).

L'apparition du concept de trouble de stress post-traumatique dans les suites d'un accouchement est assez récente. Les études qui s'y rapportent également. Les premières descriptions d'accouchement vécu comme traumatique avec des conséquences psychopathologiques pour la femme remontent à 1978 avec M. Bydlowski et Raoul-Duval (Kring *et al.*, 2013 ; Ayers *et al.*, 2001 ; Bayle *et al.*, 2019), le terme utilisé était la « névrose traumatique post-obstétricale ».

Initialement, le TSPT était mis en lien avec un accouchement compliqué (forceps, ventouses, accouchement prématuré (Ayers *et al.*, 2001)).

Il faudra attendre 1987, avec Arizmendi et Affonso, puis 1992 avec Moleman *et al.* (cité par Kring *et al.*, 2013) ; (Chabbert *et al.*, 2016)), pour envisager l'accouchement comme source de trauma même en l'absence de complications obstétricales ou néonatales, notamment chez les femmes à risque (Bayle *et al.*, 2019). En effet, la grossesse et la naissance peuvent réveiller un traumatisme plus ancien (Bayle *et al.*, 2019

citant Bayle et al., 2006).

L'évolution du DSM au cours de ces dernières décennies a notamment fait évoluer le critère A. Aujourd'hui, le TSPT peut être déclenché par tout événement, perçu comme menaçant pour la vie ou l'intégrité psychique de la personne elle-même ou d'un tiers, provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur (APA 2004). La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (DSM IV, APA 1994, 2013 ; Chabbert *et al.*, 2016 ; Ashbaugh *et al.*, 2016). Les modalités de classification ont également évolué. Aujourd'hui, dans le DSM V, le TSPT est répertorié dans « troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress ».

## 4.2 Définition

Certains chercheurs ont subdivisé les groupes en TSPT secondaire à l'accouchement complet et partiel mais du fait d'une absence de consensus sur la définition du TSPT partiel, les données sont difficilement comparables (Ayers *et al.*, 2008). Les critères diagnostics sont les mêmes que pour le TSPT non lié à l'accouchement et doivent perdurer au-delà d'un mois.

Le vécu traumatique peut engendrer un TSPT mais ce n'est pas le plus fréquent. Nous pouvons distinguer trois autres catégories : les réactions de stress brèves, transitoires dont les symptômes sont principalement l'agitation, l'anxiété ; l'état de stress aigu, les critères diagnostics sont les mêmes que le TSPT après un accouchement mais la durée est plus courte : entre 3 jours et 1 mois. Enfin, le vécu de l'accouchement peut entraîner une symptomatologie de la sphère dépressive : la dépression du post-partum. Elle a une importante comorbidité avec le TSPT secondaire à l'accouchement (Benzakour *et al.*, 2019).

### 4.3 Réflexion théorique

Il n'y a pas de théorisation à proprement parlé. Différents auteurs se sont intéressés aux phénomènes psychiques mis en jeu au cours de cette période et plusieurs courants de pensée permettent à ce jour de mieux comprendre ce qui se joue durant ce moment de fragilité. En 2006 (Ayers *et al.*, 2008), un regroupement d'experts s'est réuni pour faire un état des lieux des connaissances dans le domaine, et formuler un certain nombre de recommandations pour la recherche. La principale question soulevée était de savoir si le TSPT dans les suites d'un accouchement traumatique est de la même nature qu'un autre événement traumatique. L'accouchement est un événement unique, intense, bouleversant et potentiellement mortel, tant sur le plan psychologique que physique, qui peut être vécu de manière négative et traumatique (Chabbert *et al.*, 2016). Il est aussi un événement prévisible et inévitable (Ayers *et al.*, 2008). La naissance, de par sa nature, implique non seulement des atteintes corporelles mais aussi des modifications neuro-hormonales et physiologiques. Cependant, c'est un événement perçu comme positif par la société et qui se distingue également par l'environnement qu'il sollicite. La femme est souvent entourée de son partenaire, du personnel soignant et de son bébé (Ayers *et al.*, 2008 ; Ayers *et al.*, 2004).

A ces prérequis universels, s'ajoutent des éléments de complexité liés à l'événement. Ce qui, par conséquent, amène à la réflexion théorique. Faut-il avoir une approche catégorielle et considérer la TSPT comme une somme de symptômes permettant de poser un diagnostic précis. Ou faut-il considérer le TSPT comme un continuum entre l'événement traumatique et la détresse perçue par la femme, le couple ? En effet, il est possible que les femmes présentent un TSPT avant l'accouchement et que leurs symptômes soient exacerbés par l'accouchement puis transférés sur l'accouchement (Ayers *et al.*, 2001). L'ensemble de ces éléments peuvent varier en fonction du vécu et du parcours de vie de chaque femme.

Les auteurs Ayers *et al.*, (2008) ; Ayers *et al.*, (2004) ont également soulevé la problématique du terme employé. Faut-il parler TSPT postnatal ou du post-partum ? TSPT dans les suites de l'accouchement ? Un consensus a fait prévaloir le terme TSPT dans les suites de/après l'accouchement (Ayers *et al.*, 2008). En effet, les recherches actuelles

ne permettent pas de conclure à une différence entre le TSPT après l'accouchement et après un événement traumatique d'une autre nature. Cela peut, en partie, s'expliquer par le fait que les recherches n'ont pas encore permis de faire la distinction entre un TSPT en lien direct avec l'accouchement ou lié à un événement traumatique ancien révélé par l'accouchement (Ayers *et al.*, 2008).

Dans notre étude, nous parlerons donc de TSPT dans les suites de l'accouchement.

Il apparaît difficile de considérer cet événement sans prendre en compte toutes les variables qui y sont rattachées. A la fois les dimensions externes (culturelles, sociales, organisationnelles) mais également les dimensions internes (perception de la détresse, la biographie, le vécu de l'accouchement par la femme, la mère).

Autant de dimensions compliquent nettement la compréhension et le diagnostic du TSPT.

Après l'accouchement, l'exposition au traumatisme, du fait de la présence du nourrisson, est permanente (Ayers *et al.*, 2008), nous pouvons alors nous demander si cela a une influence sur l'évolution du TSPT. En effet, nous pourrions considérer que l'exposition permanente au bébé, agirait comme un désensibilisateur au trauma ou au contraire comme un facteur activant, de manière continue, le souvenir traumatique, empêchant alors la femme d'intégrer le souvenir comme non traumatique. Cela pourrait expliquer certaines attitudes maternelles comme les conduites d'évitement par exemple (Davies *et al.*, 2008). Il est suggéré dans la publication de Ayers *et al.*, (2004), que les symptômes de ré-expériences et d'évitement sont normaux suite à un événement traumatique. Cela permettrait de traiter mentalement l'événement par « tranche » et ainsi permettre au sujet de ne pas être submergé.

Nous retiendrons l'importance du sens qui peut être donné à un événement et à la variabilité inter-individuelle dépendante de facteurs multiples à la fois personnels et subjectifs (biographie, vécu de la détresse), contextuels (modalités de l'accouchement) et interpersonnels (le soutien social).

Faut-il avoir une approche catégorielle ou dimensionnelle ? Au vu des éléments exposés précédemment, il semble important, dans cette situation qu'est l'accouchement, d'avoir une approche dimensionnelle. En effet, l'approche catégorielle utilisée dans un certain nombre d'études ne permet pas de répondre au fondement théorique comme nous

avons pu le voir, notamment car l'accouchement n'est pas un événement traumatique comme les autres.

La grande variabilité de l'incidence dans les études allant de 1 à 6 % pour les cas cliniques et de 6 à 24 % pour les symptômes graves, peut être expliquée par une méthodologie variée et non standardisée (Ayers *et al.*, 2001).

#### **4.4 La clinique**

Elle est similaire au TSPT survenant après d'autres événements négatifs. Il existe cependant quelques spécificités propres à la nature du traumatisme.

Le TSPT comporte quatre grandes catégories de symptômes : intrusion, évitement, altération des cognitions et de l'humeur, troubles neuro-végétatifs. Dans le cas du TSPT secondaire à un accouchement, les flashbacks, les cauchemars seront en lien avec l'accouchement, les comportements d'évitement concerneront d'avantage les relations sexuelles, l'éviction du lieu de l'accouchement, la tocophobie (Benzakour *et al.*, 2019). Globalement, l'ensemble de la clinique se décline autour de la grossesse et de l'accouchement (Benzakour *et al.*, 2019).

Cependant certaines spécificités existent : les cauchemars au sujet de l'accouchement, l'impossibilité de retourner à l'hôpital, des difficultés à s'occuper de son bébé.

A noter, que la reviviscence est le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans le TSPT dans les suites d'un accouchement traumatique (Ayers *et al.*, 2009).

Il faut distinguer deux groupes selon le traumatisme. D'une part, les femmes qui « identifient l'accouchement comme traumatique et qui développent par la suite des symptômes d'TSPT en raison de cette expérience ». D'autre part, les femmes en période postnatale « qui identifient comme événements traumatiques des événements antérieurs qui ne sont pas liés à la période périnatale (agressions sexuelles, viols...) » (Bayle *et al.*, 2019).

Dans le premier cas, ces femmes ont souvent vécu des interventions imprévisibles : césarienne en urgence, extraction instrumentale, mais aussi un sentiment de perte de contrôle, une mauvaise analgésie (Bayle *et al.*, 2019). Dans le second cas, il est possible

que le TSPT était présent avant l'accouchement et que ce dernier est venu raviver la symptomatologie. Mais il est aussi possible que l'accouchement ait déclenché de nouveaux symptômes (Bayle *et al.*, 2019). Nous pouvons également interroger l'impact de la reviviscence des traumatismes sexuels sur le déroulement de l'accouchement et ses complications. Ces antécédents sont d'ailleurs considérés comme des facteurs de risque.

#### **4.5 La prévalence**

Un tiers des femmes évalue leur accouchement comme traumatisant (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016) soit 20 à 50 % (Ayers *et al.*, 2008). Selon Alcorn *et al.*, 2010, 43 % des femmes rempliraient le critère A du DSM IV en ce qui concerne l'évaluation de l'accouchement comme événement traumatisant.

Les études dans ce domaine sont, maintenant, nombreuses. La prévalence varie de 0 à 7 % des femmes répondant aux critères diagnostiques de TSPT (Ayers *et al.*, 2008 ; Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016) et peut atteindre 30% selon les études (Bayle *et al.*, 2019). Ce chiffre varie selon la méthodologie des études, les outils diagnostiques et l'ethnie. On note que la prévalence est plus élevée dans les groupes à hauts risques, jusqu'à 26 %, tels que les accouchements prématurés ou morts-nés (Ayers *et al.*, 2008) ou l'utilisation de la césarienne en urgence ou l'instrumentalisation (forceps) (Bayle *et al.*, citant Söderquists). Cependant, il faut interpréter ces chiffres avec prudence puisque la distinction entre le TSPT préexistant à l'accouchement et le TSPT directement lié à l'accouchement n'est généralement pas faite. La population à risque comprend les femmes ayant une accumulation de facteurs de risques comme des antécédents psychiatriques, une histoire traumatique, les facteurs liés à l'accouchement (prématurité, pré-éclampsie, peur de l'accouchement) (Bayle *et al.*, 2019). Pour pallier ce biais, des échelles pour dépister spécifiquement le TSPT après l'accouchement ont été créées. Mais elles ne sont pas encore correctement validées (Ayers *et al.*, 2008). D'autre part, les outils et le délai de mesure varient entre les études (Ayers *et al.*, 2008 ; Ayers *et al.*, 2004).

Un consensus est retenu. Ainsi, la prévalence de TSPT dans les suites d'un accouchement est de 1 à 2 % (Kring *et al.*, 2013 ; Ayers *et al.*, 2008). Des études transversales suggèrent une prévalence similaire. Environ 3% des femmes seraient

atteintes d'un TSPT pendant la grossesse (Ayers *et al.*, 2008). D'autres études montrent que 8,1% des femmes sont atteintes d'un TSPT pendant la grossesse (Ayers *et al.*, 2004). Là encore les différences de méthodologie sont à prendre en compte.

Une méta-analyse (Yildiz *et al.*, 2017) met en avant une prévalence à environ 5% à 4-6 semaines en post partum, 1,5 % à 3 mois post-partum et une recrudescence de la symptomatologie à 6 mois post-partum avec un taux à environ 5 %. Pour les populations à haut risque, le même schéma est observé mais avec des taux plus élevés, soit 12,5 % à 4-6 semaines, et 16 % à 6 mois.

Si la prévalence de TSPT complet est relativement faible (environ 2 %), la prévalence d'un TSPT partiel (symptômes importants dans au moins une des dimensions de définition du TSPT) est nettement plus importante. Environ 20 % selon les études (Davies *et al.*, 2008).

Il faut distinguer le TSPT de la réaction de stress post-traumatique sévère. En effet la prévalence de ce deuxième phénomène est plus importante : 10 % des femmes (Ayers *et al.*, 2004). Elles ne sont plus que 2,4% à 6 mois. Bien que les réponses au stress traumatique puissent être graves, il ne se développe pas nécessairement de TSPT (Ayers *et al.*, 2004). La notion temporelle est ici importante pour faire la distinction entre les deux événements.

#### **4.6 Les comorbidités**

Les deux comorbidités les plus fréquentes sont la dépression du post-partum et l'anxiété. Une connaissance clinique fine de ces troubles permet de faire le diagnostic différentiel.

Les symptômes du TSPT et de la dépression majeure « sont fortement corrélés positivement » (Bayle *et al.*, 2019 ; Czarnocka *et al.*, 2000 ; Söderquist *et al.*, 2009). Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles les plus fréquents dans la période du post-partum (Goutadier *et al.*, 2014) soit 19 % de dépression du post-partum, variant de 10 à 20% selon les études (Ayers *et al.*, 2008), et 13 % pourraient souffrir de symptômes cliniques d'anxiété post accouchement telles que des préoccupations exagérées ou des difficultés d'endormissement (Goutadier *et al.*, 2014). La dépression post-natale a des

conséquences telle que la réduction de la capacité de la mère à s'occuper de manière adaptée de son bébé (Beestin *et al.*, 2003 cité par Brunton *et al.*, 2018).

Selon les études, la majorité des femmes atteintes d'un TSPT présente des symptômes de dépression (Ayers *et al.*, 2008 ; Ayers *et al.*, 2001). N'oublions pas, dans l'interprétation de ces chiffres, que la prévalence de la dépression du post-partum est plus importante, 10 à 20 % selon les études (Ayers *et al.*, 2008). Il se pourrait que des femmes souffrant de TSPT soient diagnostiquées à tort comme souffrant d'une dépression du post-partum (Ayers *et al.*, 2001).

Il existe également une autre comorbidité : l'anxiété. Les résultats de l'étude menée par Goutaudier *et al.*, (2014), montrent une forte comorbidité entre anxiété et dépression post-natale avec 41,8% de l'échantillon présentant un profil anxio-dépressif-traumatisé, contre 20,9 % présentant une symptomatologie dépressive.

Globalement, nous pouvons retenir que le TSPT chronique est associé à la dépression, les troubles anxieux généralisés, les troubles paniques, l'agoraphobie et à la consommation de toxiques (Bayle *et al.*, 2019, citant Breslau *et al.* 1997).

#### **4.7 Les facteurs de risque**

L'accouchement traumatique a véritablement une origine multifactorielle. Bien que l'étiologie du TSPT après l'accouchement soit encore mal connue, il semble exister des facteurs de vulnérabilité et des déterminants du TSPT similaires à la suite d'événement tels que les antécédent psychiatriques ou un traumatisme antérieur (Nicholls *et al.*, 2007). Mais d'autre facteurs sont propres à cet événement.

Nous distinguerons les facteurs de risque (FDR) en trois grandes catégories :

- Les FDR préexistants à l'accouchement ou anténataux ;
- Les FDR relatifs à l'accouchement ou périnataux ;
- Les FDR faisant suite à l'accouchement ou post-nataux.

Au sein de chaque catégorie, se distinguent les FDR objectifs des FDR subjectifs. La notion de subjectivité se rapporte directement au vécu/ressenti de la femme, et est modulée par un ensemble d'éléments. Comme par exemple l'apparition d'émotions négatives et leurs gestions ou encore le vécu de l'accouchement, la peur pour le bébé

(Bayle *et al.*, 2019 citant Anderson *et al.* 2012). Le sentiment de perte de contrôle, d'impuissance et le manque d'informations sont souvent associés au TSPT (Bayle *et al.*, 2019 citant Ford et Ayers, 2011). Alors que la notion d'objectivité fait référence à l'intervention médicale (césarienne en urgence, extraction instrumentale par exemple).

#### 4.7.1 Les FDR anté-nataux :

L'étude de Ayers (2004) a répertorié les facteurs de risque parmi plusieurs études. Les principaux facteurs de risque anténataux retrouvés, sont :

- Les antécédents de problèmes psychiatriques :

- les antécédents de psychopathologie d'une manière générale (Ayers *et al.*, 2004) ;
- dépression (Bayle *et al.*, 2019 citant Haagen *et al.* 2015 ; Benzakour *et al.*, 2019) ;
- l'anxiété, (Bayle *et al.*, 2019 citant Haagen *et al.* 2015, Verreault *et al.* 2012 ; Benzakour *et al.*, 2019).
- Mais aussi un attachement évitant (Ayers *et al.* 2014) ou non sécure (Bayle *et al.*, 2019 citant Iles *et al.* 2010) à la mère faciliterait le TSPT.
- Deuil brutal (Bayle *et al.*, 2019)

- Les facteurs sociodémographiques :

- âge maternel (Bayle *et al.*, 2019 citant Misund *et al.* 2013). Un facteur discuté (Bayle *et al.*, 2019 citant Stramrood *et al.* 2011) ;
- l'absence de couverture sociale (Bayle *et al.*, 2019 citant Beck *et al.*, 2011) ;
- niveau d'éducation (Bayle *et al.*, 2019 citant Modarres *et al.* 2013) ou un faible niveau intellectuel (Ayers *et al.*, 2004).
- les violences conjugales, physiques, sexuelles au cours de la grossesse.

A noter que la grossesse expose particulièrement les femmes à des recrudescences violentes au sein du couple (Bayle *et al.*, 2019).

- Les antécédents traumatiques (Benzakour *et al.*, 2019) :

- les agressions sexuels (Bayle *et al.*, 2019 citant Verreault *et al.* 2012 ;

Ayers *et al.*, 2004),

- les antécédents de TSPT (Bayle *et al.*, 2019).

- Les antécédents obstétricaux :

- La peur de l'accouchement ou la tocophobie (Benzakour *et al.*, 2019) ;
- La grossesse non planifiée (Benzakour *et al.*, 2019 ; Bayle *et al.*, 2019 citant Beck *et al.*, 2011). Mais ces résultats sont contredits (Bayle *et al.*, 2019 citant Polachek *et al.* 2012);

- Intervalles de moins de deux ans entre deux grossesses (Bayle *et al.*, 2019 citant Modarres *et al.* 2012)

- nulliparité (Ayers *et al.*, 2004)

- Le mauvais suivi de grossesse (Benzakour *et al.*, 2019 ; Bayle *et al.*, 2019 citant Modarres *et al.* 2012) ;

- Les complications de la grossesse (Benzakour *et al.*, 2019) : pré-éclampsie, éclampsie, grossesse extra utérine, embolie pulmonaire (Bayle *et al.*, 2019).

- Par ailleurs, il est retrouvé une corrélation entre les fausses couches, une mort néonatale, une grossesse et/ou un accouchement antérieur considéré comme traumatique (Bayle *et al.*, 2019 citant Polachek *et al.* 2012).

- Les fausses couches spontanées (Bayle *et al.*, 2019)

- Déni de grossesse et tentative de néotocide ou néotocide (Bayle *et al.*, 2019).

#### **4.7.2 Les FDR périnataux**

- Liés aux modalités d'accouchement et éventuelles complications :

- Travail de plus de 3h (Bayle *et al.*, 2019 citant Modarres *et al.*, 2012),
- Défaut d'analgésie (Bayle *et al.*, 2019 citant Stramrood *et al.*, 2011),
- Césarienne et notamment si elle est non programmée (Bayle *et al.*, 2019 citant Adewuya *et al.*, 2006, Stramrood *et al.*, 2011, Modarres *et al.*, 2012, Ayers *et al.* 2014 ; Benzakour *et al.*, 2019),

- Un accouchement instrumental (Bayle *et al.*, 2019 citant Adewuya *et al.* 2006 ; Ayers *et al.* 2014 ; Benzakour *et al.*, 2019),

- Extraction manuelle du placenta (Bayle *et al.*, 2019 citant Adewuya *et al.* 2006),

- Complications au cours de la délivrance (Bayle *et al.*, 2019 citant Stramrood *et al.*, 2011), hémorragie de la délivrance, HELLP syndrome (Bayle *et al.*, 2019),

- Une morbidité maternelle (Bayle *et al.*, 2019 citant Furuta *et al.*, 2014).

- Liés au bébé :

- La prématurité (Bayle *et al.*, 2019 citant Misund *et al.*, 2013, Modarres *et al.*, 2012) mais avec des résultats contradictoires (Bayle *et al.*, 2019 citant Ghorbani *et al.*, 2014)

- Des complications médicales relatives au bébé (Bayle *et al.*, 2019 ; Benzakour *et al.*, 2019).

- mort accidentelle du bébé (Bayle *et al.*, 2019)

- Liés au vécu maternel de l'accouchement :

- le souhait de la mère concernant son accouchement (Bayle *et al.*, 2019 ; Benzakour *et al.*, 2019),

- une dissociation psychique ou corporelle favorise l'émergence d'un TSPT (Bayle *et al.*, 2019 citant Haagen *et al.*, 2015) mais aussi,

- la sensation de mort,

- la peur de l'accouchement et

- le sentiment de la perte de contrôle (Ayers *et al.*, 2004)

- la douleur ressentie (Bayle *et al.*, 2019 citant Polacheck *et al.* 2012 ; Benzakour *et al.*, 2019 ; Ayers *et al.*, 2004). Il existe une corrélation entre l'intensité de la douleur et le risque de développer un TSPT, par ailleurs, la douleur favoriserait la réémergence de souvenirs traumatiques (Benzakour *et al.*, 2019). En revanche, le sentiment de contrôle permettrait de diminuer l'apparition d'un TSPT (Bayle *et al.*, 2019).

- manque d'informations de soutien de la part des équipes soignantes (Benzakour *et al.*, 2019).

- Liés au soutien social, un faible ou une absence de soutien social est associé à un TSPT dans les populations à risque (Bayle *et al.*, 2019 ; Benzakour *et al.*, 2019 ; Ayers *et al.*, 2004). Ce facteur serait modulé par l'âge.

- Liés à l'expérience subjective de l'accouchement :

« Denis et Callahan (2009) mettent en évidence trois grands cadres participant au vécu traumatique d'un accouchement physiologique : la perception de l'expérience vécue pendant l'accouchement (douleur perçue pendant le travail et l'expulsion, sentiment d'impuissance, manque d'information sur les procédures, relation soignant-soigné) ; le terrain psychologique de la patiente (anciens traumatismes non résolus, antécédents psychiatriques ou psychologiques, anxiété ; niveau de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement (césarienne en urgence, accouchement voix basse avec instruments, travail prolongé) » (Bayle *et al.*, 2019, p85).

### **4.7.3 Les FDR post-nataux**

- La dissociation péri-traumatique (Ayers *et al.*, 2004), autrement dit une inadéquation entre l'état émotionnel, l'état cognitif et les comportements du sujet inadaptes au contexte (Benzakour *et al.*, 2019).

- La détresse psychique (Benzakour *et al.*, 2019)

- Les émotions de peur intense, de tristesse, sensation de mort imminente, signes physiques d'anxiété (Benzakour *et al.*, 2019).

Finalement, il se dégage trois dimensions importantes de l'accouchement et elles semblent être des facteurs associés au TSPT (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016) : le mode d'accouchement, la douleur pendant le travail, et le soutien pendant le travail.

En effet, les accouchements instrumentalisés ou les césariennes en urgence impliquent des situations d'urgence et sont par conséquent plus dangereux pour la vie de la femme et/ou du bébé, que les accouchements physiologiques (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016). Rappelons que, dans la nouvelle définition du TSPT, la menace peut concerner la vie ou l'intégrité physique de la personne elle-même ou d'un tiers (ici le bébé), provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur (APA, 2004).

Le soutien perçu est également important (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016). Il y a un risque accru de réaction de stress post-traumatique en cas d'absence de

soutien (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016). Cela aura une incidence tant sur le moment de l'accouchement que sur le récit et le souvenir que la mère en gardera (Chabbert *et al.*, 2016). N'oublions pas de prendre en compte la notion de perception subjective du soutien. Variable non négligeable devant l'hétérogénéité des biographies de chacune.

La violation des attentes et le manque de contrôle (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016), sont deux critères systématiquement associés à une évaluation de la naissance comme traumatisante et à une réponse de stress traumatique grave (Ayers *et al.*, 2004).

Une des explications s'appuie sur la théorie neurologique de l'anxiété, de Gray. Il envisage que l'anxiété augmente si la réalité ne correspond pas aux attentes. Mais d'autres études ont montré qu'un sentiment de contrôle accru conduit à une diminution du stress psychique et de l'anxiété.

L'ensemble de ces considérations doivent être modérées. En effet, les résultats sont contradictoires. La relation entre les événements de l'accouchement et le TSPT n'est pas linéaire. Les caractéristiques de l'événement interagissent avec la vulnérabilité ou les forces du sujet. Il s'agit donc d'une interaction complexe entre les facteurs de vulnérabilité individuelle et les événements survenant à la naissance qui déterminent le développement ou non d'un TSPT après l'accouchement (Ayers *et al.*, 2004). La notion de détresse est importante (Ayers *et al.*, 2008) et semble avoir un rôle majeur dans l'apparition du TSPT au sein d'un continuum clinique.

En conclusion, il est intéressant de constater que la menace subjective prime sur les faits objectifs (Benzakour *et al.*, 2019).

## **4.8 Les conséquences**

Le TSPT a un impact négatif sur la mère, la relation mère-bébé et le développement de l'enfant (Bayle *et al.*, 2019).

Afin d'éviter la réactivation de la mémoire traumatique, certaines femmes mettent en place des conduites d'évitement du bébé. Ce dernier étant perçu comme une menace

(Davies *et al.*, 2008), des soins qui lui sont nécessaires, un repli sur elle-même et un désinvestissement des activités sociales. L'évitement du lieu de l'accouchement et, dans les situations les plus graves, l'incapacité à conduire son bébé dans le lieu de soins en cas de besoins (Bayle *et al.*, 2019). Pour exemple, l'étude Allen en 1998 (cité par Davies *et al.*, 2008), montre, grâce à une étude qualitative, que, parmi les femmes ayant vécu une expérience d'accouchement traumatique, certaines continuent d'exprimer des ressentiments négatifs envers leur enfant, ce dernier étant tenu pour responsable du traumatisme. Les symptômes d'évitement pourraient empêcher la mère de nouer des liens avec son enfant, ou au contraire, l'hyper vigilance pourrait entraîner un style parental trop anxieux ou protecteur (Nicholls *et al.*, 2007 ; Bayle *et al.*, 2019 citant Zimmerman *et al.*, 2013). Elles peuvent également éviter une nouvelle grossesse. Mais il manque des études pour évaluer le retentissement à long terme sur ces enfants, la mère et la dynamique familiale. Par ailleurs, dans les cas de TSPT avec dissociation, les moments de rupture caractéristiques de cet état, peuvent également impacter le bébé qui n'existe alors plus dans la tête de sa mère.

La détresse psychologique du post partum peut affecter négativement la relation précoce mère-enfant (Davies *et al.*, 2008). Les études qualitatives sur le TSPT après l'accouchement montrent que les femmes rapportent une perception de soi affectée par le trauma. Elles ont moins de patience, elles ressentent de la colère, présentent des symptômes d'anxiété, des symptômes dépressifs, elles sont moins disponibles pour comprendre les problématiques d'autrui et cela affecte leurs relations sociales. Elles expriment un sentiment d'isolement vis à vis de leur bébé et craignent une grossesse future (Nicholls *et al.*, 2007 citant Allen 1998 ; Beck 2004). Nous savons, maintenant, qu'il existe une altération des relations précoces mère-enfant avec un impact négatif sur le développement de l'enfant, notamment dans la dépression du post-partum.

Très peu d'études se sont attardées à rechercher l'impact que pouvait avoir un TSPT chez la mère, sur les interactions précoces ou chez l'enfant à long terme.

Dans l'étude de Davies *et al.*, (2008), parmi les mères ayant un TSPT complet ou partiel, certaines se considéraient avec leur bébé comme étant moins chaleureuses, avaient le sentiment que leur bébé était plus insistant et avait un tempérament plus difficile. Elles rapportaient également que l'attachement à leur bébé était moins optimal.

Cela se caractérisait par une hostilité plus importante envers le nourrisson, moins de plaisir à être dans l'interaction et dans la proximité.

L'étude Davies *et al.*, (2008) souligne les inquiétudes quant au développement de l'attachement chez l'enfant. En effet, Bowlby ou Winnicott, à travers leurs ouvrages ont largement souligné l'importance de la sensibilité maternelle pour répondre aux besoins du bébé lorsque ce dernier émet des signaux. Mais, si la symptomatologie traumatique modifie la perception maternelle des signaux du bébé, alors la réponse peut être altérée et, si cela se répète de nombreuses fois, alors le « pattern » d'attachement de l'enfant peut être modifié. Cela peut avoir des conséquences sur le développement affectif. Il peut également avoir une influence sur le développement psychomoteur.

Les effets néfastes peuvent être observés sur le bébé mais aussi les autres enfants de la fratrie comme des troubles du développement ou du comportement (Ayers *et al.*, 2001). La cellule familiale dans son ensemble peut être touchée (Benzakour *et al.*, 2019).

Cinq pour cent des hommes et des femmes présentaient des symptômes graves de TSPT post-natales, sans d'association entre les symptômes de TSPT et la relation de couple ou le lien parents bébé (Ayers *et al.*, 2007 cité par Nicholls *et al.*, 2007).

Les résultats hétérogènes pourraient s'expliquer par des différences méthodologiques et peut-être aussi par la gravité du TSPT.

## **4.9 Évolution**

Les résultats des études sont contradictoires. Certaines montrent une augmentation du TSPT avec le temps. D'autres, une diminution. D'autres encore ne constatent aucun changement (Ayers *et al.*, 2008).

Des hypothèses sur l'évolution sont posées, notamment l'idée que les femmes ayant un TSPT après l'accouchement sont exposées au trauma du fait de la présence de leur enfant. Cela peut exacerber les symptômes ou réduire leur évitement en agissant comme une forme d'exposition (Ayers *et al.*, 2008).

#### **4.10 La prise en charge**

Les stratégies primaires reposent sur le repérage des facteurs de vulnérabilité des femmes à haut risque de développer un TSPT secondairement à l'accouchement.

Les stratégies secondaires consistent en une intervention thérapeutique précoce, par Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) ou bien encore par Eye Movement Desensibilization and Reprocessing (EMDR). Cette dernière technique n'est pas encore validée dans la prise en charge du TSPT secondaire à l'accouchement (Benzakour *et al.*, 2019)

Par ailleurs, les techniques de débriefing n'ont pas montré leur efficacité (Benzakour *et al.*, 2019).

## 5 LA PROBLÉMATIQUE

---

L'accouchement est un événement majeur dans la vie d'une femme, d'un couple. Comme nous l'avons vu plus haut, il engendre des modifications physiques, psychiques, mais aussi familiales. C'est un événement largement perçu comme positif par la société et pourtant, il peut être vécu comme traumatisant par un grand nombre de femmes car il reste un événement de stress physique et psychique. Un tiers des femmes évaluent leur accouchement comme traumatisant (Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016) soit 20 à 50 % (Ayers *et al.*, 2008). Selon Alcorn *et al.*, 2010, 43 % des femmes rempliraient le critères A du DSM IV en ce qui concerne l'évaluation de l'accouchement comme événement traumatisant. Certaines femmes peuvent développer un troubles de stress post-traumatique dans les suites d'un accouchement. La prévalence, selon les études varie de 1 à 2 % (Kring *et al.*, 2013 citant Olde *et al.*, 2009 ; Denis et Callahan 2009 ; Ayers *et al.*, 2008 ; Manzano *et al.*, 2002).

La notion de troubles de stress post-traumatique est relativement récente. Depuis quelques années, le nombre d'études sur cette période s'accroît, les connaissances deviennent plus précises. Malgré de meilleures connaissances scientifiques, les mentalités peinent à évoluer. Il est donc important de poursuivre les recherches car cela touche en 2017, 767 000 naissance (INSEE) soit potentiellement 15 340 mères souffrant de TSPT lié à l'accouchement, sur le plan national. Dans la Vienne, il s'agit 4 173 naissances (INSEE) soit possiblement 83,5 mères souffrant de TSPT secondairement à leur accouchement.

Bien que les connaissances augmentent, le nombre d'études sur les conséquences du TSPT sur la cellule familiale, le couple, le bébé ou encore la mère sont peu nombreuses. Les premières études sur le sujet montrent que les conséquences sur la relation au bébé ne sont pas négligeables (Davies *et al.*, 2008).

L'objectif de notre étude est de montrer que l'investissement du lien mère enfant est modifié par la présence d'un trouble de stress post-traumatique. Mais nous souhaitons aussi mettre en lumière l'influence des antécédents traumatiques sur les différentes dimensions psychiques de la grossesse, de l'accouchement et de la relation mère-bébé. Ainsi que les facteurs pouvant influencer le vécu de l'accouchement et la relation mère-

bébé.

Le principal intérêt de cette étude est de consolider les connaissances mais aussi d'améliorer la prise en charge des femmes qui souffrent de ce syndrome en commençant par mieux les dépister.

## 6 NOTRE ÉTUDE

---

### 6.1 Méthodologie

#### 6.1.1 Population

Les participantes à la recherche ont été recrutées à la maternité du Centre Hospitalo-Universitaire Jean Bernard de Poitiers et Centre Hospitalier Camille Guérin de Châtellerault. Pour certaines, la proposition de participation à l'étude émanait de leur sage-femme référente. Pour d'autres un contact direct était établi avec la doctorante. Elles étaient toutes recrutées lors du dernier trimestre de grossesse. Une explication quant au protocole avait été dispensée auprès de l'équipe de sages-femmes et/ou directement auprès des femmes. Les sages-femmes, lors de leur entretien avec les patientes, avaient la possibilité de remettre une plaquette d'information concernant l'étude (Annexe 1).

Le premier contact téléphonique permettait de reprendre les objectifs de l'étude et leurs implications dans cette dernière. Enfin, un rendez-vous pour la passation des échelles à T0 était proposé. Le temps de réflexion était respecté.

Après leur accouchement, ces femmes ont été contactées pour fixer un second rendez-vous pour la passation des échelles à T1, soit entre 4 et 6 semaines post-partum. Les détails des échelles seront fournis ultérieurement.

##### ***6.1.1.1 Les critères d'inclusion et de non inclusion***

Nous avons choisi d'étudier une population saine. Cela permettait de limiter les facteurs confondants liés aux conditions sociales et aux antécédents psychiatriques. Nous avons également souhaité limiter les facteurs pouvant modifier le lien comme par exemple la prématurité, l'hospitalisation en néonatalogie ou en réanimation néonatale.

##### Les critères d'inclusion :

- Femme primipare ou multipare ;
- Volontaire pour participer à l'étude ;
- Femme ayant une bonne compréhension du français oral et écrit et pouvant écrire en français ;

- Agées d'au moins 18 ans ;
- Bébé né sans complication néonatale prolongée, à savoir hospitalisation en néonatalogie ou réanimation néonatale quelque soit le terme.

Les critères de non inclusion :

- Un parcours migratoire ;
- Les femmes mineures ou sous mesure de protection ou ne pouvant fournir un consentement éclairé ;
- Les femmes ne parlant pas français couramment ;
- Les femmes porteuses d'une déficience mentale ;
- Les bébés porteurs d'un handicap ;
- Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble de la personnalité grave.

## **6.1.2 Mesures**

### ***6.1.2.1 Evaluation en pré-partum***

Dans le paragraphe suivant, nous allons présenter les différents questionnaires auxquels les femmes ont répondu avant l'accouchement.

#### *6.1.2.1.1 La fiche anamnétique (annexe 2)*

Cette fiche permet de recueillir les éléments sociodémographiques et biographiques de chaque femme, notamment ses antécédents gynéco-obstétricaux, psychiatriques.

#### *6.1.2.1.2 Recherche d'un trouble psychiatrique*

Afin de sélectionner une population saine, nous avons utilisé la MINI (Mini Internationale Neuropsychiatric Interview) pour rechercher les troubles psychiatriques.

Cet hétéro-questionnaire est un outil permettant le diagnostic des principaux troubles psychiatriques soit 16 troubles de l'axe 1. Son temps de passation est bref (20

minutes environ). Développé par Sheehan *et al.* (1997), il repose sur les critères diagnostics du DSM III (Langevin *et al.*, 2013). Il a par la suite évolué avec les modifications apportées au DSM. Il a été développé en France par Lecrubier *et al.* (1997). Il comporte plusieurs modules. L'administration par un clinicien expérimenté augmente ses qualités psychométriques, comparativement à son utilisation en auto-questionnaire (Sheehan *et al.*, 1998).

Dans sa version anglaise, la sensibilité varie de 45 % (dépendance actuelle à l'alcool) à 96 % (épisode dépressif majeur), la spécificité de 86 % (anxiété généralisée) à 100 % (anorexie) et le coefficient de concordance kappa oscille entre 0,43 (dépendance actuelle à la drogue) à 0,90 (anorexie) (Langevin *et al.*, 2013).

Pour la version française, la sensibilité varie de 46 % (phobie) à 94% (épisode dépressif majeur et trouble psychotique vie entière) (Langevin *et al.*, 2013) et sa spécificité de 79 % (épisode dépressif majeur) à 97 % (dépendance à l'alcool et trouble panique) (Langevin *et al.*, 2013). Enfin, le coefficient de concordance kappa varie entre 0,36 (anxiété généralisée) et 0,82 (trouble psychotique vie entière et dépendance à l'alcool).

Mais cet outil présente des limites, notamment liées à l'absence d'appréciation de la sévérité des symptômes (Langevin *et al.*, 2013). Nous concernant, ce n'est pas un problème puisque nous nous servons de ce questionnaire uniquement pour le dépistage d'un trouble psychiatrique.

C'est un bon outil de dépistage, fréquemment utilisé dans la recherche.

#### 6.1.2.1.3 Recueil des données traumatiques (annexe 3 et 4)

Pour rechercher l'exposition aux événements traumatiques sur une vie entière, nous avons demandé à chaque femme de remplir un premier auto-questionnaire : LEC-5 (Life Events Checklist-5). Cela permettait de standardiser l'entretien. Si un ou des événement(s) traumatique(s) étai(en)t relaté(s) dans ce questionnaire, alors les patientes devaient remplir un deuxième auto-questionnaire : la PCL-5 (Post-traumatique Stress Disorder Checklist Scale). Ce dernier permettra de dépister l'existence ou non d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) en lien avec le ou les événement(s) traumatique(s) subi(s).

La LEC- 5 est une liste d'événements potentiellement traumatiques et pourvoyeurs de syndrome de stress post-traumatique. Elle est composée de 18 items, le dernier permettant au patient d'ajouter un événement ne faisant pas partie de la liste (« autre »). Pour chaque événement, le patient doit mettre s'il a vécu l'événement (« cela m'est arrivé »), s'il a été témoin (« j'en ai été témoin ») ou s'il l'a appris (« je l'ai appris »). Il est possible qu'aucun événement ne soit coché. Dans l'étude américaine de validation (Gray *et al.*, 2004), les auteurs ont montré une bonne stabilité temporelle et une bonne convergence avec les mesures du TSPT. C'est une échelle initialement développée en anglais sur la base du DSM IV. Elle a été comparé à la TLEQ (questionnaire sur les événements traumatiques de la vie), une échelle validée avec de bonnes propriétés psychométriques. La LEC-5 est corrélée de manière significative à la TLEQ. Selon les auteurs (Gray *et al.*, 2004), la LEC-5 présente de bonnes propriétés psychométriques générales. Elle présente également des limites, notamment celle de ne pas couvrir tous les événements traumatisants. Cependant aucun des questionnaires existants à ce jour ne le font. Elle est moins précise que la TLEQ pour rechercher les événements traumatiques à caractère sexuel. Sa qualité d'auto questionnaire permet de s'affranchir de la fiabilité inter évaluateur. Il existe un risque de faux positif en lien avec les options de réponse. Il est donc important d'être prudent quant à l'analyse de ces données. L'ensemble de ces caractéristiques en font une bonne échelle de dépistage, cadre dans lequel nous allons l'utiliser comme explicité plus haut.

La PCL-5, est un auto-questionnaire permettant de mesurer les quatre sous syndromes principaux du TSPT en 20 items. Cette échelle évalue les troubles de stress post-traumatique et est validée en français (Ashbaugh *et al.*, 2016). Les items 1 à 5 concernent les symptômes d'intrusion (images, rêves répétitifs de l'événement traumatique, flash-back...). Les items 6-7 concernent les symptômes d'évitement et d'émoussement (évitement de la pensée, des activités, de tout lieu rappelant le traumatisme mais aussi la perte d'intérêt dans les activités de la vie courante). Les items 8 à 14 évaluent les cognitions, l'humeur. Enfin, les items 15 à 20 s'intéressent aux symptômes hyperactivité neurovégétative (tels que les troubles du sommeil, l'irritabilité...). Les 20 items sont cotés selon une échelle de Likert, de 0 à 4 (0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = très souvent). Le score minimal est de 0 et

le score maximal de 80.

Les intérêts de cette échelle sont sa brièveté et sa simplicité. Son fondement théorique repose sur le DSM V. L'étude de validation française (Ashbaugh *et al.*, 2016), montre que cette échelle a de bonnes propriétés psychométriques ainsi qu'une bonne validité empirique et est discriminante. Elle est donc un bon outil tant pour la clinique que pour la recherche. Toutes ces qualités en font un bon outil de dépistage du TSPT, d'autant plus qu'elle différencie le TSPT des autres troubles anxieux. Dans sa version originale anglo-saxonne, la cohérence interne est de bonne qualité avec un alpha de Cronbach de 0,96 (Bovin *et al.*, 2016). Dans l'étude de validation française (Ashbaugh *et al.*, 2016), l'alpha de Cronbach est entre 0,94 et 0,95 sur le score global. Dans cette dernière étude, le seuil de 33 avait été retenu au vu de la bonne efficacité diagnostic (Ashbaugh *et al.*, 2016). L'ensemble de ces résultats témoigne de la bonne cohérence interne de cette échelle.

Dans notre étude, nous l'appelleront PCL-5i et nous avons retenu le seuil diagnostique de 33.

#### 6.1.2.1.4 La dépression prépartum (annexe 5)

Au vu du nombre d'études montrant une intrication étroite entre le trauma et la dépression du post-partum, il nous a semblé nécessaire d'évaluer la dépression prépartum. Par ailleurs, c'est un trouble fréquent, environ 20 % des femmes enceintes (De Tuche *et al.*, 2005) seraient concernées.

Pour dépister la dépression prépartum, nous avons utilisé l'EPDS (Edinburgh Prénatal Depression Scale) (Murray et Cox 1990). C'est un auto-questionnaire de 10 items, coté de 0 à 3. La consigne initiale que l'on retrouve dans l'EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale) originale concernant l'évaluation de la dépression du post-partum (« vous venez d'avoir un bébé »), a été remplacée par la consigne suivante « vous attendez un bébé ». Il n'existe pas de validation française. Cependant, plusieurs études l'ont utilisé (Kring *et al.*, 2013). Comme l'indique la littérature, un seuil supérieur ou égal à 14 permet de conclure à l'existence d'une dépression du pré-partum (Murray et Cox 1990). Le score minimal est de 0 et le score maximal de 30. Le score supérieur ou égal à

14 est retenu ici pour le dépistage de la dépression prépartum (Tourette *et al.*, 2012 ; Alcorn *et al.*, 2010 ; De Tuche *et al.*, 2005). Bien que la validation française ne soit pas aussi bonne qu'en post-natal, elle reste un outil de dépistage intéressant pour la recherche (Audouard *et al.*, 1985, cité par Tourette *et al.*, 2012). Pour notre étude nous l'appellerons EPDSi.

#### 6.1.2.1.5 L'anxiété liée à la grossesse (annexe 6)

L'anxiété est fréquemment retrouvée chez les femmes, puisqu'elle toucherait 14,4 % des femmes enceintes contre 3 % dans la population générale (Brunton *et al.*, 2018). Trente-cinq pour cent des femmes enceintes seraient atteintes d'anxiété généralisée et 8,5 % de trouble anxieux (Brunton *et al.*, 2018).

Récemment, Brunton *et al.*, (2018), ont mis au point et validé une échelle de dépistage de l'anxiété liée à la grossesse : la PrAS (Pregnancy-related Anxiety Scale). C'est un auto-questionnaire composé de 33 items. La cotation s'effectue selon une échelle de Likert (1= pas du tout à 4 = très souvent). Plus le score est élevé, plus l'anxiété est importante (Brunton *et al.*, 2018). La cohérence interne est très satisfaisante avec un alpha de Cronbach de 0,80 à 0,93, à la fois pour le score global mais aussi pour les sous échelles (Brunton *et al.*, 2018). Le score minimal est de 33 et le score maximal de 132.

De plus, cette échelle permet de faire la distinction entre l'anxiété liée à la grossesse et les autres types d'anxiété (Brunton *et al.*, 2018). L'intérêt de cette échelle est son aspect multidimensionnel. Elle est composée de 9 sous-échelles (Brunton *et al.*, 2018) :

- 1) 6 items sur les préoccupations liées à l'accouchement,
- 2) 5 items explorent l'image corporelle,
- 3) 3 items concernent les attentes des femmes vis à vis de l'accouchement,
- 4) 3 items évaluent les inquiétudes concernant la maternité,
- 5) 3 items s'intéressent à l'acceptation de la grossesse,
- 6) 4 items concernent les symptômes de l'anxiété,
- 7) 3 items pour les attentes à l'égard du personnel soignant,
- 8) 3 items explorent l'évitement, et enfin,

9) 3 items autour du bien-être du bébé à naître.

Les auteurs recommandent d'utiliser le seuil de 75,5 (Brunton *et al.*, 2018), seuil que nous avons utilisé pour cette étude.

#### 6.1.2.1.6 Évaluation de la peur liée à l'accouchement (annexe 8)

Il nous semblait important d'évaluer la peur liée à l'accouchement. En effet, non seulement c'est un phénomène fréquent chez les femmes primipares mais elle est aussi associée à des conséquences gravissimes telle que la dépression pré et post-natale (Béland *et al.*, 2012). Parmi les femmes primipares, 20 % rapportent une peur de l'accouchement qualifiée de légère et 6 % développent une réelle tocophobie (Béland *et al.*, 2012). La tocophobie n'est pas sans conséquence, puisqu'elle peut se compliquer d'une dépression du post-partum et de difficultés d'attachement à l'enfant (Béland *et al.*, 2012). Prendre en compte cette dimension nous permettra de réduire les risques de biais liés à la sous-estimation des comorbidités associées au TSPT.

Dans cette étude, nous avons fait le choix d'utiliser l'EPA (échelle d'Évaluation de la Peur de l'Accouchement). C'est un auto-questionnaire validé en français. Initialement développée en anglais par Söderquist *et al.*, (2004), cette échelle permet de mesurer les réactions de peur intense face à l'accouchement ou l'anticipation d'un traumatisme (Béland *et al.*, 2012). La version anglaise présente une excellente cohérence interne avec un alpha de Cronbach entre 0,84 et 0,94. Elle a été adaptée en français par Beland *et al.*, 2011. La version française est d'aussi bonne qualité que la version originale. L'indice de cohérence interne est très satisfaisant avec un alpha de Cronbach à 0,82.

C'est une bonne échelle de dépistage car elle évalue les 5 aspects de la peur de l'accouchement :

- 1) 4 items sur l'anticipation d'un accouchement traumatique,
- 2) 5 items évaluent les symptômes d'intrusion,
- 3) 7 items concernent les symptômes d'évitement et d'émoussement,
- 4) 5 items s'intéressent à l'hyperstimulation (Béland *et al.*, 2012).

Cette échelle a été développée à partir des critères de TSPT, appliquée à un

événement anticipé, ce qui explique que certains items peuvent se confondre avec les symptômes du TSPT (éviter, intrusion, éblouissement). Cela permet d'évaluer spécifiquement la phobie de l'accouchement.

Elle est divisée en deux parties et est cotée selon une échelle de Likert de 1 à 4. La première partie, en 4 items, évalue l'anticipation de l'accouchement traumatique (1 = pas du tout ; 2 = un peu ; 3 = beaucoup ; 4 = tout à fait). La seconde partie, composée de 17 items, évalue l'état d'esprit vis à vis de l'accouchement dans le présent (1 = pas du tout ; 2 = rarement ; 3 = parfois ; 4 = souvent) (Béland *et al.*, 2012). Elle comporte au total 21 items, le score le minimal est de 21 et le score maximal de 84. C'est une échelle brève et simple.

#### 6.1.2.1.7 Évaluation du lien mère-fœtus (annexe 08)

Notre recherche s'intéressant à l'investissement de la mère envers son bébé après un accouchement traumatique, il nous semblait essentiel d'évaluer les liens qui se développent entre la mère et son bébé durant la grossesse.

La notion d'attachement anténatal fait référence au lien d'affection qu'une mère va développer pour son fœtus (Denis *et al.*, 2013). Comme nous l'avons vu dans l'ouvrage de Brazelton et Cramer (Brazelton et Cramer, 1991), il existe plusieurs stades de développement de ce lien.

Dans notre étude, nous avons utilisé la MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale). Là encore, il s'agit d'un auto-questionnaire. Il permet de mesurer le lien émotionnel précoce. Il comporte 19 items, ce qui en fait une échelle de passation brève et simple. De plus, il a été traduit et validé en français par Denis *et al.*, (2013). Bien que les propriétés psychométriques soient de qualités moyennes, la cohérence interne sur le score global est correcte avec une alpha de Cronbach à 0,71. Comme l'indiquent les auteurs dans leur article (Denis *et al.*, 2013), seul le score global est à utiliser. Les items sont orientés autour des sentiments, comportements et attitudes développés envers le fœtus (Denis *et al.*, 2013). Deux catégories composent cette échelle :

1) la qualité des sentiments et des interactions (proximité/distance ; sentiments positifs/négatifs ; tendresse/irritabilité) et ;

2) l'intensité des préoccupations (temps passé à penser, s'inquiéter ou parler du foetus).

Dans l'étude initiale de Condon *et al.* (1993), la moyenne sur le score global était de 75,7 chez les femmes. A notre connaissance, il n'existe pas de seuil de dépistage. Plus le score est faible moins le lien est investi, le score minimal est de 19 et le score maximal de 95.

### **6.1.2.2 Evaluations postnatales**

Quatre à six semaines après l'accouchement, les mères ont été rencontrées pour le deuxième et dernier temps de l'étude.

#### **6.1.2.2.1 Évaluation du vécu de l'accouchement (annexe 9)**

Nous avons utilisé le Q.E.V.A (Questionnaire d'Evaluation du vécu de l'Accouchement). Comme le recommandent les auteurs (Carquillat *et al.*, 2017), nous avons ajouté deux questions pour cibler ce que nous recherchions, à savoir ici, l'aspect traumatique de l'accouchement.

Initialement, il s'agit d'un questionnaire de 13 questions dans sa version courte et 25 dans sa version longue. Les auteurs recommandent l'utilisation de la version courte pour la recherche (Carquillat *et al.*, 2017). C'est un questionnaire auto-administré, à destination des femmes, dont la passation doit se faire entre la quatrième et la sixième semaine post-partum. Une échelle de Lickert à 4 modalités est utilisée (1 = pas du tout ; 2 = pas tellement ; 3 = en partie ; 4 = tout à fait). Il a pour avantage d'évaluer le vécu de l'accouchement de façon multidimensionnelle. Les quatre dimensions sont :

- 1) Les interactions avec l'équipe (alpha de cronbach 0,85), questions 4-5-6-7 ;
- 2) l'état émotionnel (alpha de cronbach 0,70), questions 1-2-3;
- 3) les premiers instants avec le nouveau-né (alpha de cronbach 0,84), question 10-11-12 ;
- 4) bilan à 1 mois (alpha de cronbach 0,72), questions 13-14-15.

Comme nous pouvons le constater, chacune des dimensions à une bonne validité

psychométrique. Ce questionnaire n'est pas encore validé et aucun seuil n'a été retrouvé dans la littérature. Cependant les auteurs indiquent que, plus le score est élevé plus l'expérience de l'accouchement est négative. Le score minimal est de 15 et le score maximal de 60. Ce questionnaire a été créé dans le but de dépister les femmes avec une expérience d'accouchement négative. Mais, il présente des faiblesses : non validé, valeur prédictive de la dépression du post-partum non connue. Cependant, il nous a permis d'avoir une cartographie générale du vécu de l'accouchement et de standardiser l'entretien.

Afin d'évaluer la dimension traumatique de l'accouchement, nous avons ajouté deux items : « mon accouchement est un moment qui m'a traumatisé » et « pendant l'accouchement, j'ai vraiment eu peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés ». Si les mères répondaient « tout à fait » ou « en partie », elle remplissait la PCL-5p afin de dépister l'existence ou non d'un TSPT secondaire à l'accouchement.

#### 6.1.2.2 Évaluation du TSPT secondaire à l'accouchement (annexe 10)

La PCL-5p, est un auto-questionnaire permettant de mesurer les quatre sous syndromes principaux du TSPT en 20 items. Cette échelle évalue les troubles de stress post-traumatique et est validée en français (Ashbaugh *et al.*, 2016). Les items 1 à 5 concernent les symptômes d'intrusion (images, rêves répétitifs de l'événement traumatique, flash-backs...). Les items 6-7 concernent les symptômes d'évitement et d'émoussement (évitement de la pensée, des activités, de tout lieu rappelant le traumatisme mais aussi la perte d'intérêt dans les activités de la vie courante). Les items 8 à 14 évaluent les cognitions, l'humeur. Enfin, les items 15 à 20 s'intéressent aux symptômes hyperactivité neurovégétative (tels que les troubles du sommeil, l'irritabilité...). Les 20 items sont cotés selon une échelle de Likert, de 0 à 4 (0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = très souvent), le score minimal est de 0 et le score maximale de 80.

Les intérêts de cette échelle sont sa brièveté et sa simplicité. Son fondement théorique repose sur le DSM V. L'étude de validation française (Ashbaugh *et al.*, 2016),

montre que cette échelle a de bonnes propriétés psychométriques ainsi qu'une bonne validité empirique et est discriminante. Elle est donc un bon outil tant pour la clinique que pour la recherche. Toutes ces qualités en font un outil de dépistage du TSPT de qualité, d'autant plus qu'elle différencie le TSPT des autres troubles anxieux. Dans sa version originale anglo-saxonne, la cohérence interne est de bonne qualité avec un alpha de Cronbach de 0,96 (Bovin *et al.*, 2016). Dans l'étude de validation française (Ashbaugh *et al.*, 2016), l'alpha de Cronbach est entre 0,94 et 0,95 sur le score global. Dans cette dernière étude, le seuil de 33 avait été retenu au vu de la bonne efficacité diagnostic (Ashbaugh *et al.*, 2016). L'ensemble de ces résultats témoignent de la bonne cohérence interne de cette échelle. Nous l'avons appelé PCL-5p.

Dans notre étude, nous avons donc retenu le seuil diagnostique de 33.

#### 6.1.2.2.3 La dépression du post-partum (annexe 11)

Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDSp) a été créé par les anglo-saxons Cox, Holden et Sagovsky (1987) (Murray *et al.*, 1990). Elle a été ensuite traduite et validée en français par N. Guédénéy et Fermanian, (1998). Comme pour la version anténatale, c'est un auto questionnaire de passation brève et simple qui permet de dépister la dépression post-natale. Pour la note seuil de 13, la sensibilité est de 86 % et la spécificité de 78% pour la version anglaise (Tourette *et al.*, 2012). Pour la version française, la valeur seuil de 12 assure une spécificité de 98 % (Tourette *et al.*, 2012). Cela en fait un bon outil de dépistage tant pour la clinique que pour la recherche. Raison pour laquelle nous avons retenu, pour la présente recherche, une valeur seuil à 12.

C'est un auto-questionnaire de 10 items. Les items sont notés selon une échelle de Likert (0 = réponse normale à 3 = réponses sévères), le score varie de 0 à 30.

Pour éviter le biais de désidérabilité sociale, nous avons tenu à ce que les mères remplissent le questionnaire en présence d'un soignant et surtout en l'absence d'un de leurs proches. La pertinence de cette échelle est maximale à 4 semaines de l'accouchement. En effet, il s'agit là du pic de fréquence d'incidence de la dépression du post-partum (Tourette *et al.*, 2012).

Nous l'avons appelé EPDSp.

#### 6.1.2.2.4 Évaluation du lien mère-bébé (annexe 12)

Pour évaluer la relation mère-bébé, nous avons utilisé un auto-questionnaire, le PBQ (Post-partum Bonding Questionnaire).

Développé par Brockington *et al.* (2005), cet auto-questionnaire permet de dépister les troubles de la relation mère enfant. Il est composé de 25 questions cotées sur une échelle de likert de 0 à 5 (0 = toujours, 3 = assez souvent, 5= jamais) et est réparti en quatre facteurs. Le score varie de 0 à 125. L'analyse peut se faire soit en différenciant les quatre facteurs ou bien sur le score global.

Le facteur 1 est représentatif du lien de manière générale. Il comporte 12 items, un seuil strictement supérieur à 11 est considéré comme anormal. Sa spécificité est de 0,68 et sa sensibilité de 0,82. La valeur prédictive positive s'élève à 0,76.

Le facteur 2 permet d'identifier les troubles graves de la relation mère enfant. Il comporte 7 items, la spécificité, donc sa capacité à identifier les mères avec un comportement normal, est de 0,95. La sensibilité est 0,86 pour les mères rejetantes et 0,73 pour les mères avec un sentiment de colère profond et ce, pour un score strictement supérieur à 12. Un score strictement supérieur à 16 signe un trouble grave de la relation mère-enfant.

Le facteur 3, composé de 4 items, évalue l'anxiété liée au bébé. Un score strictement supérieur à 9 est considéré comme élevé, avec une spécificité de 0,64 et sensibilité de 0,61.

Enfin, le facteur 4, composé de deux items, permet d'identifier les mères dangereuses. Pour un score strictement supérieur à 1 la spécificité est de 0,95 et la sensibilité varie de 0,35 à 0,47.

Sur le score global, lorsque le seuil est supérieur ou égal à 26, la spécificité est de 0,61 et la sensibilité de 0,84, avec une valeur prédictive négative de 0,79. Ce seuil permet de distinguer les mères « normales » des mères pathologiques dans la relation à l'enfant. Mais lorsque le seuil est strictement supérieur à 39, la spécificité s'améliore, à 0,89 et la sensibilité également, 0,89. Ce seuil permet de dépister les troubles graves des interactions précoces.

Au total, ce test est un bon outil de dépistage, pour l'étude et nous avons choisi d'utiliser le score dans sa globalité et conformément à littérature (Brockington *et al.*, 2006). Pour dépister, au mieux, un trouble des interactions, nous retenons comme « anormal » un score strictement supérieur à 26.

### **6.1.3 Procédure**

Pour cette recherche d'observation prospective non randomisée, nous avons choisi de procéder à deux temps d'évaluation. Le temps T0, avant l'accouchement et le temps T1, 4 à 6 semaines après l'accouchement. Les femmes ont été recrutées lors de leur entretien du troisième trimestre de grossesse dans les maternités du CHU de Poitiers et CH de Châtelleraut.

Un premier contact téléphonique permettait de fixer le premier temps d'évaluation. Lors de cet entretien (T0), le consentement pour intégrer l'étude était recueilli (annexe 14), puis étaient administrés la MINI, LEC-5 et si nécessaire la PCL-5i, EPDSi, la PrAS, EPA et la MAAS. Étaient aussi récupérées les données socio-démographiques.

Après l'accouchement, les données concernant l'accouchement dans le dossier médical étaient collectées. La mère était contactée à nouveau par téléphone pour fixer un second entretien (T1). Si elle ne pouvait pas se déplacer, les questionnaires étaient envoyés par courrier avec un retour possible soit par mail soit par courrier. Lors de ce deuxième temps, étaient administrés : un entretien semi structuré sur le déroulement de l'accouchement, un questionnaire sur le vécu de l'accouchement (QEVA). Si l'accouchement avait été perçu comme traumatique, alors la mère remplissait la PCL-5p. Pour toutes les femmes, l'EPDSp et la PBQ étaient administrées.

Si au cours d'une des deux évaluations, la nécessité de soins se présentait ou si la femme en faisait la demande, les coordonnées de l'Unité Mère Bébé et/ou de la psychiatrie de liaison du pôle de pédopsychiatrie étaient remises afin qu'elle puisse bénéficier d'une prise-en-charge adaptée.

Les données ont été collectées du 15 mars 2019 au 17 juillet 2019 soit sur une période de 4 mois.

#### 6.1.4 Protocole

##### **T0 : évaluation pré-partum, lors d'une consultation standardisée**

- 1) Recueil du consentement éclairé, informations données quant à l'étude et son déroulé ;
- 2) Recueil des éléments biographiques et sociodémographiques ;
- 3) Recueil des événements traumatiques antérieurs par un auto-questionnaire : **LEC-5** (Life Events Checklist). Complété de la **PCL-5i** (Post-traumatique Stress Disorder Checklist Scale) s'il est retrouvé un ou des antécédent(s) d'épisode(s) traumatique(s) ;
- 4) Recherche d'une dépression pré-partum, à l'aide de l'auto-questionnaire **EPDSi** (Edimbourg Post-Partum Dépression Scale) ;
- 5) Passation de la **PrAS** (Pregnancy-related Anxiety Scale) pour dépister l'anxiété liée à la grossesse ;
- 6) Recherche de la peur de l'accouchement avec l'**EPA** (Echelle de la peur de l'accouchement) ;
- 7) Évaluation du lien d'affection qui se développe entre la femme et son fœtus grâce à la **MAAS** (Maternal Antenatal Attachment Scale) ;
- 8) Recherche de l'existence d'un trouble psychiatrique avec le **MINI** (Mini International Neuropsychiatric Interview simplifié).

##### **T1 : évaluation quatre à six semaines post-partum, lors d'une consultation standardisée**

- 9) Evaluation du vécu de l'accouchement et recherche d'un vécu traumatique grâce à un entretien semi-structuré à l'aide du **QEVA** (Questionnaire d'Evaluation du vécu de l'Accouchement) ;
- 10) Recherche d'un TSPT post-partum avec la **PCL-5p** (Post-traumatique Stress Disorder Checklist Scale), si l'accouchement est qualifié de traumatique et/ou si TSPT en pré-partum ;
- 11) La recherche d'une dépression post-partum, à l'aide de l'auto questionnaire **EPDSp** (Edimbourg Post-Partum Dépression Scale) ;
- 12) Evaluation de l'investissement du lien avec le **PBQ** (Post-Partum Bonding Questionnaire).

### **6.1.5 Déontologie de la recherche**

Pour réaliser cette étude, nous avons sollicité le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit, présidé par Mr Pain. Lors de la saisine du 23 Janvier 2019. Le Comité d'Éthique a délivré un avis favorable à la réalisation de cette étude (annexe 15). Le numéro de recherche (N° BP/DJ/FB-01-2019) a été délivré.

Lors du premier contact, l'ensemble de l'étude et ses objectifs ont été présentés aux femmes. Ceci afin de recueillir leur consentement libre et éclairé. Les femmes étaient volontaires et ne percevaient aucune rémunération pour leur participation. Il leur a été précisé que leur participation ne modifierait aucunement leur suivi à la maternité et qu'il s'agissait bien de deux choses distinctes.

A la fin du second entretien, nous leur avons proposé de recevoir les résultats de l'étude si elles le souhaitaient et nous les avons remerciés de leur participation.

Lorsque l'état clinique le justifiait, nous leur avons proposé de prendre contact avec nous si elles le souhaitaient afin de récupérer les coordonnées des structures de soins adaptées. Pour certaines, ces coordonnées ont été remises en fin de consultation.

Afin de palier la fatigabilité en lien avec le nombre de questionnaires, régulièrement, au cours des entretiens été proposé une pause. Le temps de passation était d'environ 40-45 minutes pour le premier entretien et environ 20-25 minutes pour le second.

### **6.1.6 Traitement des données**

L'ensemble des données a été anonymisée, chaque femme recevait un numéro. Par la suite, chaque questionnaire était numéroté avec le numéros de référence afin que les données informatiques ne comportent aucun nom propre. L'ensemble des documents papiers a été détruit à la fin de l'étude. Ainsi l'anonymat est conservé.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS d'IBM pour réaliser l'ensemble de nos statistiques.

Pour comparer des proportions entre plusieurs groupes, nous avons utilisé le test du khi-

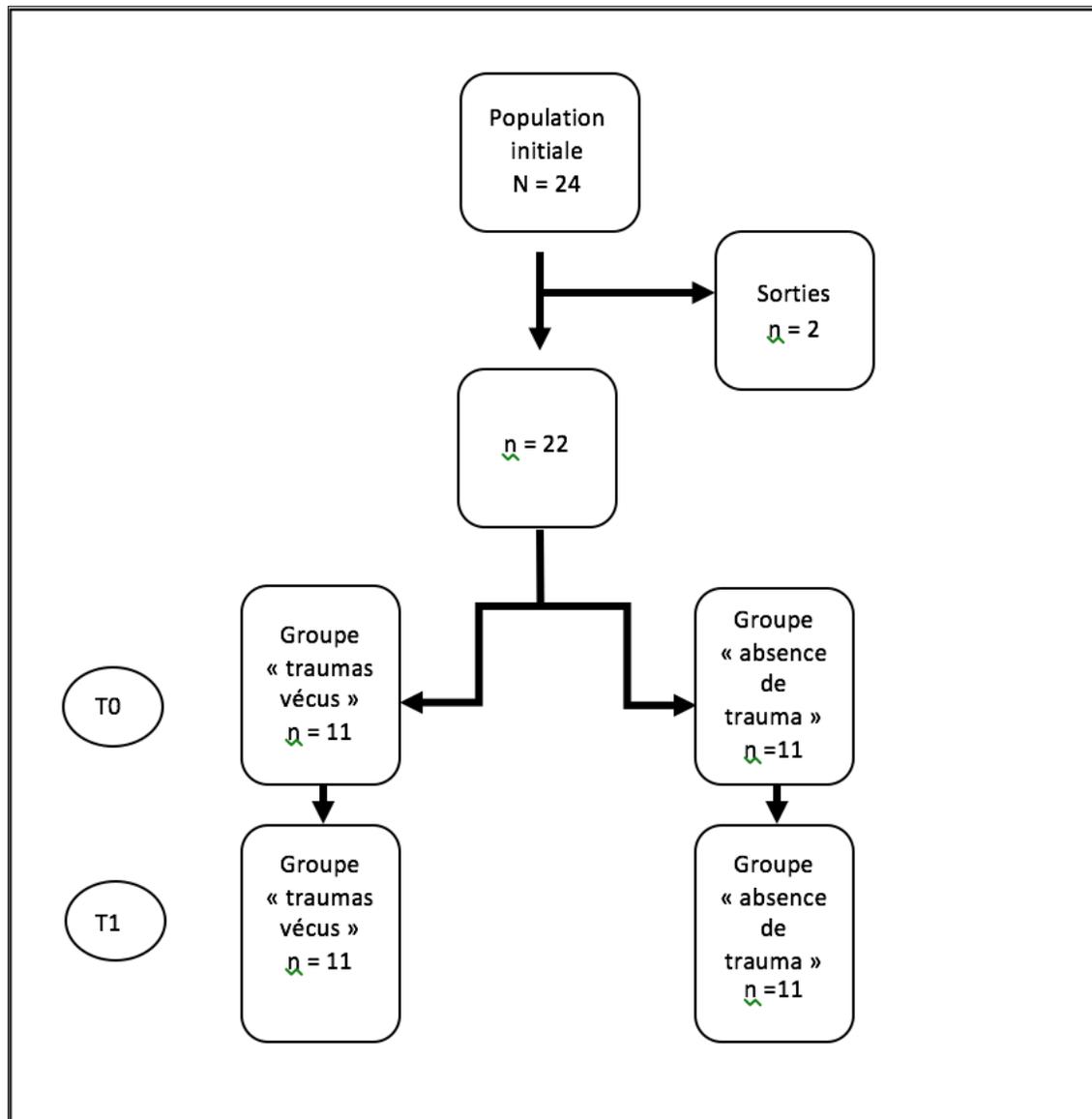
carré lorsque ses conditions d'application étaient vérifiées (effectifs théoriques  $\geq 5$ ). Malheureusement, cela n'a pas été possible sur l'ensemble des tests. Lorsque nous ne pouvions réaliser le test du khi carré, nous avons utilisé le test non paramétrique de Fisher.

Pour comparer des moyennes, nous avons utilisé des tests non paramétriques, applicables sur de petits effectifs à savoir : le test U de Mann-Whitney pour comparer deux groupes et le test de Kruskal-Wallis pour comparer entre eux plus de deux groupes.

De plus, nous avons effectué des recherches de liens statistiques entre les différents scores au moyen d'études de corrélations.

## 6.2 Résultats

### 6.2.1 La population



*Figure 1 : Flow-Chart*

Nous avons inclus 24 patientes, 2 sont sorties de l'étude. La première suite à un diagnostic de bipolarité lors du premier entretien, la seconde du fait d'une hospitalisation en néonatalogie pour son bébé après l'accouchement. Les femmes étaient âgées de 22 à 42 ans. La moyenne d'âge est de 31,1 ans, la médiane de 30,5 ans. Parmi elles, 95 % (n = 21) étaient d'origine française, 5 % (n = 1) d'origine « autre ».

Nous avons dénombré 86 % (n = 19) de femmes ayant fait des études supérieures. Parmi

elles, 41 % (n = 9) ont un niveau Bac + 3-4 ; 27 % (n = 6) ont un BTS, 14 % (n = 3) ont un niveau Bac + 2 ; 5 % (n = 1) ont un niveau Bac + 5 ou plus. Quatorze pour cent (n = 3) ont fait des études secondaires, parmi elle, 9 % (n = 2) ont un niveau BEPC et 5 % (n = 1) un niveau CAP.

Sur l'ensemble de la population incluse, 9 % (n = 2) étaient sans emploi. Parmi les 91 % (n = 20) dont l'activité professionnelle était en cours, on retrouvait 41 % (n = 9) de professions intermédiaires ; 27 % (n = 6) d'employées ; 18 % (n = 4) classées dans autres catégories socio professionnelles ; et enfin 14 % (n = 3) sont artisanes, commerçantes, chefs d'entreprise.

Concernant le statut marital, nous dénombrons 36 % (n = 8) de femmes pacsées ; 32 % (n = 7) sont mariées ; et 32 % (n = 7) sont en concubinage.

Quatre-vingt-seize pour cent (n = 21) étaient satisfaites de leur situation financière contre 4 % (n = 1) qui estimaient leur situation financière non satisfaisante.

Les antécédents médicaux notables concernaient 32 % (n = 7) des femmes. Sur l'ensemble de la population incluse, 23 % (n = 5) avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie au cours de leur vie et la moitié avait bénéficié d'un suivi psychologique au moins une fois dans leur vie. Concernant les antécédents familiaux, 45 % (n = 10) ont des antécédents familiaux notables (cancer, maladies psychiatriques...).

Sur l'ensemble des femmes incluses, toutes déclarent n'avoir jamais consommé de toxiques (tabac, alcool, cannabis) au cours de la grossesse.

Neuf pour cent (n = 2) ont pris des traitements au cours de la grossesse. Sont considérés comme traitements, les traitements pris au long cours et n'ayant pas de lien avec l'aspect physiologique de la grossesse (ex : constipation, insuffisance veineuse, algies aiguës ...).

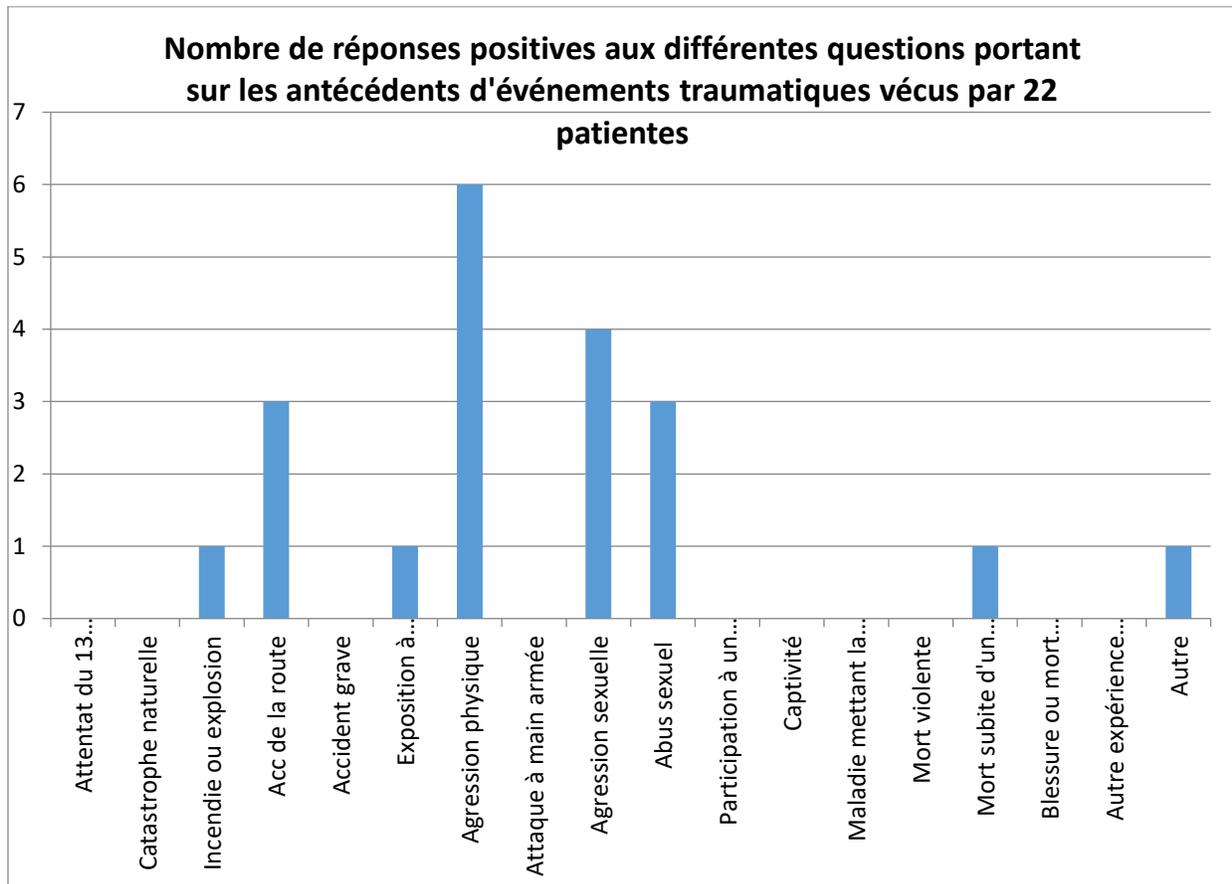
Sur l'ensemble de la population, 68 % (n = 15) sont primipares contre 32 % (n = 7) de multipares. Trente-six pour cent (n = 8) ont au moins 1 enfant à charge. Neuf pour cent (n = 2) ont fait des fausses couches spontanées et 27 % (n = 6) ont déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse.

Concernant la grossesse actuelle, pour 86 % (n = 19), la grossesse était programmée et dans 95 % (n = 21) des situations, celle-ci était désirée. Neuf pour cent (n = 2) ont eu recours à la procréation médicalement assistée. Aucune n'a eu besoin

d'être hospitalisée au cours de la grossesse. En revanche, 14 % (n = 3) ont présenté des complications légères et n'impliquant pas de risque vital ni pour la maman, ni pour le bébé. Concernant la préparation à la naissance 95 % (n=21) ont déclaré l'avoir réalisée.

## 6.2.2 Résultats des questionnaires pendant la grossesse (T0)

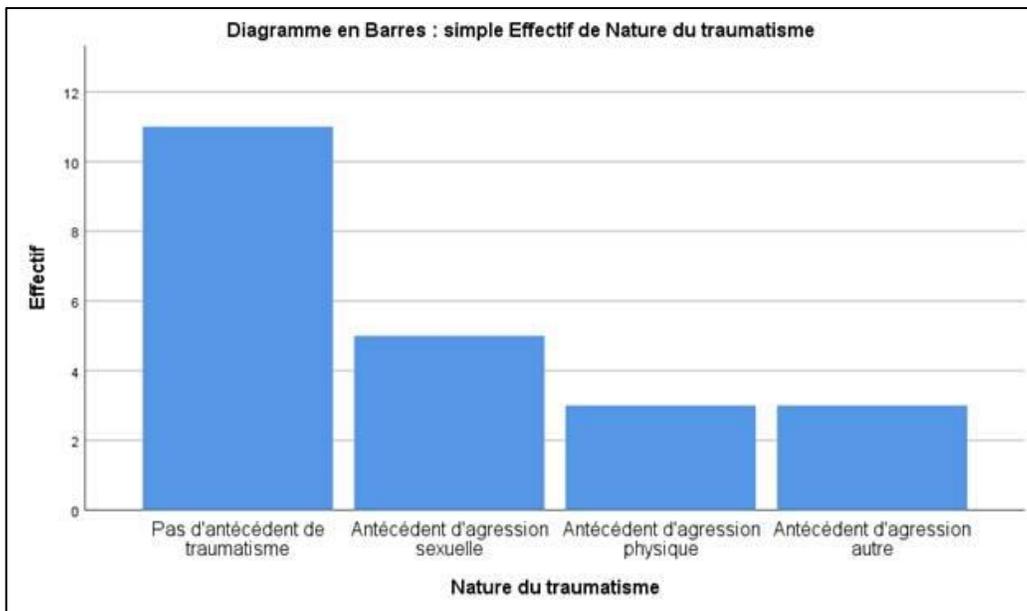
### 6.2.2.1 Traumatismes vécus au cours de la vie et dépistage du Trouble de Stress Post-Traumatique



*Figure 2 : Nombres de réponses positives aux différentes questions portant sur les antécédents d'événement traumatiques vécus par 22 patientes sur vie entière*

La moitié a vécu au moins 1 événement traumatique, dont 27 % (n = 6) ont vécu

au moins deux traumatismes au cours de leur vie. Parmi les événements traumatiques, 27 % (n = 6) « agression physique » ; 18 % (n = 4) « agression sexuelle » ; 14 % (n = 3) « autre expérience sexuelle non désirée et désagréable ; abus sexuel dans l'enfance » ; 5 % (n = 1) ont vécu « un incendie ou une explosion » ; 5 % (n = 1) « un accident de la route » ; 5 % (n = 1) « une exposition à une substance toxique » ; 5 % (n = 1) « la mort subite et inattendue d'un proche » ; 5 % (n = 1) « autres » (Figure 2). Pour les besoins de l'étude, nous avons regroupé les événements traumatiques en trois catégories : les agressions physiques, les viols et abus sexuels dans l'enfance et enfin une dernière catégorie « autre » (Figure 3).



*Figure 3 : Effectif des femmes en fonction du nombre d'événements traumatiques vécus au cours de la vie.*

Parmi les femmes ayant vécu au moins un événement traumatique, aucune ne présentait un score à la PCL-5i supérieur au seuil diagnostique de 33. L'intensité des symptômes a été répartie en trois catégories : faible (score de 0 à 5), intermédiaire (score de 6 à 9) et élevée (score supérieur ou égal à 10). Nous avons dénombré chez 27% (n = 3) une intensité symptomatique faible, une intensité intermédiaire chez 45 % (n = 5) des femmes et enfin, 27 % (n = 3) présentaient une intensité élevée. Sur l'ensemble des questionnaires relatifs à la PCL-5i, la moyenne est de 6,64 (Écart type = 4,1). Le score maximal est de 12 et le score minimal de 0.

### 6.2.2.2 Anxiété et dépression pendant la grossesse (T0)

Parmi les 22 patientes, le score moyen à l'EPDSi est de 4,72 (Écart type = 4,74), la valeur maximale est de 18 et la valeur minimale de 0. Sur les 22 patientes présentes dans l'étude, 5% (n = 1) présentaient une dépression prénatale avec un score supérieur au seuil diagnostique de 14.

Les résultats relatifs à l'anxiété au cours de la grossesse sont présentés dans le tableau 4. Aucune ne dépasse le seuil du score total qui est de 75,5. Plus le score est haut, plus l'anxiété au cours de la grossesse est élevée. La moitié des femmes ont une anxiété entre 45 et 55 et un tiers environ ont une anxiété comprise entre 55 et 65.

*Tableau 4 : Résultats de l'échelle PrAS (Pregnancy-related Anxiety Scale) avec chaque dimension et le score total. Plus le score est élevé plus l'anxiété est forte.*

<b>PrAS</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Maximum</b>	<b>Minimum</b>	<b>Écart type</b>
Inquiétudes relative à l'accouchement	9,90	17	6	3,16
Inquiétudes relatives à l'image corporelle	8,36	20	5	4,75
Attitudes envers l'accouchement	6,41	11	3	1,94
Inquiétudes à propos de soi	10,00	14	7	1,93
Inquiétudes relatives au bébé	5,14	9	3	1,73
Acceptation de la grossesse	4,09	9	3	1,80
Évitement	3,54	7	3	1,01
Attitudes envers le personnel soignant	4,32	7	3	1,49
Total	51,77	5	39	8,79

### **6.2.2.3 Évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) pendant la grossesse (T0)**

La moyenne globale du score total est de 29 (Ecart type = 3,67). Le score le plus élevé est de 36 et le plus bas de 23. Plus le score est élevé plus la peur de l'accouchement est importante. Nous comptons un tiers des femmes ayant un score inférieur à 27, un tiers a un score compris entre 27 et 32 et enfin un tiers a un score supérieur à 32. Nous constatons qu'un tiers des femmes a une peur notable de l'accouchement.

### **6.2.2.4 Évaluation du lien mère enfant (MAAS) pendant la grossesse (T0)**

Le score total moyen est de 78,7 (écart type 7,95). Le score le plus haut est de 91 et le score le plus bas de 55. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité du lien. Huit femmes, soit 36 %, ont un score entre 72 et 78 ; 45 % (n = 10) ont un score compris entre 78 et 88. Seulement deux femmes (9%) ont un score supérieur à 88. Le lien au cours de la grossesse est majoritairement bien investi par 91 % de la population incluse. Seulement deux femmes (9%) présentent un score inférieur à 70 et une seule (5%) un score à 55.

### **6.2.3 Les caractéristiques de l'accouchement et du post-partum**

Le terme moyen est de 40,1 semaines d'aménorrhée (Écart type 1,03). Le terme le plus élevé est de 41,8 semaines d'aménorrhée, le plus bas de 38,1 semaines d'aménorrhée. Le père a pu être présent dans 96 % (n = 21) des cas. Concernant le bébé, nous dénombrons 59 % (n = 13) de filles et 41 % (n = 9) de garçons. Aucun enfant n'a présenté de détresse néonatale. Dans 5 % (n = 1) des cas, le pédiatre était présent. Les données concernant les caractéristiques de travail, l'accouchement, les complications, l'analgésie et l'allaitement sont regroupées dans le tableau 5.

*Tableau 5 : Modalités relatives à l'accouchement sur l'ensemble de l'échantillon : travail, accouchement, délivrance, présentation, analgésie, complications et type d'allaitement.*

<b>Modalités de l'accouchement</b>	<b>n</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Travail spontané	20	90,9
Travail déclenché	2	9,1
Voie basse simple	17	73,3
Voie basse instrumentalisée	3	13,6
Césarienne en urgence	2	9,1
Hémorragie de la délivrance	1	4,5
Episiotomie	2	9,1
<b>Présentation</b>		
Sommet	22	100
<b>Analgésie</b>		
Aucune	2	9,1
Péridurale	20	90,9
<b>Complications de l'accouchement</b>		
Déchirure simple	12	60
Aucune	8	40
<b>Allaitement</b>		
Maternel	13	59,1
Mixte	1	4,5
Artificiel	8	36,3

#### 6.2.4 Résultats des questionnaires un mois post-partum (T1)

Les résultats concernant les questionnaires du deuxième temps de l'étude (T1) sont présentés dans le tableau 6. Seulement 2 femmes (9 %) ont évalué leur accouchement comme traumatique. Aucune d'elle ne présente un score supérieur au seuil de diagnostic lors de la passation de la PCL-5p (Seuil diagnostic = 33). Cependant l'une avait un score très élevé et proche du seuil diagnostic soit 30, tandis que la seconde avait un score très bas à 1.

*Tableau 6 : Résultats des questionnaires du temps T1*

Questionnaires	n	Moyenne	Maximum	Minimum	Écart type
QEVA-total	22	20,22	29	16	3,68
PCL-5p-total	2	15,5	30	1	20,51
EPDSp-total	22	6,5	20	0	5,16
PBQ-total	22	10,91	43	0	9,19

La moitié des femmes avait un score total au QEVA strictement inférieur à 20 ; 41 % (n=9) avaient un score compris entre 20 et 25 et seulement 9 % (n = 2) avaient un score supérieur à 25. Plus le score est élevé, plus le vécu de l'accouchement est négatif. La majorité (91 %) des femmes avait donc un vécu de l'accouchement plutôt de bonne qualité.

Les trois quarts des femmes (72%) présentaient un score à l'EPDSp inférieur à 10. Parmi les 28% restant, 60 % présentaient un score supérieur au seuil diagnostic de 12. Cela représente 14 % (n = 3) de femmes souffrant de dépression du post-partum.

Concernant le score PBQ-total, nous remarquons que 68 % (n=15) des femmes présentent un score entre 2 et 12 et 23 % (n = 5) un score entre 12 et 22. Plus le score est bas, meilleure est la perception de la relation mère-enfant par la mère. Une seule femme (5%) présente un score supérieur au seuil de 26.

## 6.2.5 Étude des caractéristiques du traumatisme sur les différentes dimensions étudiées

### 6.2.5.1 Caractéristique de la population en fonction de l'existence ou non d'antécédents traumatiques

Nous distinguons deux groupes : les femmes ayant vécu au moins un événement traumatique (n=11) et les femmes n'ayant pas vécu de traumatisme (n=11). Nous appellerons le premier groupe « traumas vécus » et le second « absence de trauma ». Dans le groupe « traumas vécus », aucune femme ne présente un TSPT associé. Les caractéristiques des deux groupes sont présentées dans le tableau 7. Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes, sauf sur la dimension « ATCD de suivi psychique ». En effet, les femmes du groupe « traumas vécus » ont d'avantage consulté ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,033$ ). Cependant, nous ne connaissons pas le motif de consultation.

*Tableau 7 : Comparaison du groupe « traumas vécus » vs « absence de trauma » sur les données sociodémographiques et médicales. (ATCD = antécédents ; IVG = Interruption volontaire de grossesse ; PMA = Procréation médicalement assistée).*

Caractéristiques	Groupe "traumas vécus" (n = 11)(%)	Groupe "absence de trauma" (n = 11)(%)	p value
<b>Âge</b>			0,478
Moyenne	30,3	31,9	
Ecart type	5,4	4,2	
Maximum	39	42	
Minimum	22	27	
<b>Nationalité</b>			1
Française	11	10 (91)	
Autre	0	1 (9)	
<b>Scolarité</b>			1
Secondaire	2 (18)	1 (9)	
Supérieure	9 (82)	10 (91)	

<b>Diplôme</b>			1
BEPC	1 (9)	1 (9)	
CAP	1 (9)	0	
BEP	0	0	
BTS	3 (27)	3 (27)	
BAC + 2	1 (9)	2 (18)	
BAC + 3-4	5 (45)	4 (36)	
BAC + 5 ou plus	0	1 (9)	
<b>Profession actuelle</b>			0,087
Artisane ; commerçante ; chef d'entreprise	1 (9)	2 (18)	
Profession intermédiaire	3 (27)	6 (55)	
Employés	4 (36)	2 (18)	
Ouvriers	0	0	
Autres	3 (27)	1 (9)	
<b>Activité en cours</b>			1
Oui	10 (91)	10 (91)	
Non	1 (9)	1 (9)	
<b>Statut marital</b>			1
Mariée ou pacsée	7 (64)	8 (73)	
Concubinage	4 (36)	3 (27)	
<b>Satisfaction de la situation financière</b>			1
Oui	11	10 (91)	
Non	0	1 (9)	
<b>ATCD médico-chirurgicaux</b>			1
Oui	4 (36)	3 (27)	
Non	7 (64)	8 (73)	
<b>ATCD hospitalisation en psychiatrie</b>			0,311
Oui	4 (36)	1 (9)	
Non	7 (64)	10 (91)	
<b>ATCD de suivi psychique</b>			0,033

Oui	8 (73)	3 (27)	
Non	3 (27)	8 (73)	
<b>ATCD familiaux notables</b>			1
Oui	5 (45)	5 (45)	
Non	6 (55)	6 (55)	
<b>Traitement en cours</b>			0,476
Oui	0	2 (18)	
Non	11	9 (82)	
<b>Tabagisme</b>			non analysable
Oui	0	0	
Non	11	11	
<b>Consommation alcool</b>			non analysable
Oui	0	0	
Non	11	11	
<b>Consommation cannabis</b>			non analysable
Oui	0	0	
Non	11	11	
<b>ATCD de fausse couche</b>			0,476
Oui	2 (18)	0	
Non	9 (82)	11	
<b>ATCD d'IVG</b>			1
Oui	3 (27)	3 (27)	
Non	8 (73)	8 (73)	
<b>Gestité</b>			0,392
Primigeste	6 (55)	4 (36)	
Multigeste	5 (45)	7 (64)	
<b>Primiparité</b>			0,647
Primipare	8 (73)	7 (64)	

Multipare	3 (27)	4 (36)	
<b>Nombre enfant à charge</b>			1
Oui	4 (36)	4 (36)	
Non	7 (64)	7 (64)	
<b>Grossesse programmée</b>			0,214
Oui	8 (73)	11	
Non	3 (27)	0	
<b>Grossesse désirée</b>			1
Oui	10 (91)	11	
Non	1 (9)	0	
<b>Recours PMA</b>			1
Oui	1 (9)	1 (9)	
Non	10 (91)	10 (91)	
<b>Préparation à la naissance</b>			1
Oui	11	10 (91)	
Non	0	1 (9)	
<b>Hospitalisation au cours de la grossesse</b>			non analysable
Oui	0	0	
Non	11	11	

### **6.2.5.2 Liens entre l'existence d'antécédents traumatiques et les différentes dimensions étudiées**

Nous comparons ces deux groupes aux différentes dimensions de notre étude à savoir : l'anxiété au cours de la grossesse (PrAS), la peur de l'accouchement (EPA), le lien mère-foetus (MAAS), la dépression du pré et post-partum (EPDSi et EPDSp), le vécu de l'accouchement (QEVA), et enfin le lien mère-bébé (PBQ).

Le tableau 8 présente l'ensemble des résultats provenant du croisement entre les femmes du groupe « traumas vécus » ; « absence de trauma » et les dimensions décrites

ci-dessus. Concernant l'anxiété au cours de la grossesse, aucune différence statistique n'a été démontrée ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,898$ ). La moyenne du score total dans le groupe « traumas vécus » et celle du groupe « absence de trauma » sont très proches, soit respectivement 51,8 (Ecart type = 8,9) vs 51,7 (Ecart type = 9,1).

Nous pouvons faire le même constat pour la peur de l'accouchement ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,748$ ). La moyenne du score total est de 29,1 (Ecart type = 4,5) dans le groupe « trauma vécu » contre 29,3 (Ecart type = 2,8) dans le groupe « absence de trauma ».

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,019$ ) des distributions du score MAAS entre les parturientes ayant un antécédent de traumatisme et celles qui n'en ont pas, à savoir que les femmes du groupe « traumas vécus », investissent plus le lien avec leur fœtus. Nous observons que la moyenne du score MAAS est plus élevée dans le groupe des parturientes ayant un antécédent de traumatisme : 81,09 (Ecart type = 9,8) contre 76,36 (Ecart type = 4,9) dans le groupe de celles qui n'ont pas d'antécédent.

Par ailleurs, concernant la dépression du post-partum (EPDSp) et le vécu de l'accouchement (QEVA), il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'existence de traumatisme vécu et chacune de ces dimensions respectivement ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,438$ ) et ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,519$ ). Dans le cas de l'EPDSp, la moyenne du groupe « traumas vécus » est de 5,9 (Écart type = 5,8) contre 7,1 (Écart type = 4,6) dans le groupe « absence de trauma ». Cela montre que l'intensité symptomatique de la dépression du post-partum est plus forte dans le groupe « absence de trauma », contrairement au pré-partum. Bien que l'analyse statistique ne puisse être réalisée du fait d'un effectif trop faible de dépression du pré-partum ( $n = 1$ ), la moyenne de l'EPDSi dans le groupe « traumas vécus » est de 5,2 (Écart type = 5,4) contre 4,3 (Écart type = 4,1) dans le groupe « absence de trauma ». Ce qui montre que l'intensité des symptômes est légèrement supérieure dans le groupe « trauma vécu ».

Concernant le vécu de l'accouchement, la moyenne du QEVA score total dans le groupe « traumas vécus » est de 20,6 (Écart type = 3,8) contre 19,8 (Écart type = 3,6) dans le groupe « absence de trauma ». Le vécu est légèrement plus négatif dans le groupe « traumas vécus ».

Au sujet de l'investissement du lien de la mère vers son enfant, après la naissance,

mesuré par le questionnaire PBQ sur le score total, ce dernier n'est pas médié par le vécu d'au moins un traumatisme ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,3$ ). La moyenne du PBQ score total dans le groupe « traumatismes vécus » est de 10,5 (Écart type = 11,3) contre 11,3 (Écart type = 7,1) dans le groupe « absence de trauma ». Bien que la différence ne soit pas significative, la moyenne du score total est plus basse dans le groupe « traumatismes vécus ». Cela va dans le sens d'un meilleur investissement de la relation mère-bébé. Ce constat va dans le même sens que pour la relation prénatale.

*Tableau 8 : Influence des antécédents traumatiques sur les différentes dimensions de la grossesse, de l'accouchement et du lien mère-enfant : l'anxiété liée à la grossesse (PrAS) ; évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) ; la dépression du pré-partum (EPDSi) ; la dépression du post-partum (EPDSp) ; le lien mère-fœtus (MAAS) ; le vécu de l'accouchement (QEVA) et le lien mère-bébé (PBQ). Score total, groupe « traumatismes vécus » ; groupe « absence de trauma » ; degré de significativité.*

QUESTIONNAIRES	Total	Groupe "Traumas vécus"	Groupe "absence de trauma"	p value
EPDSi				Non analysable
Moyenne	4,7	5,2	4,3	
Écart type	4,7	5,4	4,1	
Maximum	18	18	11	
Minimum	0	0	0	
PrAS-total				0,898
Moyenne	51,8	51,8	51,7	
Écart type	8,8	8,9	9,1	
Maximum	65	65	65	
Minimum	39	39	42	
PrAS_Inquiétudes sur l'accouchement				0,478
Moyenne	9,9	10,5	9,3	
Écart type	3,2	3,6	2,6	
Maximum	17	17	14	
Minimum	6	6	6	
PrAS_Inquiétudes sur l'image corporelle				0,606
Moyenne	8,4	8,45	8,3	

Écart type	4,7	4,4	5,3
Maximum	20	18	20
Minimum	5	5	5

PrAS_Attitudes envers l'accouchement			0,3
Moyenne	6,4	6	6,8
Écart type	1,9	1,7	2,2
Maximum	11	9	11
Minimum	3	4	3

PrAS_Inquiétudes à propos de soi			1
Moyenne	10	10	10
Écart type	1,9	2,0	1,9
Maximum	14	14	13
Minimum	7	7	7

PrAS_Inquiétudes à propos du bébé			0,606
Moyenne	5,1	5,4	4,9
Écart type	1,7	1,8	1,6
Maximum	9	9	9
Minimum	3	3	3

PrAS_Acceptation de la grossesse			0,478
Moyenne	4,1	3,8	4,4
Écart type	1,8	1,7	2,0
Maximum	9	8	9
Minimum	3	3	3

PrAS_Évitement			0,652
Moyenne	3,5	3,4	3,7
Écart type	1	0,7	1,3
Maximum	7	5	7
Minimum	3	3	3

PrAS_Attitudes envers le personnel médical			1
--	--	--	---

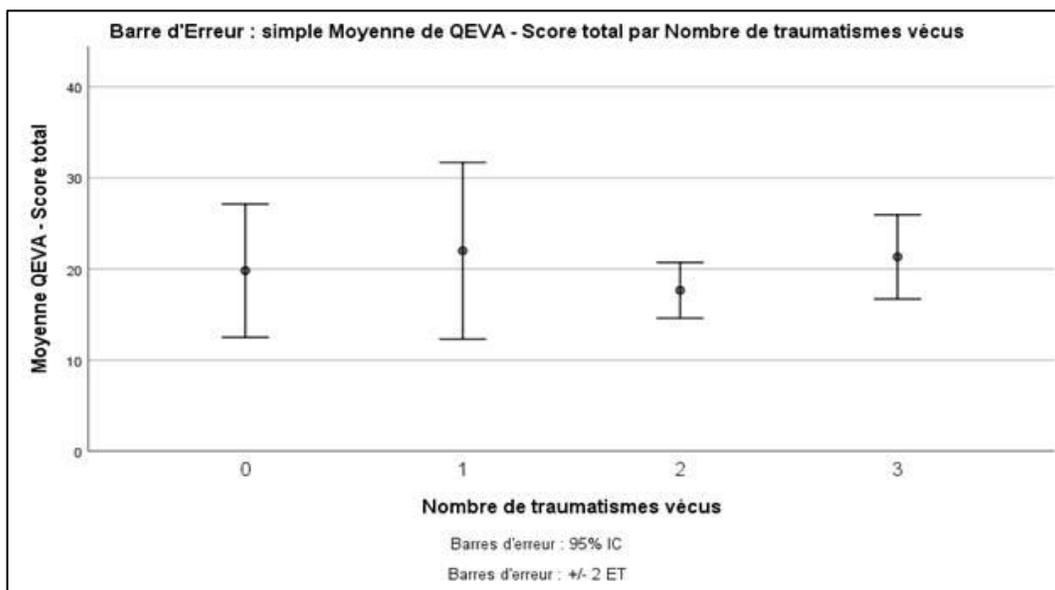
Moyenne	4,3	4,3	4,4
Écart type	1,5	1,4	1,6
Maximum	7	6	7
Minimum	3	3	3
MAAS-total			0,019
Moyenne	78,7	81,1	76,4
Écart type	7,9	9,8	4,9
Maximum	91	91	83
Minimum	55	55	67
EPA-total			0,748
Moyenne	29,2	29,1	29,2
Écart type	3,7	4,5	2,8
Maximum	36	36	35
Minimum	23	23	27
QEVA-total			0,519
Moyenne	20,22	20,6	19,8
Écart type	3,7	3,8	3,6
Maximum	29	29	27
Minimum	16	16	16
EPDSp			0,438
Moyenne	6,5	5,9	7,1
Écart type	5,2	5,8	4,6
Maximum	20	20	15
Minimum	0	0	0
PBQ-total			0,3
Moyenne	10,9	10,5	11,3
Écart type	9,2	11,9	7,1
Maximum	43	43	21
Minimum	0	0	0

Nous avons regardé si le fait d'avoir vécu un traumatisme au cours de la vie impliquait un suivi psychiatrique ou psychologique. Pour cela, nous avons utilisé le test du khi-carré de Pearson puisque l'effectif théorique minimum est réuni (effectif > 5).

La relation entre les antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique et les antécédents de traumatisme vécu est significative ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,033$ ). En effet, 73% (8/11) des femmes ayant vécu un traumatisme déclarent avoir eu un suivi psychiatrique. Nous ignorons, en revanche, si le motif de consultation était en lien avec le/les traumatisme(s) vécu(s).

### 6.2.5.3 Lien entre le nombre de traumatismes vécus et le vécu de l'accouchement et la relation mère-bébé

L'analyse de variance montre que la moyenne score total de l'échelle QEVA n'est pas statistiquement significative ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,346$ ) en fonction du nombre de traumatismes vécus (Figure 4). Les femmes ayant vécu un ou trois traumatismes ont un vécu plus négatif que celles en ayant vécu 2. L'ensemble des femmes ayant vécu un traumatisme ont un vécu plus négatif de l'accouchement.



*Figure 4 : Moyenne du score total QEVA en fonction du nombre de traumatismes vécus*

Le score total PBQ n'est pas influencé par le nombre de traumas vécus ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,416$ ) (Figure 5). Nous avons constaté précédemment que la moyenne du score total PBQ était légèrement supérieur dans le groupe « absence de trauma » et signifiait que la

relation était un peu moins investie. Ici, nous pouvons constater que l'investissement de la relation est quasi identique, qu'il s'agisse d'un ou de deux traumatismes. Mais le score PBQ est plus élevé lorsqu'il y a 3 traumatismes. Cela montre que la relation est un peu moins investie lorsque le nombre de traumatismes augmente, au sein de notre échantillon.

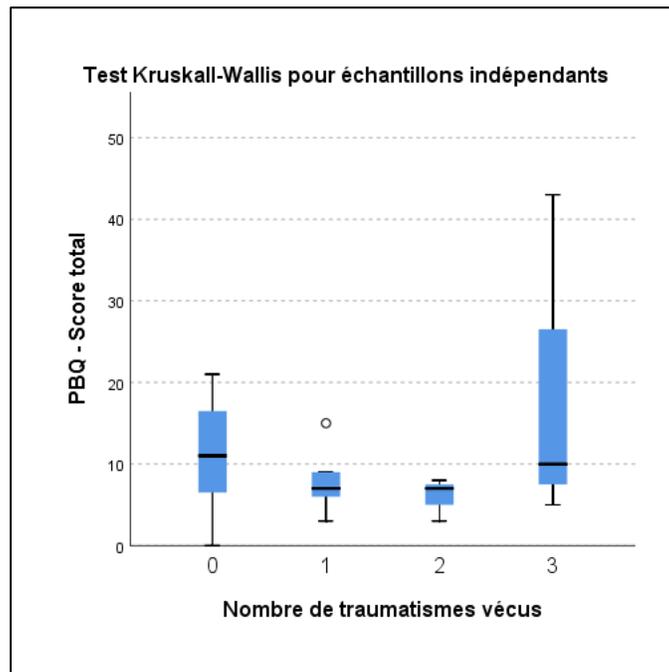


Figure 5 : Score total PBQ en fonction du nombre de traumatismes vécus

#### **6.2.5.4 Lien entre la nature du traumatisme et le vécu de l'accouchement et la relation mère-bébé**

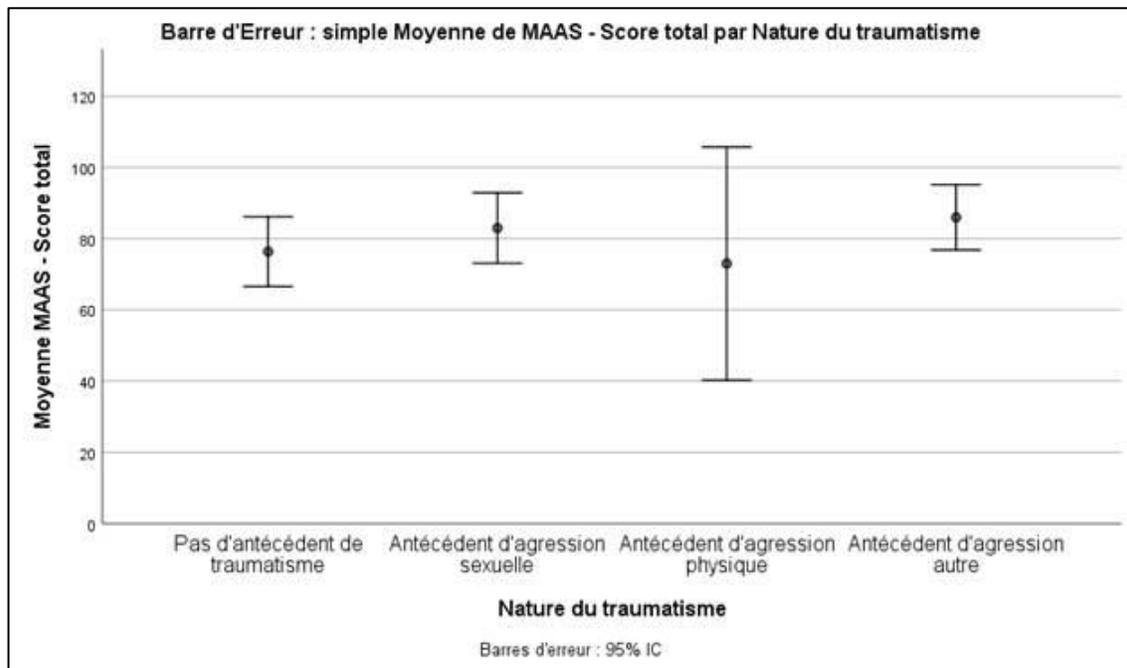
Nous avons regroupé les traumatismes vécus en deux catégories : « agression physique ou sexuelle » et « autres agressions ».

Le test de Kruskal-Wallis réalisé entre la nature du traumatisme et le score total MAAS objective une différence statistiquement significative des distributions du score MAAS en fonction de la nature du traumatisme ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,036$ ) au risque d'erreur près de première espèce  $\alpha$  de 5 %. Nous observons que les femmes ayant été victime d'une agression physique ou sexuelle investissent moins le lien avec leur fœtus (Tableau 9). La moyenne est de 79,25 (Écart type = 10,8) contre 86 (Écart type = 4,6) chez une femme victime d'un autre événement traumatique. Mais les deux groupes investissent

d'avantage le lien qu'une femme sans antécédent traumatique, moyenne de 76,4 (Écart type = 5,9) (Figure 6). Cependant, le groupe « Antécédent d'agression physique » est hétérogène car il inclut une patiente avec un score total MAAS à 55. Par ailleurs, la nature du traumatisme n'a pas de lien statistique avec le score total du PBQ ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,496$ ). Cependant, pour compléter notre propos, nous pouvons indiquer que les femmes de notre échantillon classées dans « événements autres » investissent mieux la relation mère-bébé avec une moyenne à 7,0 (Écart type = 1,0) contre 11,9 (Écart type = 13,1) chez les femmes victimes d'agression physique ou sexuelle. Cependant les femmes du groupe « absence de trauma », investissent la relation à la hauteur des femmes victimes d'agression sexuelle, moyenne de 11,2 (Écart type 7,1).

*Tableau 9 : Score total de l'échelle MAAS en fonction de la nature du traumatisme vécu.*

<b>Nature du traumatisme</b>	<b>N</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>
Pas d'antécédent de traumatisme	11	76,4	4,9
Antécédent d'agression sexuelle ou physique	8	79,2	10,8
Antécédent de traumatisme autre	3	86	4,58
Total	22	78,7	7,9



*Figure 6 : Moyenne de MAAS score total en fonction de la nature du traumatisme*

Le vécu de l'accouchement n'est pas statistiquement influencé par la nature du traumatisme vécu ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,052$ ). L'accouchement est vécu plus négativement par les femmes victimes d'agression physique ou sexuelle, moyenne de 22,0 (Écart type = 3,6) contre 17,0 (Écart type = 1,0) chez les femmes classées dans les « événements traumatiques autres ». Nous constatons également que l'antécédent d'événements traumatiques type « agressions sexuelles ou physiques » fait varier d'avantage le vécu de l'accouchement dans notre échantillon, puisque la moyenne dans le groupe « absence de trauma » est de 19,8 (Écart type = 3,6).

### **6.2.5.5 Lien entre la PCL-5i et l'anxiété liée à la grossesse ; la peur de l'accouchement ; la relation mère-fœtus ; le vécu de l'accouchement ; et le lien mère-bébé**

La moyenne du score de la PCL-5i total est de 6,6 (Ecart type = 4,1).

Aucune femme n'avait un score seuil supérieur à 33 permettant le dépistage d'un trouble de stress post-traumatique. De ce fait, nous avons réparti les scores totaux de la PCL-5 initiale en trois groupes en fonction de l'intensité des symptômes : « faible » pour un score inférieur à 5 ; « intermédiaire » pour un score entre 6 et 9 et « élevée » pour un score supérieur ou égal à 10.

Le tableau 10 présente les résultats des questionnaires réalisés au temps T0 (PrAS score total ; EPA score total ; MAAS score total) et au temps T1 (QEVA score total et PBQ score total), ainsi que le degré de significativité. Aucun lien statistique n'a été mis en évidence entre l'intensité des symptômes de stress post-traumatique et les différentes dimensions que sont : l'anxiété liée à la grossesse ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,825$ ), la peur de l'accouchement ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,588$ ), le lien mère-fœtus ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,712$ ), le vécu de l'accouchement ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,386$ ) et enfin le lien mère-bébé ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,483$ ).

Nous pouvons constater que, lorsque l'intensité des symptômes à la PCL-5i augmente, la moyenne du score PrAS total augmente, passant de 50,3 (Ecart type = 12,6) pour une symptomatologie faible à 53,3 (Ecart type = 10,2) pour une symptomatologie forte. Concernant la peur de l'accouchement, le constat est le même. La peur est plus forte lorsque l'intensité des symptômes à la PCL-5i est plus forte. La moyenne passant de 28,3 (Écart type = 5,77) pour une intensité faible à 31,3 (Écart type = 5,51) pour une intensité forte. Le lien mère-fœtus semble mieux investi lorsque l'intensité de la symptomatologie augmente. La moyenne est de 76 (Écart type = 18,7) pour une faible intensité des symptômes, contre 85 (Écart type = 2) pour une intensité forte. Concernant le vécu de l'accouchement, la répartition est homogène. Enfin, la relation mère-bébé est moins bien investie lorsque la symptomatologie est plus faible, moyenne de 19 (Ecart type = 20,8) contre 5,7 (Ecart type = 11,3) pour une symptomatologie forte.

*Tableau 10 : Résultats des tests statistiques réalisés entre l'intensité des symptômes de stress post traumatique et les différentes dimensions : l'anxiété liée à la grossesse, la peur de l'accouchement, le lien mère-fœtus, le vécu de l'accouchement et enfin le lien mère-bébé.*

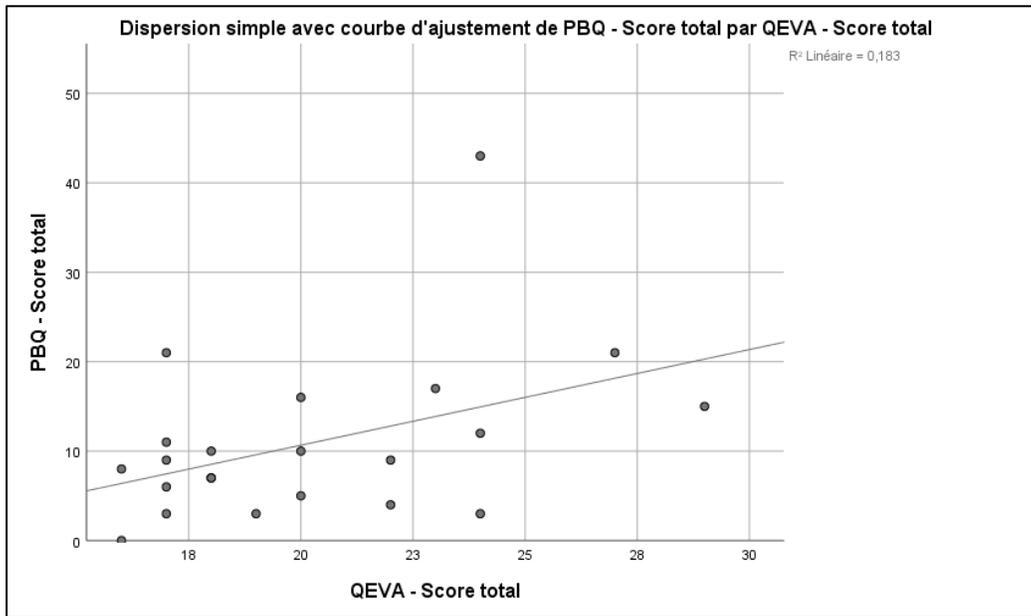
<b>Questionnaires</b>	<b>Moyenne</b>	<b>N</b>	<b>Écart type</b>	<b>p value</b>
<b>PrAS-score total</b>				<b>0,825</b>
PCL-5 (initiale) faible	50,33	3	12,66	
PCL-5 (initiale) intermédiaire	51,8	5	7,85	
PCL-5 (initiale) élevé	53,33	3	10,2	
PCL-5 (initiale) total	51,82	11	8,87	
<b>EPA-score total</b>				<b>0,588</b>
PCL-5 (initiale) faible	28,33	3	5,77	
PCL-5 (initiale) intermédiaire	28,2	5	4,32	
PCL-5 (initiale) élevé	31,33	3	4,51	
PCL-5 (initiale) total	29,09	11	4,5	
<b>MAAS-score total</b>				<b>0,712</b>
PCL-5 (initiale) faible	76	3	18,73	
PCL-5 (initiale) intermédiaire	81,8	5	5,63	
PCL-5 (initiale) élevé	85	3	2	
PCL-5 (initiale) total	81,09	11	9,81	
<b>QEVA- score total</b>				<b>0,386</b>
PCL-5 (initiale) faible	19	3	4,36	
PCL-5 (initiale) intermédiaire	22	5	4,06	
PCL-5 (initiale) élevé	20	3	3,46	
PCL-5 (initiale) total	20,64	11	3,83	
<b>PBQ-score total</b>				<b>0,483</b>

PCL-5 (initiale) faible	19	3	20,81
PCL-5 (initiale) intermédiaire	8,4	5	4,67
PCL-5 (initiale) élevé	5,67	3	2,31
PCL-5 (initiale) total	10,55	11	11,28

Concernant notre objectif principal, nous ne pouvons réaliser de test statistique puisque aucune femme n'a un score PCL-5p supérieur au seuil diagnostique de 33. Seulement deux femmes ont rempli ce questionnaire. L'une d'elles avait un score de 30, proche du seuil diagnostique et l'autre un score de 1. Nous pouvons remarquer que la patiente ayant un score de 30 avait un PBQ total à 43. Ce dernier est largement supérieur au PBQ score total moyen (moyenne = 10,9 ; écart type = 9,2), tandis que l'autre patiente avait un score PBQ total à 3.

#### **6.2.6 Lien entre le vécu de l'accouchement et les différentes dimensions de l'étude**

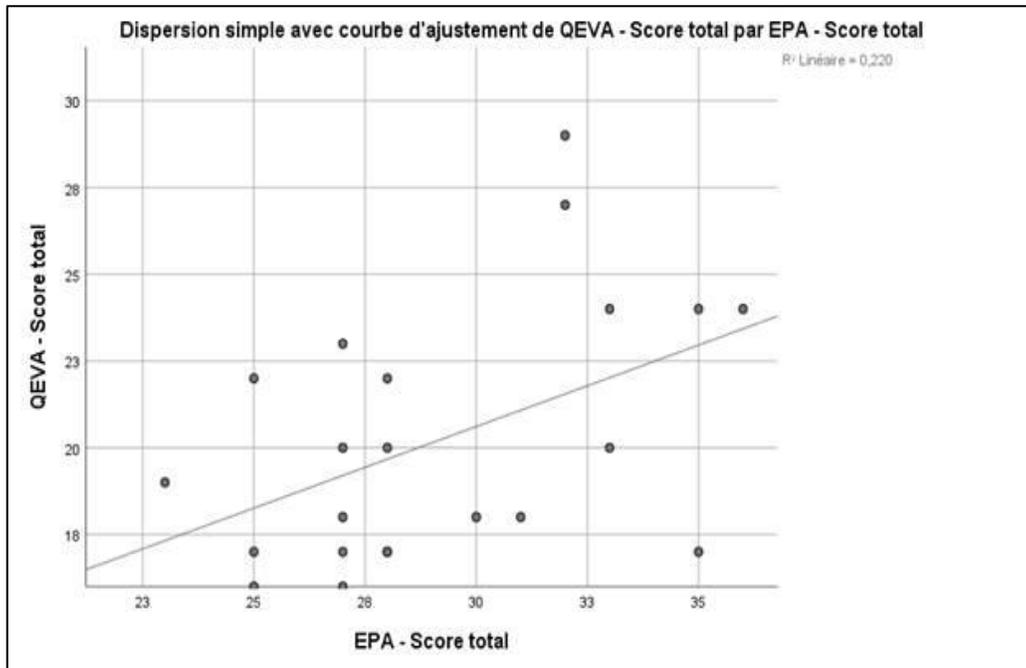
Le vécu de l'accouchement évalué par le QEVA montre un lien statistiquement significatif avec le PBQ ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,047$ ). Plus le vécu est négatif, moins qualitatif est l'investissement du lien avec le bébé. La Figure 7 montre une régression statistiquement significative : le coefficient de régression  $R = 0,427$ . Nous pouvons constater que le score PBQ total augmente lorsque le score total du vécu de l'accouchement augmente.



*Figure 7 : Dispersion simple avec courbe d'ajustement de PBQ score total par QEVA score total.*

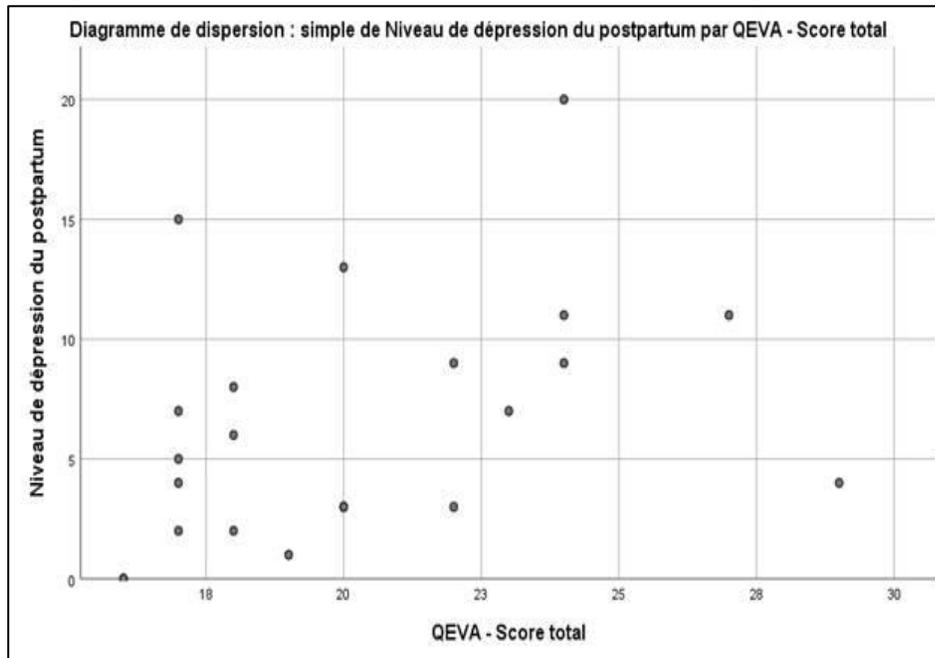
Nous avons regardé si le fait d'évaluer son accouchement comme traumatisant dans le questionnaire QEVA (question 8 et 9), en utilisant le test non paramétrique de Kruskal-Wallis, modifiait la perception de la relation mère-bébé par la mère. L'intensité de réponse de la question 8 (« mon accouchement est un moment qui m'a traumatisé ») n'est significativement pas corrélée au score PBQ total ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,233$ ). Il en est de même avec le QEVA 9 (« Pendant l'accouchement, j'ai vraiment eu peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés ») ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,417$ ).

Par ailleurs, nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la peur de l'accouchement évaluée par EPA score total et le vécu de l'accouchement ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,028$ ). Le coefficient de corrélation est  $R = 0,469$ . Sur la Figure 8, nous pouvons remarquer que le vécu négatif de l'accouchement augmente avec la peur de l'accouchement.



*Figure 8 : Dispersion simple avec courbe d'ajustement de QEVA score total et EPA score total*

En revanche, nous n'avons pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le vécu de l'accouchement (QEVA score total) et l'existence d'une dépression du post partum ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,077$ ). Le coefficient de corrélation est  $R = 0,385$ . La Figure 9 montre une dispersion simple sans courbe d'ajustement.



*Figure 9 : Dispersion simple du niveau de dépression du post-partum par QEVA-score total.*

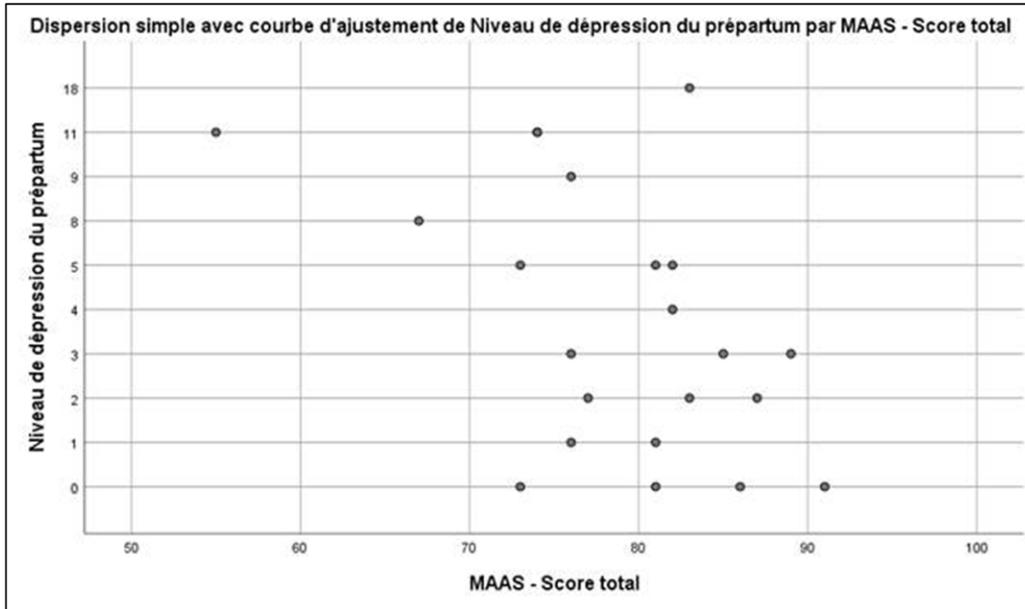
Nous voulions regarder si le fait de suivre les séances de préparation à l'accouchement permettait d'améliorer le vécu de l'accouchement. Mais sur notre échantillon (n = 22), une seule femme n'avait pas suivi la préparation à l'accouchement. Cela ne permettait pas d'avoir de résultat suffisamment pertinent.

### 6.2.7 Etude du lien mère-bébé

Afin d'étudier la relation mère-enfant et les dimensions pouvant entraîner une modification de cette dernière, nous avons étudié l'influence de la dépression du prépartum (EPDSi score total) sur le lien mère-fœtus (MAAS score total), puis la dépression du post-partum (EPDSp score total) sur le lien mère bébé (PBQ score total).

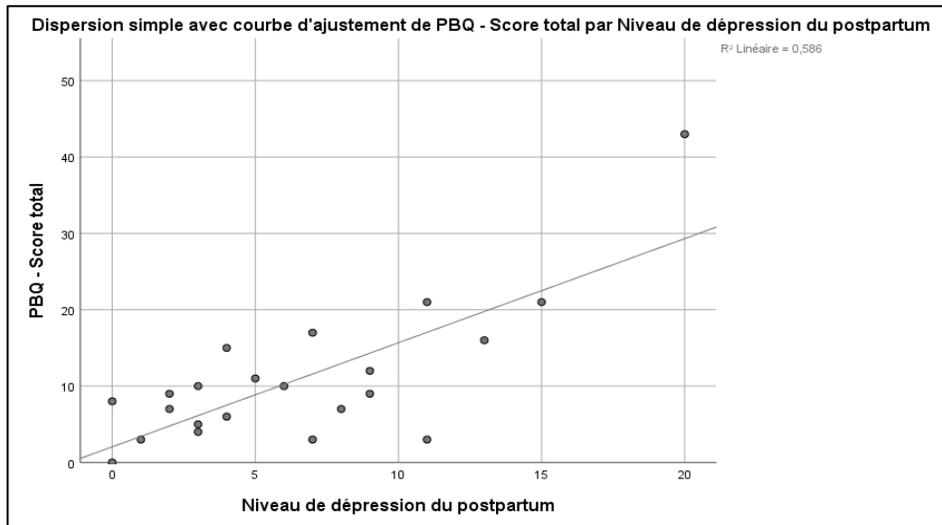
Ensuite, nous avons regardé si le lien mère fœtus (MAAS score total) était relié, ou non, au lien mère bébé (PBQ score total). Nous nous sommes demandés si les conditions d'accouchement influent sur la relation mère-bébé (PBQ score total). Les résultats du vécu de l'accouchement sur la relation mère-bébé (PBQ score total) sont présentés dans le paragraphe précédent.

Nous n'avons pas pu établir de lien statistiquement significatif entre la dépression du pré partum et le lien mère-foetus, comme en attestent le résultat non significatif ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,052$ ) et le coefficient de corrélation  $R = -0,419$ . La Figure 10 présente les résultats à l'aide d'une dispersion simple.



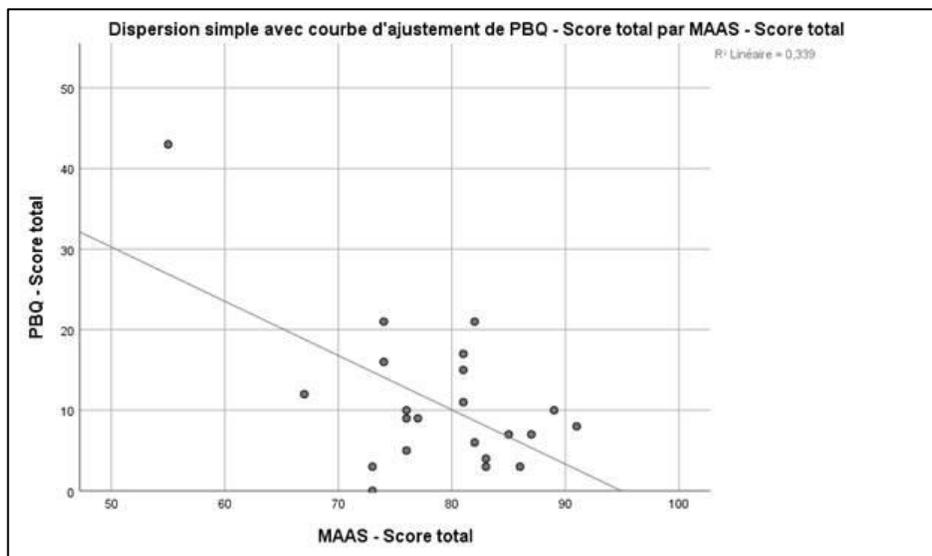
**Figure 10 :** Dispersion simple entre le niveau de dépression du prépartum et le lien mère-foetus.

En revanche, nous constatons que l'existence d'une dépression du post-partum est statistiquement liée à un moins bon investissement de la relation mère-bébé ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,005$ ). Mais, il existe un lien statistiquement significatif entre le PBQ score-total et l'intensité des symptômes de dépression du post-partum. Plus le score de l'EPDS est élevé, moins bon est le lien ( $p < 10^{-3}$  ;  $p = 3,3 \times 10^{-5}$ ), comme en atteste le coefficient de régression  $R = 0,765$ . La figure 11 présente une dispersion simple avec une courbe d'ajustement entre le PBQ score total et le niveau de dépression du post-partum.



*Figure 11 : Dispersion simple avec courbe d'ajustement du score PBQ total par intensité des symptômes de dépression du post-partum.*

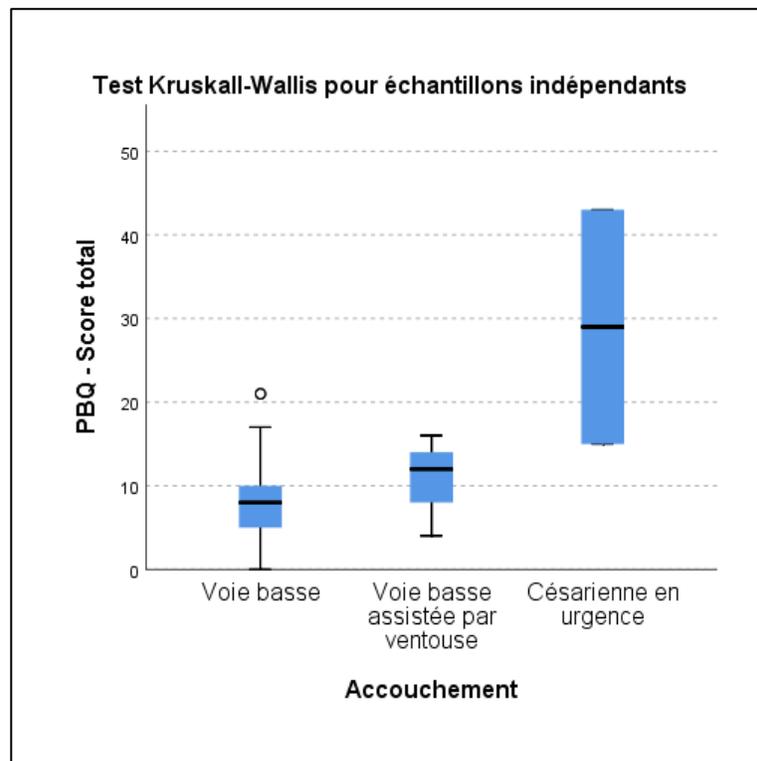
Par ailleurs, l'étude du lien entre la mère et son enfant avant la naissance et un mois post-partum montre que, lorsque la qualité du lien mère-fœtus est bonne, la relation mère-bébé est de qualité : le score total PBQ diminue lorsque le score total MAAS augmente (Figure 12). Ce lien est statistiquement significatif ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,004$ ), avec le coefficient de corrélation  $R = - 0,582$ .



*Figure 12 : Dispersion avec courbe d'ajustement de PBQ score total par MAAS score total.*

Enfin, nous avons regardé si les conditions ou modalités d'accouchement influent sur le lien mère-bébé en post partum. Pour cela, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

Il n'existe pas de lien significatif entre le score total du PBQ et les modalités d'accouchement ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,150$ ). Malgré cela, nous pouvons noter que le score PBQ, en cas de césarienne en urgence, est supérieur au score en cas d'accouchement par voie basse simple ou instrumentalisé (figure 13). Cependant, notre effectif ayant subi une césarienne en urgence est petit ( $n = 2$ ). De plus, parmi ces deux femmes, le score total PBQ est hétérogène.



*Figure 13 : Répartition du PBQ score total en fonction des modalités d'accouchement.*

La qualité du lien entre la mère et son bébé n'est pas statistiquement liée aux modalités d'allaitement ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,217$ ). L'allaitement mixte ne peut être interprétable puisqu'une seule femme le pratiquait.

La relation entre le PBQ score total et les modalités d'anesthésie n'est pas non plus significative ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,866$ ). La majorité des femmes ont bénéficié d'une

anesthésie péridurale (n = 20). Cependant, nous n'avons pas été questionner l'efficacité de l'anesthésie par péridural dans le contrôle de l'analgésie.

### 6.2.8 Synthèse des principaux résultats

Nous avons inclus 22 femmes. La moitié a vécu au moins un événement traumatique. La nature des événements traumatiques se répartie comme suit : agression sexuelle (22,7 % ; n = 5) ; agression physique (13,6 % ; n = 3) ; agression autre (13,6 % ; n = 3).

Aucune ne présentait un trouble de stress post-traumatique (TPST) avant l'accouchement.

Au temps T0, les femmes ont complété la PrAS pour évaluer l'anxiété liée à la grossesse, l'EPA pour évaluer la peur de l'accouchement. L'EPDSi permettait de rechercher une dépression du pré-partum et la MAAS permettait d'évaluer l'investissement du lien mère-fœtus.

Au temps T1, quatre à six semaines en post-partum, les données relatives aux conditions d'accouchement ont été relevées. Les femmes (n=22) ont évalué le vécu de leur accouchement grâce au QEVA puis, si ce dernier mettait en évidence un accouchement traumatique, elles (n=2) complétaient le PCL-5p afin de rechercher un TSPT lié à l'accouchement. Seulement deux femmes ont complété ce questionnaire. L'une avait un score à 30, la seconde à 1.

D'une part, les femmes ayant vécu au moins un événement traumatique au cours de leur vie investissent mieux le lien mère fœtus (MAAS-score total), ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,019$ ), comparativement aux femmes sans antécédent d'événement traumatique. Cela corrobore les résultats mettant en avant qu'une différence statistiquement significative existe entre la nature du traumatisme vécu et le lien mère-fœtus ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,036$ ).

D'autre part, le groupe « traumas vécus » ne présente pas de différence significative avec le groupe « absence de trauma » sur les dimensions suivantes : l'anxiété liée à la grossesse (PrAS) ; l'évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) ; la dépression du

pré-partum (EPDSi-total) ; la dépression du post-partum (EPDSp-total) ; le vécu de l'accouchement (QEVA-total) et le lien mère-bébé (PBQ-total).

L'intensité des symptômes liée au traumatisme vécu n'a d'influence significative sur aucune des dimensions suivantes : PrAS score total ; EPA score total ; MAAS score total ; QEVA score total ; PBQ score total.

Par ailleurs, le nombre de traumatismes vécus n'influence de façon significative ni le vécu de l'accouchement, ni le lien mère-bébé.

La nature du traumatisme n'a pas d'impact significatif sur le lien mère-bébé. En outre, le vécu négatif de l'accouchement n'est pas influencé par la nature du/des traumatisme(s) vécu(s), bien que les résultats soient proches de la significativité ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,052$ ).

Un vécu négatif de l'accouchement est statistiquement corrélé à un lien mère enfant de moins bonne qualité ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,047$  ;  $R = 0,427$ ). Par ailleurs, plus la peur de l'accouchement est importante plus le vécu de ce dernier est négatif ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,028$  ;  $R = 0,469$ ). Enfin, le vécu négatif de l'accouchement ne semble pas avoir d'influence significative sur la dépression du post-partum.

Le lien mère-bébé est significativement de moins bonne qualité lorsqu'il existe une dépression du post-partum ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,005$ ) et nous notons également que l'intensité des symptômes de dépression influence significativement le lien mère bébé ( $p = 3,3 \times 10^{-5}$  ;  $R = 0,765$ ). Par ailleurs, nous avons mis en évidence une corrélation entre le lien mère-fœtus et la relation mère-bébé : la bonne qualité du lien pendant la grossesse prédit la bonne qualité du lien après l'accouchement ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,004$  ;  $R = - 0,582$ ). Pour finir, les conditions d'accouchement ou les modalités d'allaitement ne modifient pas significativement le lien mère-bébé.

À présent, nous allons développer les principaux résultats de notre étude. Il nous semble important de rappeler que notre échantillon de petite taille limite l'interprétation des résultats, raison pour laquelle nous allons nous montrer prudents quant aux conclusions que nous pourrions tirer de ces derniers. Nous allons commencer par décrire la population à laquelle notre étude est applicable. Puis, nous discuterons les principaux résultats et les mettrons en perspective avec d'autres études. Enfin, nous allons énoncer les forces et limites de notre étude. Pour finir, nous avancerons quelques hypothèses et nous ferons des propositions pour changer nos pratiques avant de présenter une vignette clinique.

## **6.3 Discussion**

### **6.3.1 Des femmes de classe moyenne, avec des grossesses et des accouchements non compliqués**

Notre échantillon a été recruté dans deux maternités de la Vienne : Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers et Centre Hospitalier de Châtelleraut. Les données sociodémographiques de notre cohorte sont principalement représentatives de la classe moyenne. Les motivations des femmes ayant participé étaient principalement liées au désir « d'aider » à la réalisation d'un travail de recherche. L'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 présente l'avantage d'être récente et représentative de la population des parturientes françaises. Elle fait référence dans le milieu obstétrical.

La moyenne d'âge est similaire entre notre étude (31,1 ans) et ENP 2016 (30,4 ans). En revanche, les femmes incluses dans notre échantillon ont un meilleur niveau d'études (tableau 11). Quarante-six pour cent d'entre elles ont fait des études supérieures contre 55,5 % dans l'ENP 2016. Mais seulement 5 % ont un niveau bac + 5 dans notre étude contre 18 % dans l'ENP 2016. La majorité, 91 %, a une activité professionnelle contre 85% dans l'ENP 2016. Toutes les femmes vivaient en couple. Cependant, elles étaient moins mariées ou pacsées, soit 68% contre 82 % dans l'ENP 2016. Elles étaient d'origine française dans 95 % des cas contre 86%.

A propos des antécédents obstétricaux, nous avons majoritairement recruté des primipares, 68 % contre 42 % dans l'ENP 2016. Nettement plus de femmes de notre étude

avaient déjà pratiqué une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). Respectivement : 27 % vs 16%. Quant à la pratique de la Procréation Médicalement Assistée, elle est similaire (9 % vs 7 %).

Concernant la grossesse, dans notre échantillon aucune ne déclare avoir consommé du tabac ou du cannabis, ce qui est nettement inférieur à ce qui est retrouvé dans l'ENP 2016, où 30 % des femmes déclarent avoir consommé du tabac et 2 % du cannabis. Par ailleurs, nous avons nettement plus de femmes ayant effectué la préparation à l'accouchement, que ce soit parmi les primipares (100% vs 78 %) ou chez les multipares (87 % vs 34 %). Cela permet de supposer que les femmes incluses étaient plus investies dans leur grossesse.

Les modalités d'accouchement de notre échantillon sont représentatives des accouchements physiologiques sans complication. En effet, nous avons nettement plus de femmes dont le travail a été spontané (91 % vs 68 %), d'avantage de voies basses simples (73 % vs 68 %), deux fois moins de césariennes en urgence (9 % vs 20 %) et deux fois moins d'épisiotomies (9 % vs 20 %). La présentation était pour toutes, céphalique, contre 94 % dans l'ENP 2016. L'analgésie péridurale a concerné 91 % de notre échantillon contre 81% dans l'ENP 2016 et nous avons beaucoup moins de femmes sans aucune analgésie (9 % vs 17 %). Concernant les complications de l'accouchement, notre cohorte comprend 60 % de déchirures périnéales simples, 40 % aucune complication contre, respectivement, 51 % et 48 % dans l'ENP 2016.

La fréquence d'allaitement maternel est semblable (64 % vs 67 %).

Nous constatons, au travers de ces chiffres, l'absence de nombreux facteurs de risque de TSPT secondaires à l'accouchement. Tout d'abord, les femmes incluses sont mieux entourées, elles appartiennent à la catégorie sociale moyenne, elles avaient majoritairement réalisé la préparation à la naissance, les modalités de l'accouchement étaient principalement physiologiques, sans complication et la plupart ont reçu une analgésie. Cependant, nos observations auraient été plus précises si nous avions évalué l'efficacité de l'analgésie et la durée de l'accouchement. Ces deux facteurs étant des facteurs de risque TPST secondaire à l'accouchement (Bayle *et al.*, 2019 citant Stramrood *et al.*, 2011 ; Bayle *et al.*, 2019 citant Modarres *et al.*, 2012).

*Tableau 11 : Comparaison données sociodémographiques, de la grossesse et de l'accouchement, entre notre étude et l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.*

	Population de notre étude (%)	ENP 2016 (%)
<b>Données socio-démographiques</b>		
âge moyen en année	31,1	30,4
<b>Études supérieures (%)</b>		
dont bac + 5 (%)	4,5	17,9
<b>professions</b>		
activité en cours (%)	90,9	84,9
<b>Situation professionnelle de la femme en fin de grossesse</b>		
en emploi (%)	86,4	68,1
femme au foyer (%)	9,1	12,1
étudiante	4,5	2,1
<b>Statut marital</b>		
mariées (%)	31,8	40,6
pacées (%)	36,4	41,3
concubinage (%)	31,8	non retrouvé
<b>Nationalité</b>		
française	95,4	85,9
<b>Grossesse et accouchement</b>		
<b>Toxiques</b>		
tabac (%)	0	30
cannabis (%)	0	2,1
<b>ATCD obstétricaux</b>		
primipare (%)	68,2	42,2
multipares (%)	31,8	57,8
IVG (%)	27,3	16,4
PMA (%)	9,1	6,9
<b>Préparation à la naissance</b>		
primipare (%)	100	77,9
multipares (%)	86,7	33,8
<b>Modalités de l'accouchement</b>		
Travail spontané	90,9	68,1
Travail déclenché	9,1	22,6
Voie basse simple	73,3	68,2
Voie basse instrumentalisée	13,6	12,2

Cesarienne en urgence	9,1	19,6
Hémorragie de la délivrance	4,5	1,8
Épisiotomie	9,1	20,1
<b>Présentation</b>		
Sommet	100	94,5
<b>Analgsie</b>		
Aucune	9,1	17,3
Péridurale	90,9	81,4
<b>Complications de l'accouchement</b>		
Déchirure simple	60	51,3
Aucune	40	47,9
<b>Allaitement</b>		
Maternel et mixte	63,7	66,7
Artificiel	36,3	33,3

### 6.3.2 Des antécédents d'événement traumatiques fréquents

Bien que nous ayons recruté un échantillon de femmes représentatif de la classe moyenne, nous avons été surpris par le nombre de traumatismes vécus au cours de la vie. En effet, les femmes n'étaient pas sélectionnées en fonction de ce paramètre. Ainsi, dans le groupe « traumatismes vécus », 45 % ont subi une agression sexuelle, 28 % une agression physique, 27 % traumatismes classés « autres » (accident de la voie publique, exposition à une substance chimique, mort inattendue d'un proche, autre). Sur l'ensemble de la population incluse, cela représente : 23 % d'agression sexuelle, 14 % agression physique et 14 % de traumatismes « autres ».

Selon, l'Organisation Mondiale de la Santé, 35 % des femmes auraient vécu une agression physique et/ou sexuelle à un moment donné, dans leur vie, dans le monde. Dans notre étude la prévalence est comparable (37%).

Dans l'étude VIRAGE menée par l'INED en 2016, le nombre de femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur vie était de 14,5 %. Notre chiffre est supérieur (23 %) malgré le fait que nous ayons pris des femmes de la population générale. Cela

peut s'expliquer par le fait que les femmes ayant accepté de participer étaient peut-être plus à l'aise pour évoquer les événements traumatiques de par leur niveau socio-culturel. D'une part, les femmes avec un entourage soutenant sont plus à même d'évoquer ce type d'événement du fait d'une plus grande capacité de résilience (Marchand *et al.*, 2011). D'autre part, les femmes de notre cohorte appartenant au groupe « traumatismes vécus » avaient significativement eu plus recours à un suivi psychologique au cours de leur vie ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,033$ ), ce qui facilite l'expression de leur vécu. Cela pourrait également expliquer que l'intensité symptomatique à la PCL-5i soit faible mais aussi que nous n'ayons pas retrouvé de TSPT après l'accouchement dans notre échantillon.

Au total, nos résultats s'appliquent à une population de femmes de catégorie socio-professionnelle moyenne, sans complication ni au cours de la grossesse, ni au cours de l'accouchement. Concernant l'aspect traumatique, notre étude est représentative des femmes présentant un nombre réduit de facteurs de risque de TSPT secondaire à l'accouchement.

### **6.3.3 Les symptômes psycho traumatiques modifient la relation mère-bébé**

Notre objectif principal était de montrer que la présence d'un trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement pouvait modifier la relation mère-bébé. Le syndrome de stress post-traumatique lié à l'accouchement est une entité clinique qui n'est plus à démontrer. Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses recherches ont vu le jour. Malgré des variations méthodologiques, la littérature s'accorde sur une prévalence pour le TSPT lié à l'accouchement allant de 1 à 7 % (Söderquist *et al.*, 2009 ; Ayers *et al.*, 2008 ; Ayers *et al.*, 2004 ; Chabbert *et al.*, 2016).

Par ailleurs, très peu d'études ont mis en évidence un lien entre la présence d'un TSPT lié à l'accouchement et une moins bonne relation mère-enfant. Nous avons choisi deux études pour confronter nos résultats. Nous allons en présenter les grandes lignes.

La première étude menée par Söderquist *et al.*, (2009), étudie 1224 femmes. Les auteurs ont effectué quatre temps d'évaluation : 12 SA (Semaines d'aménorrhée), 20 SA,

32 SA et enfin 1 mois post-partum. Les femmes ont complété des questionnaires mesurant l'anxiété (STAI = State Trait Anxiety Inventory) ; la dépression (BDI = Beck Depression Inventory) ; la capacité de « coping », le support social ; TES (Traumatic Event Scale) a été utilisée pour mesurer les symptômes de stress post-traumatique liés à l'accouchement, avant et après l'accouchement. Ils ont aussi mesuré la peur de l'accouchement à l'aide de la W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy Questionnaire). Notre population est sensiblement comparable à la leur, cependant les différences méthodologiques sont importantes. Nous remarquons que les questionnaires utilisés par les auteurs ne sont pas spécifiques de la femme enceinte comme par exemple le STAI, le BDI. Ces variations méthodologiques rendent difficiles la comparaison de nos résultats. Söderquist *et al.*, (2009) mettent en évidence les facteurs de risque de développer un TSPT les plus importants pendant la grossesse, à savoir la dépression en début de grossesse (OR = 16,3), la peur de l'accouchement importante (OR = 6,2), le stress pré-traumatique en vue de l'accouchement (OR = 12,5).

La seconde étude, menée par Davies *et al.*, (2008), s'intéresse aux perceptions de la mère envers son bébé. Les critères d'exclusion étaient similaires aux nôtres : les femmes à haut risque d'altération du lien (comme par exemple : détresse néonatale, prématurité avec hospitalisation, problèmes sociaux importants). Par contre, leur cohorte est bien plus importante : 211 femmes.

La première évaluation se faisait dans les 72h suivant l'accouchement selon un entretien structuré visant à recueillir les antécédents d'événements traumatiques. Le fait d'évaluer un TSPT préexistant à l'accouchement en post partum est critiquable. En effet, sur le plan psychique, mais aussi biologique, l'accouchement est un bouleversement. D'une part, au cours de cette période la mère se replie sur elle-même et son bébé (c'est ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire ») afin de se rendre disponible pour ce dernier. D'autre part, le phénomène de « bonding » qui correspond à l'inondation d'ocytocine faisant suite à l'accouchement, a pour but de provoquer un élan de la mère vers son bébé. L'ocytocine va venir diminuer les réactions d'attaque, apporter un apaisement chez la mère afin de favoriser l'établissement du lien. Le biais de mémorisation dans ce contexte est non négligeable.

Le deuxième temps d'évaluation se faisait à six semaines en post-partum pour garantir le critère de durée relatif au diagnostic de TSPT. Les femmes remplissaient alors le questionnaire sur le trouble de stress post-traumatique (PTSDQ ou Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire), spécifique de l'accouchement, IES (Impact of Event Scale) afin d'évaluer l'intensité symptomatique. Bien que ce dernier soit validé en français, nous avons préféré le PCL-5, non seulement parce que la référence théorique est la plus récente (DSM-V) mais aussi parce qu'elle évalue les quatre dimensions du TSPT : l'évitement, l'intrusion, l'humeur/les cognitions et les symptômes neurovégétatifs. Ce n'est pas le cas de l'IES. Ils ont utilisé EPDS pour évaluer la dépression du post-partum. Pour la relation mère-bébé, ils ont utilisé une échelle abrégée la MORS-SF (Mothers' Object relations Scale-Short Form), ce questionnaire porte sur des aspects du comportement du nourrisson cela permet de minimiser le biais de désirabilité sociale. Pour étudier les caractéristiques de l'enfant, ils ont choisi d'utiliser l'ICQ (Infant Characteristics Questionnaire) et, enfin, la MPAS (Maternal Post-Natal Attachment Scale) pour l'attachement post-natal maternel. La principale force de cette étude est la globalité de l'évaluation concernant la relation mère-bébé. En effet, sont étudiées à la fois la perception qu'a la mère de son bébé mais également la qualité de l'attachement de la mère envers son bébé. Cela permet d'avoir une approche plus globale de la relation comparativement à notre étude. Cependant, les échelles auto-évaluatives induisent un biais de désirabilité sociale mais également un biais de perception. Une hétéro-évaluation par un professionnel pourrait permettre d'affiner ce qui se déroule dans les interactions.

Parmi les femmes incluses dans l'étude de Davies *et al.*, (2008), seulement 8 (3,8 %) des participantes avaient un TSPT lié à l'accouchement, mais 21,3 % de l'échantillon étaient partiellement symptomatiques après l'accouchement.

Parmi les femmes ayant un TSPT, 6 (75 %) présentaient une dépression du post-partum, la corrélation entre ces deux troubles est forte ( $\chi^2 = 48,23$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), comme le montrent d'autres études (Czarnocka *et al.*, 2000 ; Söderquist *et al.*, 2009).

En effet, les auteurs (Söderquist *et al.*, 2009) rapportent un taux de dépression du post-partum de 5,6 %, un taux de TSPT lié à l'accouchement de 1,3 %, et montrent que le TSPT et la dépression du post-partum sont liés positivement à un mois post-partum. Par ailleurs, les auteurs citent Breslau *et al.*, (2000). Ces derniers indiquent, dans leur

étude que, parmi les personnes exposées à un traumatisme, celles développant un TSPT développent d'avantage une dépression que celles n'ayant pas de TSPT. Cela signifierait alors que le TSPT comme la dépression ne sont pas des réactions distinctes aux événements traumatiques. Ce qui peut nous amener à supposer que les conséquences sur le lien ne le sont pas non plus. De plus, ces deux diagnostics, dans leur étude, sont prédits par les mêmes facteurs de risque. Nous pouvons nous demander s'il existe des différences sur le lien mère-bébé comme par exemple les effets de l'hyper vigilance maternelle ou de l'évitement sur le bébé et sur les modalités du lien.

Davies *et al.*, (2008) mettent en avant chez les femmes traumatisées une perception plus négative des comportements de leur bébé et un attachement de moins bonne qualité et ce, même dans le cas du TSPT partiel. Mais ils soulignent que la plupart des symptômes pouvaient être liés à la présence de symptômes dépressifs. L'intrication étroite entre l'existence d'un TSPT lié à l'accouchement et une dépression du post-partum, nous amène à nous demander si les modifications affectives de la mère envers son bébé mises en avant par l'étude sont en lien avec le TSPT lié à l'accouchement ou à la dépression. Ou bien encore s'ils se potentialisent l'un avec l'autre. Cependant, il est intéressant de noter que, plus les femmes présentent une symptomatologie intense du TSPT, moins le désir de proximité avec leur bébé est important. Cela nous amène à penser que la modification du lien entre la mère et son bébé est possiblement différente selon le trouble présenté par la mère. Il serait intéressant de rechercher si une spécificité clinique des interactions existe en fonction du trouble présenté par la mère.

Les recherches futures devraient se centrer sur la distinction entre ces deux troubles et chercher à connaître leur influence respective et conjointe sur le lien mère enfant à court et long terme.

Nous n'avons retrouvé aucun syndrome de stress post-traumatique lié à l'accouchement dans notre échantillon. Nous ne pouvons donc pas évaluer l'influence de ce dernier sur la relation mère-bébé. Cependant, parmi les 22 femmes ayant participé à l'étude, deux ont qualifié leur accouchement de traumatique. Sur ces deux femmes, l'une avait un score à la PCL-5 de 30 (score seuil  $\geq 33$ ), son score à l'EPDS était de 20 (score

seuil  $\geq 12$ ) et son score au PBQ de 43 (score seuil  $\geq 26$ ). Plus le score est élevé plus la relation est de mauvaise qualité). Pour l'autre femme, le score à la PCL-5 était de 1, EPDS de 11 et score PBQ de 3. La première situation illustre les données de la littérature : la présence d'une forte symptomatologie traumatique est associée à une dépression du post-partum et le lien mère-bébé est sévèrement altéré.

Nos résultats ne nous permettent pas de répondre à notre critère de jugement principal. Cependant, la littérature nous apporte des pistes de réflexion sur ce constat. Söderquist *et al.*, (2009) suggèrent que la faible adaptation au stress était un facteur de risque de TSPT secondaire à l'accouchement. Ceci correspond aux résultats rapportés par Marchand *et al.*, (2011) citant Andrews *et al.*, (2000) ; Maercker *et al.*, (2000). En effet, ces derniers rapportent qu'une forte réaction émotionnelle négative au cours du traumatisme (peur, culpabilité, honte, colère, dégoût) ou une forte réaction physique d'anxiété (palpitation, tremblement, transpiration) rendent plus vulnérable au développement d'un TSPT. D'autres parlent de régulation émotionnelle et intègre cette dernière dans un modèle de vulnérabilité au TSPT (Berna, 2014). Cela fait directement référence à la notion de perte de contrôle, facteur confirmé, dans le cadre spécifique de l'accouchement, par la littérature (Ayers *et al.*, 2004 ; Bayle *et al.*, 2019). Par ailleurs, le sentiment de soutiens sociaux adéquats et positifs est considéré comme un facteur protecteur face au développement d'un TSPT (Marchand *et al.*, 2011). Nous n'avons pas évalué ces différentes variables au cours de l'accouchement. Cela aurait peut-être pu nous permettre d'affiner l'interprétation de nos résultats.

Le caractère sain et l'appartenance à la classe moyenne de notre échantillon suggèrent que les facteurs risques étaient moindres mais aussi qu'il existait des facteurs protecteurs. Par exemple, les stratégies de gestion du stress sont relativement stables au cours de la vie (Marchand *et al.*, 2011). Comme les femmes incluses n'ont pas développé de TSPT suite aux événements traumatiques, nous pouvons supposer que leurs stratégies étaient efficaces. Celles-ci les ont, probablement, protégées d'un TSPT lié à l'accouchement. Mais peut-être que notre évaluation n'était pas suffisamment précise et a entraîné une sous-évaluation de l'accouchement traumatique. En effet, certains auteurs ont préféré utiliser le PTSDQ (Davies *et al.*, 2008) plus spécifique de l'accouchement

traumatique que la PCL-5p. Cependant, cette échelle est validée sur une population de parents à risque, raison pour laquelle nous avons préféré la PCL-5p.

Ces résultats contribuent à nous faire penser que si nous n'avons pas pu mettre en évidence de TSPT après l'accouchement, c'est que notre population présente des capacités de résilience liées à leur condition de vie comme nous venons de le relater. Il aurait été pertinent d'évaluer l'influence de ces facteurs sur le développement ou non du TSPT lié à l'accouchement.

### **6.3.4 Des liens entre les antécédents traumatiques et différentes dimensions de la grossesse et de la relation avec le bébé**

Nous voulions déterminer si l'existence d'antécédents d'événements traumatiques au cours de la vie et leur nature pouvaient impacter ou non, différentes dimensions psychiques de la grossesse : la peur de l'accouchement, l'anxiété liée à la grossesse, la dépression du pré et post-partum, le vécu de l'accouchement mais également le lien mère-fœtus et mère-bébé. Nos résultats sont en contradiction avec la littérature.

#### ***6.3.4.1 Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et la peur de l'accouchement***

La présence d'événements traumatiques n'influe pas significativement sur la peur de l'accouchement et le vécu de l'accouchement au sein de notre échantillon. Cela est plutôt surprenant, mais peut s'expliquer par notre faible cohorte ainsi que par le caractère plutôt résilient et sain de notre échantillon. Nos résultats sont en contradiction avec la littérature. Une étude menée par Söderquist *et al.*, (2004), démontre que le stress traumatique et la peur de l'accouchement sont significativement corrélés. Les auteurs expliquent que l'anxiété élevée, la symptomatologie dépressive, le fait d'avoir consulté un psychologue, les difficultés psychiques auto-déclarées mesurées en début de grossesse étaient des facteurs de risque de stress traumatique et de peur d'accoucher. Les auteurs parlent de « stress pré-traumatique » pour désigner le caractère menaçant

d'un événement à venir et qui provoque des symptômes semblables à ceux d'un événement traumatique.

#### **6.3.4.2 Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et l'anxiété au cours de la grossesse**

Concernant l'anxiété au cours de la grossesse, nous pouvons noter qu'elle touche environ 15 % des femmes (Brunton *et al.*, 2018 citant Poikkeus *et al.*, 2006). Nous n'avons aucune femme au-dessus du seuil de dépistage dans notre échantillon. Cela corrobore nos constatations selon lesquelles, notre cohorte est d'avantage représentative d'une population saine et ce, malgré les antécédents d'événements traumatiques vécus.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre les antécédents d'événements traumatiques et l'anxiété pendant la grossesse. Aucune des femmes incluses avaient une anxiété pathologique ni de TSPT pendant la grossesse. Cela peut expliquer l'absence de lien statistique. L'intuition clinique nous pousse, cependant, à supposer que la présence d'une anxiété liée à la grossesse pourrait être sous-tendue par l'existence de trauma antérieur. Cela repose en partie sur des études montrant une comorbidité étroite entre les troubles anxieux et le TSPT (Bayle *et al.*, 2019 citant Kessler, 2005 ; Kessler *et al.*, 1995).

Dans l'étude menée par Söderquist *et al.*, (2009), l'anxiété élevée était associée à un risque accru de dépression (OR = 4,3) mais pas de stress post-traumatique (OR = 0,3). A l'inverse, l'étude menée par Söderquist *et al.*, (2004) met en avant la notion suivante : l'anxiété participe à la constitution de ce que les auteurs appellent le stress pré-traumatique. Cela nous amène à supposer que l'anxiété seule ne suffit pas pour déclencher un TSPT secondaire à l'accouchement mais qu'associée à d'autres facteurs, alors, elle devient un facteur de risque de développer un TSTP secondaire à l'accouchement. Ces hypothèses sont à confirmer dans de futures études.

### **6.3.4.3 Lien entre les antécédents d'événements traumatiques, le TSPT secondaire à l'accouchement et la dépression post-partum**

Selon les auteurs Söderquist *et al.*, (2009), les antécédents psychiatriques étaient associés à un risque de stress post-traumatique (OR = 3,4) ou de dépression (OR = 3,6) un mois post-partum. Ces résultats sont cohérents avec l'ensemble des études portant sur le TSPT quelle que soit la population étudiée (Marchand *et al.*, 2011 ; Ayers *et al.*, 2004 ; Benzakour *et al.*, 2019). La question est de savoir si le fait d'avoir vécu un événement traumatique constitue un antécédent psychiatrique.

Dans l'étude (Söderquist *et al.*, 2009), les expériences traumatiques antérieures n'étaient pas associées à un risque de stress post-traumatique ni de dépression un mois après l'accouchement. Ce qui est cohérent avec nos résultats ne montrant pas de différence significative sur la dépression du post-partum entre le groupe « traumas vécus » et « absence de trauma » ( $p > 0,05$ ).

Ce dernier point est discutable puisque nous retrouvons dans la littérature des résultats différents, notamment Ayers *et al.*, (2004) et Bayle *et al.*, (2019) citant Verreault *et al.*, (2012) mettent en avant les abus sexuels comme facteurs de risque de développer un TSPT secondaire à l'accouchement. Mais aussi les antécédents de TSPT comme facteur de risque de développer un TSPT secondaire à l'accouchement. Au vu de ces contradictions, il serait intéressant de définir ce qu'est un antécédent psychiatrique. Peut-être qu'en étant plus précis dans le recueil des antécédents, notamment psychiatriques, nous aurions pu avoir des informations supplémentaires. En effet, l'utilisation de la MINI permettait de dépister un trouble psychique en cours mais ne faisait pas état des lieux des troubles passés. Par ailleurs, la notion d'intensité du trouble psychique est aussi une dimension intéressante à explorer.

#### **6.3.4.4 Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et le vécu de l'accouchement**

Concernant les antécédents d'événements traumatiques et le vécu de l'accouchement, nous n'avons pas mis de lien en évidence. Soit, effectivement, il n'existe pas, soit le fait d'avoir vécu un ou plusieurs traumatisme(s) ne modifie pas le vécu de l'accouchement. Ou alors, du fait de notre petit échantillon, il s'agit d'une erreur statistique. Augmenter nos effectifs permettrait d'améliorer notre puissance statistique et confirmer, ou non, ces résultats. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études pouvant affirmer ou non nos résultats. Cependant, la réflexion apportée par Söderquist *et al.*, (2004) concernant la notion de stress pré-traumatique est intéressante. Il s'agirait d'une accumulation de facteurs de risque (anxiété, dépression, antécédents de difficultés psychiques) constituant le stress pré-traumatique qui, selon les auteurs, serait un facteur de risque de développer un TSPT secondaire à l'accouchement et, par extension, d'un vécu négatif de l'accouchement.

#### **6.3.4.5 Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et le lien mère-fœtus et mère-enfant**

Parmi toutes les dimensions que nous avons étudiées, seul le lien unissant la mère à son fœtus est revenu positif. Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la présence d'au moins un traumatisme au cours de la vie et un meilleur investissement du lien mère-bébé ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,019$ ). Mais nous observons également une différence statistiquement significative des distributions du score MAAS en fonction de la nature du traumatisme ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,036$ ). Lorsque nous regardons plus précisément, les femmes ayant été victimes d'une agression physique ou d'un traumatisme sexuel semblent moins bien investir le lien (moyenne score MAAS total 79,2 contre 86 chez les femmes avec un antécédent traumatique « autre »). Cela est-il lié au fait que le potentiel traumatogène d'une agression physique ou sexuelle est plus important qu'un autre événement ? Ou encore, la grossesse sollicitant le corps notamment le corps sexué, cela pourrait provoquer davantage de reviviscences du traumatisme ou du vécu

émotionnel lié au traumatisme. Ce processus pourrait être renforcé par le phénomène de transparence psychique propre à la période périnatale décrit par Bydlowski. La nature du traumatisme semble influencer la relation mère-fœtus. Nous nous demandons, également si la période de vie au cours de laquelle est vécu l'événement traumatique influence la relation. Par exemple, un abus sexuel dans l'enfance a-t-il plus d'impact qu'un abus à l'âge adulte sur la relation mère-enfant ? Il serait intéressant de poursuivre les recherches dans ce sens.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude avec des résultats similaires, à ce jour.

Par ailleurs, le groupe « traumatismes vécus » investit, de façon comparable au groupe « absence de trauma », la relation mère-bébé un mois après l'accouchement dans notre échantillon. Mais il existe un continuum entre l'investissement pré et post-natal ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,004$ ).

D'une part, nos résultats pourraient s'expliquer par notre faible effectif qui nous expose à un risque d'erreur statistique. D'autre part, notre population incluait les femmes ne présentant pas de psychopathologie active. Les femmes étaient toutes en couple et étaient satisfaites de leur situation financière pour 95% d'entre elles. Ces facteurs constituent des facteurs de protection quant à la façon d'intégrer et de gérer le traumatisme (Marchand *et al.*, 2011). Nous pouvons supposer que la qualité de leurs relations interpersonnelles, ou bien encore leur bon niveau socio-culturel, leur permettait d'investir la relation. Mais nous pouvons également faire référence aux données théoriques exposées en première partie. Nous avons vu que les traumatismes non résolus avaient un impact sur la relation mère-enfant. Pourrions-nous alors supposer que les mères incluses dans notre échantillon avaient résolu et intégré leur traumatisme, leur permettant ainsi d'investir pleinement leur bébé ? Ou bien, ont-elles d'avantage investi le bébé imaginaire et fantasmé ? En outre, nous avons mis en évidence un lien statistique entre la présence d'événements traumatiques au cours de la vie et l'existence d'un suivi psychologique ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,033$ ). Les femmes du groupe « traumatismes vécus » ont peut-être, grâce aux soins psychiques, pu être d'avantage disponibles pour l'établissement du lien avec leur fœtus puis leur nouveau-né ? Et ce d'autant plus qu'elles ne présentaient

pas de comorbidités associées. Ici, nous faisons référence au concept de stress pré-traumatique évoqué plus haut.

Il serait intéressant de connaître le motif de consultation et d'évaluer l'impact d'un tel suivi sur la capacité d'investissement du bébé d'une femme ayant vécu des événements traumatiques. Cela permettrait de montrer ou non que la pratique d'une psychothérapie améliore l'investissement mère-bébé chez les femmes victimes d'événements traumatiques et ce dès la grossesse. Mais également de voir si cela entraîne des modifications de développement chez l'enfant.

Concernant la relation qui se développe entre la mère et son fœtus, il serait pertinent d'évaluer plus finement, et sur un échantillon plus important, si c'est le caractère sexuel de l'événement traumatique qui intervient. N'oublions pas de rappeler que ces constatations sont faites chez des femmes qui ne présentent pas de trouble de la relation mère-enfant. Il faudrait confirmer ces résultats sur une population présentant un trouble des interactions.

### **6.3.5 Lien entre la dépression pré et post-partum**

Une étude (Manzano, 2002), portant sur une population de 570 femmes suisses, évaluait la dépression pré et post-partum ainsi que la relation mère-enfant. Les auteurs ont utilisé la HSCL (The Hopkins Symptom Check List, échelle de symptômes auto-déclarés non spécifiques de la dépression du pré-partum), l'EPDS et plusieurs échelles d'évaluation du lien mère-enfant. Les femmes ont rempli ces questionnaires au cours du troisième trimestre de grossesse, puis à trois et dix-huit mois post-partum. Les auteurs montrent que parmi les 10,2 % de femme présentant une dépression du post-partum à trois mois, 65,5 % avaient une dépression du pré-partum et 34,5 % une grossesse sans dépression du post-partum. Parmi le groupe de femmes présentant une dépression du post-partum sans dépression du pré-partum (34,5%), ce sont les circonstances de l'accouchement qui ont fait la distinction entre l'apparition ou non d'une dépression du post-partum. Les auteurs indiquent que ce lien est statistiquement significatif mais ils ne fournissent pas les chiffres permettant de le vérifier. Cela souligne l'importance du dépistage de la dépression du pré-partum. Il semblerait que lorsque cette dernière est

présente, elle se poursuit en post partum dans environ deux tiers des cas. Nous n'avons pas les détails méthodologiques, ni l'ensemble des résultats de l'étude, ce qui est critiquable. De plus, nous ne connaissons pas les caractéristiques de leur échantillon.

Ces résultats sont confirmés par une étude australienne récente (Eastwood *et al.*, 2017), qui retrouve un taux de dépression prépartum de 7 % dans une cohorte de 17 564 femmes, évaluées à l'aide de l'EPDS. Ils montrent que les symptômes dépressifs chez la femme au cours de la grossesse sont associés de façon significative aux symptômes dépressifs post-partum ((AOR) = 6,4, IC 95%: 4,8-8,7,  $p < 0,001$ ).

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre ces deux diagnostics. Cela est en partie lié à notre petit échantillon qui ne nous permet pas d'exclure une erreur statistique. En outre, nous avons utilisé une autre échelle pour évaluer la dépression du pré-partum : EPDS adaptée au pré-partum. Cependant cette échelle, bien que couramment utilisée pour évaluer la dépression du pré-partum n'a pas de validation française dans ce contexte précis. Se pourrait-il que cet outil ne soit pas suffisamment spécifique de la dépression du pré-partum et que de ce fait nous ayons sous-estimé le nombre de dépression du pré-partum ? En effet, nous retrouvons 4,5 % ( $n = 1$ ) de dépressions du pré-partum alors que la littérature évalue la prévalence à environ 20 % (De Tuche *et al.*, 2005).

### **6.3.6 Des liens entre le vécu de l'accouchement et la peur de l'accouchement, la dépression du post-partum et la relation mère-bébé**

#### **6.3.6.1 Lien entre le vécu de l'accouchement et la peur de l'accouchement**

Nous avons pu mettre en évidence un lien statistiquement significatif suggérant que la peur de l'accouchement est positivement corrélée à un vécu plus négatif de ce dernier ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,028$  ;  $R = 0,469$ ). Notre coefficient de corrélation est faible et doit

nous inviter à la prudence quant à l'interprétation des résultats. Bien qu'il soit très difficile de trouver une étude similaire, la littérature tend à montrer la même chose.

Ce résultat est confirmé par les auteurs Alehagen *et al.*, (2010). Ils démontrent qu'une anticipation négative de l'accouchement majore le risque d'expériences négatives lors du travail et de l'accouchement. Cela serait associé à un sentiment d'insatisfaction après l'accouchement. Cette étude portait sur 47 femmes nullipares. L'évaluation se faisait à la fin du troisième trimestre de grossesse puis à deux heures, deux jours et cinq semaines après l'accouchement. Les auteurs Alehagen *et al.*, (2010), ont montré un lien statistiquement significatif entre le score W-DEQ version A (pré-partum) et version B (post-partum) à deux heures post-partum ( $p < 0,01$  ;  $p = 0,46$ ), deux jours post-partum ( $p < 0,001$  ;  $p = 0,59$ ) et cinq semaines post partum ( $p < 0,001$  ;  $p = 0,53$ ). La peur était évaluée avec le W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy Questionnaire). Ce questionnaire permettait d'évaluer les attentes vis-à-vis de l'accouchement et ne concernait pas directement la peur de l'accouchement, raison pour laquelle nous avons préféré utiliser l'EPA. Par ailleurs, le W-DEQ n'est pas validé en français. L'EPA est une adaptation française de la TES (Traumatic Event Scale). Elle présente l'avantage d'avoir une base théorique fiable et s'appuie sur les critères diagnostic de TSPT.

De plus, l'étude menée par Söderquist *et al.*, (2009) que nous avons présentée plus haut montre que les femmes avec une peur importante de l'accouchement (OR = 6,2) ou avec un stress pré-traumatique (OR = 12,5) sont plus à même de développer un trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. Par ailleurs, les auteurs (Söderquist *et al.*, 2009) ont étudié l'influence du mode d'accouchement sur le développement du TSPT secondaire à l'accouchement et ont mis en évidence un lien statistique ( $F(1, 432) = 4,9$ ,  $p = 0,002$ ). Nous n'avons pas pu réaliser une telle analyse. Cependant, il est intéressant de constater que parmi les femmes ayant évalué leur accouchement comme traumatique, l'une d'elles a accouché par césarienne en urgence.

### **6.3.6.2 Lien entre le vécu de l'accouchement et la dépression du post-partum**

Le questionnaire sur le vécu de l'accouchement que nous avons utilisé (QEVA) est un questionnaire développé très récemment (Carquillat *et al.*, 2017). Il présente l'avantage de standardiser l'entretien en post-partum mais il permet également de compléter les questions afin de le rendre plus adapté à ce que nous cherchons. L'inconvénient est qu'il n'est pas validé et, de ce fait, les données dans la littérature l'utilisant sont encore faibles. Cela ne facilite pas l'interprétation de nos résultats. Bien que les auteurs, à l'initiative de ce questionnaire (Carquillat *et al.*, 2017 citant O'Donovan, Alcorn *et al.*, 2014), montrent un lien entre le vécu de l'accouchement et l'apparition d'une dépression du post-partum, le questionnaire QEVA n'est pas validé pour prédire cela. Notre étude n'a pas établi de lien statistiquement significatif en évidence démontrant que le vécu négatif de l'accouchement majore l'apparition d'une dépression du post-partum. Pourtant, l'intuition clinique nous pousse à penser que le vécu de l'accouchement négatif est un facteur de risque d'apparition de dépression du post-partum, d'ailleurs l'étude de Manzano (2002), le confirme.

### **6.3.6.3 Lien entre le vécu de l'accouchement et le lien mère-enfant**

Nous avons constaté que le vécu négatif de l'accouchement influence négativement, et de manière significative, la relation mère-bébé ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,047$  ;  $R = 0,427$ ) (figure 7). Bien que le coefficient de corrélation soit faible, la littérature confirme nos résultats (Chabbert *et al.*, 2016). L'étude réalisée par Chabbert *et al.*, (2016), portait sur 202 femmes de 18 à 45 ans, évaluées dans les 4 mois après l'accouchement. Les outils utilisés étaient le PBQ et le MIBS (Mother Infant Bonding Scale). Le vécu de l'accouchement était évalué par un questionnaire de 6 questions créé par les auteurs pour standardiser leur entretien. Nous pouvons déjà noter les variations méthodologiques, à savoir l'utilisation de questionnaires différents excepté le PBQ et une évaluation plus tardive que dans notre étude (femmes évaluées en moyenne à 2 mois et 6 jours) ainsi qu'un effectif plus important. Cependant nos populations sont relativement comparables,

grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion similaires. Dans cette étude, 32,7 % des femmes présentaient un vécu négatif de leur accouchement. Les auteurs montrent que les femmes, avec un vécu négatif de leur accouchement, ont en moyenne des scores significativement plus hauts aux échelles de relation mère-bébé : PBQ ( $U = 2\ 789$  ;  $p < 0,001$ ) et MIBS ( $U = 1\ 715,5$  ;  $p < 0,001$ ). Ces résultats confortent nos résultats. Plus le vécu de l'accouchement est négatif moins bon est le lien mère-bébé. Cependant, les scores PBQ que nous avons relevés sont, certes, plus hauts lorsque l'accouchement est vécu négativement mais ils ne sont pas pour autant pathologiques.

### **6.3.7 Les autres facteurs influençant la relation mère-bébé**

Nous avons pu mettre en évidence un lien entre l'existence d'une dépression du post-partum et une altération de la relation entre la mère et son bébé. Les femmes souffrant de dépression ont une relation avec leur bébé de moins bonne qualité ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,005$ ). Il est très intéressant de constater également que plus les symptômes de dépression sont importants (c'est-à-dire que le score à l'EPDS post natal augmente) moins la relation est de bonne qualité ( $p < 10^{-3}$  ;  $p = 3,3 \times 10^{-5}$ ), avec un coefficient de régression  $R = 0,765$  (figure 11). Malgré ces résultats, il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas de lien pathologique de la relation. En effet, le seuil de dépistage d'un trouble de la relation a été fixé à 26 (Brockington *et al.*, 2006). Ce seuil permet de distinguer les mères dans la norme des mères pathologiques. Même si nous mettons en évidence un lien entre l'intensité des symptômes et la moins bonne qualité de la relation mère bébé, il ne s'agit pas d'une relation pathologique. Bien que cela ne soit pas pathologique, la disponibilité psychique de la mère (moins de symptômes de dépression) influence la relation avec son bébé.

Dans l'étude menée par Reck *et al.*, (2006), les auteurs étudient les propriétés psychométriques de l'échelle PBQ avec la dépression du post-partum. Cette étude allemande portait sur 862 femmes. La passation des différents questionnaires (PBQ et EPDS) se faisait à deux semaines post-partum. Il retrouvait 6,3 % de dépression du post-partum. Dans la littérature, il est admis de considérer une prévalence entre 10 et 15 % de dépression du post partum (Goutaudier *et al.*, 2014 ; Ayers *et al.*, 2008). Ce faible taux peut s'expliquer par la passation précoce de l'EPDS. En effet, le premier pic pour le

diagnostic de dépression du post-partum est d'un mois. Les auteurs indiquent que leur échantillon était représentatif de la population allemande. Cependant nous n'avons retrouvé aucune information plus précise sur la population incluse. Les auteurs montrent que lorsque le score EPDS augmente, il existe un lien statistiquement corrélé à un score PBQ plus élevé (Cohen's  $d = 0,38$ , IC à 95 % 0,10-0,65). Le score total moyen du PBQ chez les femmes souffrant de dépression est de 12,13 (SD = 7,23) contre 26,67 (Ecart type = 14,64) dans notre étude. Dans le groupe de femmes sans dépression du post-partum, le score total moyen PBQ est de 9,10 (SD = 8,20) contre 8,42 (Ecart type = 5,27) dans notre étude. Ces différences peuvent s'expliquer par une variation méthodologique, mais surtout par la petite taille de notre échantillon, ce qui nous empêche de conclure.

Nous avons montré que la dépression du post-partum impacte significativement la relation mère bébé à un mois en post-partum. Nous nous sommes alors demandés si ce lien statistique préexistait à la naissance, à savoir : est-ce que la dépression du pré-partum influence l'investissement du lien mère-fœtus au cours de la grossesse ? Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre ces deux dimensions, ( $p > 0,05$  ;  $p = 0,052$  ; coefficient de corrélation  $R = -0,419$ ). Cependant, une étude portugaise (Figueiredo *et al.*, 2007) a montré que les femmes déprimées au cours de la grossesse avaient un investissement émotionnel envers le bébé significativement différent. C'est une étude qui portait sur la population portugaise de 87 femmes primipares. Pour évaluer le lien mère-fœtus, ils ont utilisé le NMIBS (New Mother to Infant Bonding Scale) et l'EPDS adapté au pré-partum. L'évaluation du lien est donc difficilement comparable à notre étude du fait d'une variation dans l'outil utilisé. Cependant, ils ont retrouvé un score EPDS  $\geq 10$  chez 28,4 % (moyenne score EPDS = 7,43 ; SD = 4,39). Ce score est probablement surévalué. Premièrement, le score de dépression du pré-partum moyen admis dans la littérature est proche de 20 % (De Tuche *et al.*, 2005). Deuxièmement, le seuil diagnostique à l'EPDS pré-natal pour une dépression du pré-partum est de 14 d'après la littérature (Tourette *et al.*, 2012 ; Alcorn *et al.*, 2010 ; De Tuche *et al.*, 2005). Cependant, ils ont montré que les femmes porteuses d'une dépression du post-partum avaient des émotions « not clear »

(peu claires) dans l'investissement de leur fœtus (Wilks' Lambda = 0,704 F [1,74] = 0,812 ;  $p = 0,000$ ).

Encore une fois, il est difficile de conclure du fait de notre petit échantillon. Cependant il serait intéressant de poursuivre notre étude et observer s'il existe un lien comme la littérature peut le montrer.

Notre étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le lien mère-fœtus et mère-bébé. Ces résultats montrent qu'il existe un continuum entre le lien mère-fœtus et mère-bébé. Les femmes du groupe « traumatés vécus » investissent mieux le lien avec leur fœtus. Les femmes, investissant le fœtus, évaluent plus positivement le lien avec leur bébé un mois post-partum ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,004$  ;  $R = - 0,582$ ). Par ailleurs, nous avons constaté que le lien mère-bébé n'était pas influencé par la présence d'événements traumatiques antérieurs. Nous devons être très prudents quant à l'interprétation de ces résultats. En effet, les facteurs de confusion sont nombreux. Nous ne savons pas si cela est médié par la dépression pré et post-partum, par l'anxiété, par le vécu de l'accouchement ou encore par la période de vie à laquelle l'événement traumatique a été vécu ou par sa nature. De plus, nos effectifs étant très faibles, nous ne sommes pas à l'abri d'une erreur statistique.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études similaires pouvant expliquer ces résultats. Comme nous l'avons supposé plus haut, le caractère sain de notre population peut être en cause. Il s'agit de femmes ayant pour la plupart effectué un suivi psychologique. Cela leur a peut-être permis d'être plus disponibles pour investir leur bébé. Pour vérifier cela, il faudrait comparer les deux groupes, celui regroupant les femmes ayant bénéficié d'une psychothérapie et l'autre. Cependant, il existe de nombreux facteurs confondants qui n'ont pas été pris en compte notamment : la qualité de la relation conjugale, familiale, la primiparité, par exemple. Mais il s'agit aussi possiblement d'une erreur statistique. Ou bien, la qualité psychométrique des échelles utilisées n'est pas suffisante.

Il serait intéressant de poursuivre ces recherches et voir si les résultats se confirment ou non.

### 6.3.8 Les forces et les limites

La nature prospective de notre étude nous démarque des autres recherches. Nous avons voulu évaluer au mieux les comorbidités associées au TSPT secondaire à l'accouchement et pour cela, nous avons utilisé de nombreux questionnaires récents et validés dans l'espace francophone. Procéder ainsi nous a permis d'avoir une vision plus intégrative de ce qui se passe au cours de la grossesse et de l'accouchement, bien que l'analyse en fut plus complexe.

Cependant, le nombre de questionnaires et souvent leur absence de validation française, ont rendu difficile la comparaison de notre étude avec d'autres données de la littérature. Cela nous a parfois poussé à choisir des questionnaires dont la qualité psychométrique de la version française était limitée, comme par exemple le questionnaire évaluant le lien mère-foetus (MAAS).

La multiplicité des questionnaires a pu introduire un biais de réponse lié à la fatigabilité des femmes les remplissant. Afin de limiter ce phénomène, nous avons régulièrement proposé une pause au cours des entretiens.

Nos entretiens étaient standardisés afin de les rendre reproductibles et restreindre l'écueil lié aux biais d'interprétation. Ce dernier a également été réduit par l'utilisation d'échelles chiffrées. En revanche, l'utilisation d'auto-questionnaires introduits à la fois un biais de désirabilité sociale et un biais de mémorisation, notamment pour le recueil des événements traumatiques vécus au cours de la vie. Pour limiter le biais de désirabilité sociale, nous avons analysé les questionnaires, sans les femmes, afin que les différents scores n'influencent pas les réponses aux questionnaires suivants. Et nous avons demandé aux femmes de remplir les questionnaires en l'absence de leur proche lorsqu'elles les remplissaient au domicile.

Il aurait été pertinent d'utiliser une hétéro-évaluation du lien mère bébé mais la mise en place d'un tel dispositif est difficile. D'ailleurs, nous n'avons trouvé aucune étude l'utilisant.

Le point fort de notre étude est l'absence de perte de vue. Cela a été favorisé par la motivation des femmes incluses, leur appartenance à la classe moyenne saine, la brièveté de l'étude mais également grâce au lien privilégié qui s'est établi avec elles. Par ailleurs,

les deux groupes constitués ne présentent pas de différence statistiquement significative, ce qui renforce la qualité de notre recherche. Etudier une population saine de classe moyenne permet de réduire les facteurs de risque liés aux conditions sociales qui peuvent interférer dans le lien parent-enfant. Ainsi, nous limitons les facteurs confondants. Un autre point fort réside dans le fait que certains de nos résultats sont confirmés par la littérature.

Nos critères d'inclusion et d'exclusion nous ont permis d'avoir une population représentative de la classe moyenne saine. Cela a été favorisé par l'inclusion dans deux maternités de niveau différent (niveau II et III). Cependant, nous sommes exposés à un biais de sélection, notamment lié à la façon dont l'étude a été proposée aux femmes. En effet, les sages-femmes proposaient la participation aux femmes qu'elles estimaient répondre aux critères d'inclusion. Cela a induit un biais de sélection. Quant aux femmes directement contactées par téléphone, seules celles ayant une motivation intrinsèque ont accepté de participer. Là encore il existe un biais de sélection.

Notre principale limite est liée à notre faible échantillon qui rend l'analyse statistique difficile et nous expose à des erreurs statistiques non négligeables. Un échantillon plus important permettrait d'effectuer des tests paramétriques et de construire un modèle multivarié permettant alors de mesurer des risques relatifs et d'affiner l'interprétation des résultats. Cela réduirait le biais d'analyse.

De plus, nous pensons ne pas avoir suffisamment étudié l'influence des variables obstétricales et post-natales sur les différentes dimensions du post-partum : la dépression du post-partum, le vécu de l'accouchement et le caractère traumatique ainsi que la relation mère-bébé. Comme par exemple, l'influence du mode d'allaitement sur la relation mère-bébé. Nous avons voulu limiter le biais de confusion mais nous sommes forcés de constater que ce que peut vivre et ressentir une femme au cours de son accouchement reste très subjectif et varie avec des éléments qui peuvent nous échapper : disponibilité de l'équipe de salle de naissance, efficacité de l'analgésie, capacité de la femme à gérer la douleur, capacité du partenaire à soutenir efficacement sa compagne... Les facteurs de risque d'avoir un accouchement traumatique sont nombreux (confer paragraphe 4.7). Pour limiter cela, nous avons exclu les populations à haut risque (migration avec événements traumatiques, bas niveau socio-culturel).

Chez les femmes multipares, nous n'avons pas questionné le vécu du premier accouchement et la dimension potentiellement traumatique de ce dernier. En effet, nous pouvons supposer que ce dernier influence la peur de l'accouchement et l'anticipation traumatique de l'accouchement à venir. La LEC n'était pas suffisamment précise, malgré l'item « autre ».

Par ailleurs, nous n'avons pas évalué l'anxiété après l'accouchement alors que ce trouble est fréquemment retrouvé en post-partum. De plus, l'anxiété est intimement liée à la dépression et au trouble de stress-post traumatique. Il est encore difficile d'établir, aujourd'hui, l'influence de ces diagnostics les uns sur les autres, ainsi que leur impact sur la relation mère-bébé. Les études à venir devraient se centrer sur cette distinction et les modifications que cela pourrait engendrer.

L'évaluation pré et post-partum est un réel atout. Cependant, il aurait été intéressant de poursuivre l'évaluation post-partum à 6 mois, voire 1 an, mais aussi d'évaluer le développement psycho-affectif de l'enfant, ainsi que la qualité de la relation conjugale.

A présent, voyons quelles perspectives apporte notre étude.

### **6.3.9 Perspectives**

Nous n'avons pas pu démontrer que le TSPT secondaire à l'accouchement modifie la relation mère enfant. Cependant, nous avons pu mettre en évidence différents points. Tout d'abord, la dépression post-partum et le TSPT secondaire à l'accouchement sont intimement liés (Davies *et al.*, 2008 ; Söderquist *et al.*, 2009 ; Czarnocka *et al.*, 2000). Il existe une comorbidité étroite entre dépression du post-partum, anxiété, et stress post-traumatique. Ensuite, le vécu négatif de l'accouchement entraîne une altération du lien mère-bébé et la dépression du post-partum également. Enfin, l'existence d'événements traumatiques semble favoriser l'investissement du lien mère-fœtus. Il existe un continuum entre l'investissement du lien au cours de la grossesse et en post-partum. Avec l'ensemble de ces données, nous pouvons faire plusieurs hypothèses.

Il est fortement probable que si le vécu négatif de l'accouchement et la dépression du post-partum entraînent une modification du lien, alors le TSPT secondaire à l'accouchement aussi. Surtout si ces deux entités sont liées. De plus, il serait vraiment

intéressant de regarder si ces deux troubles impactent de la même façon le lien ou non. La clinique des interactions est-elle modifiée par la pathologie maternelle ? L'impact sur le bébé est-il le même à court et long terme ? Par ailleurs, la nature du traumatisme et l'influence de ce dernier sur le vécu de l'accouchement, le TSPT secondaire à l'accouchement et sur la relation mère-bébé semblent être aussi des sujets très intéressants à étudier, notamment parce que la proportion de femmes victimes d'agression sexuelle et physique est importante. Mais la période de vie au cours de laquelle survient l'événement traumatique semble être une piste intéressante également et distinguer les traumatismes simples des traumatismes complexes également. Étudier cela nous permettrait de connaître les facteurs protecteurs du lien.

Au-delà de l'intérêt d'une telle étude sur la clinique périnatale, étudier le TSPT secondaire à l'accouchement présente de nombreux avantages pour approfondir les connaissances sur la clinique du traumatisme. En effet, peu d'événements traumatiques sont prévisibles. L'accouchement présente une vraie opportunité de développer nos connaissances sur les facteurs de risque et protecteurs péri-traumatiques.

Enfin, cette étude a mis en lumière l'importance du dépistage des événements traumatiques en cours de grossesse. Mieux connaître les antécédents permettrait aux soignants de s'adapter au cours de l'accouchement. Elle a aussi permis de confirmer l'importance du dépistage de la dépression du post-partum car cette dernière présente de véritables dangers pour la relation mère-bébé. Or, ces troubles relevant de la santé publique sont trop peu recherchés et traités. Il serait réellement pertinent de poursuivre la formation des soignants intervenant en périnatalité et actualiser les connaissances régulièrement. Mais il serait également opportun que les professionnels comme les médecins généralistes, psychiatres ou gynéco-obstétriciens et les sages-femmes aient une connaissance de ces données médicales afin de mieux dépister les femmes à risque.

### 6.3.10 Vignette clinique

Nous avons choisi de présenter le cas particulier de Mme X. Au cours de notre étude, nous avons inclus une femme représentative de nos hypothèses cliniques qui nous ont amené à cette étude. Bien que nous ne puissions pas appliquer les constatations qui vont suivre à la population générale, il nous a paru intéressant de présenter ces résultats. C'est une jeune femme de 39 ans, nullipare ayant pour antécédent une interruption volontaire de grossesse. Elle a bénéficié d'un suivi psychique et a été victime de plusieurs événements traumatiques (3 au total) dont une agression physique. Elle ne présentait pas de TSPT avant l'accouchement. Elle vit en couple et a une activité professionnelle. Elle a un bon niveau d'études supérieures (BAC + 3-4). Sa grossesse était programmée et désirée, la préparation à la naissance a été réalisée. L'accouchement, à terme, s'est fait par césarienne en urgence pour souffrance fœtale. Le compagnon n'a pu être présent lors de la césarienne. Son score à la PCL-5i (moyenne = 6,6) était de 3, à l'EPDSi de 11 (moyenne = 4,73), son score PrAS de 64 (moyenne = 51,8), score EPA total 34 (moyenne = 29,2), MAAS score total 55 (moyenne = 78,7). Concernant les résultats en post-partum, on retrouvait un QEVA score total de 24 (moyenne = 20,2), PCL-5p à 30 (moyenne = 15,5), EPDSp à 20 (moyenne = 6,5) et enfin PBQ score total 43 (moyenne = 10,91). Nous observons chez cette femme avec des antécédents d'événements traumatiques vécus une intensité symptomatique en prépartum plus importante sur la score de la dépression, mais également une anxiété liée à la grossesse plus marquée, une peur de l'accouchement plus importante et un lien mère-fœtus moins bien investi. Ce qui se confirme en post-partum avec un vécu de l'accouchement plus négatif, un score PCL-5p proche du seuil diagnostic, une dépression du post-partum mais également une relation mère-bébé de mauvaise qualité. Il est bien sûr impossible de conclure avec une seule femme. Cependant, il est intéressant de noter une continuité entre l'investissement de la relation, avant et après l'accouchement. Ce qui est confirmé par les résultats généraux de l'étude. Cela encourage à poursuivre celle-ci. En effet, s'il est possible de dépister les femmes ayant plus de difficultés à investir le lien avant l'accouchement, alors des propositions d'accompagnement de prévention pourraient être mises en place plus tôt. Nous constatons également que l'anxiété pendant la grossesse et l'accouchement était

plus forte chez cette dame, et que le vécu de l'accouchement a été plus négatif. Un repérage précoce de ces situations pourrait permettre aux équipes d'apporter des soins spécifiques à ces femmes pour réduire le risque de comorbidités en post-partum.

## CONCLUSION

---

Les données de la littérature et les résultats de notre thèse montrent combien il est important de s'intéresser à la problématique du TSPT secondaire à l'accouchement. En effet, la clinique semble impliquer d'autres troubles psychiques comme la dépression du post-partum et l'anxiété.

L'intrication de ces différents troubles et leurs conséquences respectives et mutuelles semblent être une vraie piste de recherche.

Maintenant que le TSPT secondaire à l'accouchement est considéré comme une entité clinique dans le monde de la recherche, il semble primordial de le vulgariser afin qu'il soit reconnu par tous comme un enjeu de santé publique.

Les connaissances sur les conséquences sur la femme, le couple, le bébé et la cellule familiale à court et long terme sont encore peu étudiées et peu connues.

Afin d'approfondir nos connaissances, il serait important de poursuivre cette étude afin d'augmenter la puissance des résultats. Mais aussi, il serait primordial d'apporter les modifications nécessaires pour la rendre de meilleure qualité et la plus intégrative possible. Il serait également pertinent de la répliquer dans différentes populations cliniques afin d'étudier les différents facteurs psycho-sociaux impliqués.

Le monde périnatal fait très souvent référence à la mère et son bébé, le père est fréquemment omis. Il nous a semblé important de souligner ici que des recherches sur l'impact de l'accouchement sur le père, son potentiel traumatique, ou encore la dépression post-partum paternelle soient faites. En effet, toutes ces dimensions ont probablement une influence sur la relation père-bébé. Des recherches à ce sujet sont à mener autant que chez la femme.

Enfin, cette étude doit nous encourager à développer des actes de prévention et de sensibilisation auprès des différents publics concernés.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ALCORN, K. L., O'DONOVAN, A., PATRICK, J. C., CREEDY, D., & DEVILLY, G. J. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 2010;40(11):1849-1859

ALEHAGEN S., WIJMA B., WIJMA K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et gynecologica scandinavica*, 2010;85:56-62

ALONSO J., ANGERMEYER M.-C., BERNERT S., BRUFFAERTS R., BRUGHA T.-S., BRYSON H. ET AL. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 1. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 2004;(420):38-46

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR. Washington DC : American Psychiatric Association; 2004

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-V. Washington DC : American Psychiatric Association; 2013

ASHBAUGH AR., HOULE-JOHNSON S., HERBERT C., EL-HAGE W., BRUNET A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE* 2016;11(10): e0161645. doi:10.1371/journal.pone.0161645

AUXÉMÉRY Y. L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social. *Encéphale*, 2012, doi:10.1016/j.encep.2011.12.003

AYERS S. Thoughts and emotions during traumatic birth : a quality study. *Birth*, 2007;34(3):253-263

AYERS S., EAGLE A., WARING H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships : A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*,

2006;11(4):389-398

AYERS S., HARRIS R. AND AL. Post traumatic stress disorder after childbirth : analysis of symptom presentation and sampling. *Journal affective Disorder*, 2009;119(1-3):200-204.

AYERS S., JESSOP D. The role of adult attachment style, birth intervention and support in post traumatic stress after childbirth : a protective study. *Journal of affective Disorder*, 2014;155:295-298

AYERS. S, JOSEPH. S, MCKENZIE-MCHARG K., et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth : current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008; 29(4): 240–250

AYERS. S, PICKERING. AD. Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth ? A Prospective Study of Incidence. *Birth*, 2001;28(2):111-118

AYERS. S. Delivery as a Traumatic Event : Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2004;47(3):552-567

B. BAYLE et al. Traumatisme psychique à l'aube de la vie. Cahier Marcé numéros 8. En cours de publication, 2019, 241

BAUBET T., LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R. Transmission des traumatismes psychiques de la mère au bébé. In *Bébé et traumas*. Paris : La pensée sauvage, 2006, 271

BÉLAND. M, CHABOT. K, GOULET GERVAIS. L, and al. Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. *L'Encéphale*, 2012;38:336-344

BENZAKOUR L., EPINAY L., GIRARD E. Etat des connaissances sur le troubles de stress post-traumatique du post-partum. *Revue médicale suisse*, 2019;15:347-350

BERNA. G Rôle de la régulation émotionnelle dans les psychotraumatismes : mesure auto-rapportées et physiologiques. *Psychologie. Université Charles de Gaulle-Lille III*, 2014

BIENFAIT M. et al. Traduction française de l'autoquestionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. *Devenir*, 2017;29(4):233-253

BOSQUET ENLOW M., KITTS R.-L., BLOOD E., HOFMEISTER M., WRIHGT R.-J. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and development*, 2011;34(4):487-503

BOUDOU. M, SÉJOURNÉ. N, CHABROL. H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2007;35:1136–1142

BOVIN M.-J., MARX B.-P., WEATHERS F.-W., GALLAGHER M.-W., RODRIGUEZ P., et al. Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 2016;28(11):1379-1391

BRAZELTON TB., CRAMER D. Les premiers liens. L'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre. Paris, StockLaurence Pernoud, Calmann-Lévy, 1991, 301

BROCKINGTON I.-F., FRASER C., AND WILSON D. The Postpartum Bonding Questionnaire : a validation. *Arch Womens Ment Health*, 2006;9: 233–242

BRUNET A., ST-HILAIRE A., JEHEL L., KING S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *The Canadian Journal of psychiatry*, 2003;48(1):56-61

BRUNTON R J., DRYER R., SALIBA A., KOHLHOFF J. Pregnancy Anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorder*, 2015;176:24–34.

BRUNTON RJ., DRYER R., KRÄGELOH C. et al. The pregnancy-related anxiety scale : A validity examination using Rasch analysis. *Journal of affective Disorders*, 2018;236:127-135

BYDLOWSKI M. La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 2008, 214

BYDLOWSKI M., GOLSE B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, 2001;3(63):30-33

CANAVARRO M.-C. Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* Coimbra : Quarteto Editora, 2001, 17-49

CARLES G. Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, 2014;43:275-280

CARQUILLAT P., VENDITTELLI F. et al. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017;17:279

CHABBERT M., WENDLAND J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère–bébé ? *Revue de médecine périnatale*, 2016;8:199-206

CHANNI KUMAR R. Anybody's child : severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of psychiatry*, 1997;171:175-181

CHIDIAC N., CROCQ L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-Psychologique*, 2010;168:311-319

CIM-10-CA Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, dixième versions (CIM-10), Canada, institut Canadien sur la santé [en ligne]. Disponible sur : <[https://www.cihi.ca/sites/default/files/icd\\_volume\\_one\\_2015\\_fr\\_0.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/icd_volume_one_2015_fr_0.pdf)>

CONDON J.-T. The assessment of antenatal emotional attachment : development of a questionnaire instrument. *British Journal Medecine Psychologic*, 1993;66:167-83

CREECH S.-K. AND MISCA G. Parenting with PTSD: A Review of Research on the Influence of PTSD on Parent-Child Functioning in Military and Veteran Families. *Frontiers Psychology*, 2017;8:1101. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01101

CZARNOCKA, J., and SLADE, P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 2000;39:35–51

DARVES-BORNOZ J.-M., GAILLARD P., DEGIOVANNI A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 2001:5-046-A-10

DAVIES J., SLADE P., WRIGHT I., STEWART P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 2008;29(6):537–554

DE TUCHEY C., SPITZ E., BRIANÇON S., LIGHEZZOLO J., GIRVAN F., ROSATI A., VINCENT S. Pré and postnatal depression and coping : a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, 2005;85(3):323-326. doi:10.1016/j.jad.2004.11.004

DEKEL S., STUEBE C. AND DISHY G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome : A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 2017; 8:560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560

DENIS A, et al. Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). *Encéphale*, 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.06.006>

DOZIO E., FELDMAN M., MORO M.-R. Transmission du traumatisme mère–bébé dans les interactions précoces. *Pratiques psychologiques*, 2016;22:87-103

DUGRAVIER R., BARBEY-MINTZ A.-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfance et psy*, 2015;66:14-22

EASTWOOD J., OGBO F.-A., HENDRY A. et al. The impact of antenatal depression on perinatal outcomes in australian women. *PLOS one*. 2017;12(1):e0169907. doi: 10.1371/journal.pone.0169907

FELDMAN R., WELLER A., et al. The Nature of the Mother's Tie to Her Infant : Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and Potential Loss. *Cambridge University Press*,

1999;6(40):929-939

FELDMAN. R. The adaptive human parental brain : implications for children's social development. *Trends in Neurosciences*, 2015;38:387-399

FIGUEIREDO B., COSTA R., PACHECO A. AND AL. Anxiété, Dépression Et Investissement Émotionnel De L'enfant Pendant La Grossesse. *Devenir*, 2007;19:243-260

FONAGY P. Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. *Psychiatrie de l'enfant*, 2001/2;44(2):333-369

G. GEFFROY-GRECO. Etat de Stress Post-traumatique lié à l'accouchement et Algies pelviennes chroniques. Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2005.

GALLOIS T., WENLAND J. Effet du stress prénatal sur le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant : une revue de la question. *Devenir*, 2012/13;24(3):245-262

GLOVER V., O'CONNOR T.-G., O'DONNELL K. Prénatal stress and the programming of HPA axis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 2010;35(1):17-22

GOUTAUDIER N., SÉJOURNÉ N., BUI E., CAZENAVE N., CHABROL H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress post-traumatique et variables associées. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2014;42:749-754

GOUTAUDIER N., SÉJOURNÉ N., BUI E., CHABROL H. Profils psychopathologiques des mères ayant accouché prématurément et impact sur le lien mère-enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2014; 27:164-171

GRAY M., LITZ B., HSU J., LOMBARDO T. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 2004;11:330-341. doi: 10.1177/1073191104269954 PILOTS ID: 26825

GUEDENEY A. et al. Petite enfance et psychopathologie. Paris : Elsevier Masson, collection les âges de la vie, 2014, 312

GUEDENEY N., et FERMANIAN J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *Journal of the Association of European Psychiatrists*, 1998;13(2):83-89

GUEDENEY N., GUEDENEY A., Le système de soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In *L'attachement : approche théorique*, 4 Ed. Paris : Elsevier Masson, Collection les âges de la vie, 2015, 335

GUEDENEY N., GUEDENEY A. Psychopathologie de l'adulte et attachement. In *L'attachement approche clinique et thérapeutique*. 2 Ed. Paris : Elsevier Masson, Collection les âges de la vie, 2016, 394

GUEDENEY N., GUEDENEY A., Transmission intergénérationnelle de l'attachement. In *L'attachement : approche théorique*, 4 Ed. Paris : Elsevier Masson, Collection les âges de la vie, 2015, 335

HANSENNE, M., CHARLES, G., PHOLIEN, P., PANZER, M., PITCHOT, W., et al. Mesure subjective de l'impact d'un événement: traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. *Psychologie médicale*, 1993;25(1), 86-88

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Recommandation de bonne pratique : Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017 [en ligne]. Disponible sur <[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)>

HOROWITZ M., WILNER N., AND ALVAREZ W. Impact of Event Scale : a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979;41(3):209-218

INSEE. Dossier complet, département de la vienne (86) [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-86>>

INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale [en ligne]. Disponible sur : [http://www.epopéinsERM.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopéinsERM.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)>

KÉDIA M., BOURGAULT R. Aide mémoire de psychotraumatologie : Trauma complexe ou DESNOS,. Paris, Dunod, 2013;258-263

KÉDIA M., SALMONA M. Aide-mémoire en Psychotraumatologie : La mémoire traumatique, Paris, Dunod, 2008.

KESSLER R.-C., SONNEGA A., BROMET E., HUGHES M., NELSON C.-B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. *Archives of General Psychiatry*, 1995;52(12):1048-60

KOPFF-LANDAS A., MOREAU A., SÉJOURNÉ N., CHABROL H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2008;38:1101-1104

KRING A. Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing) 2013

LANGEVIN V., BOINI S., FRANÇOIS M., RIOU A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Référence en santé au travail*, 2013;134:161-163

LEBOVICI S., STOLERU S. La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris : Le centurion; 1983

LEBOVICI S., DIATKINE R., Soulé M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, édition PUF, 1999;1(22):319-339. ISBN 2130502539

LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F. *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, 1989, 882

LECRUBIER Y., SHEEHAN D.-V., WEILLER E., AMORIM P. ET AL. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997;12(5):224-31

LIOTTI, G., Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid.

The Psychological Impact of Trauma: Theory, Research, Assessment, and Intervention, 2004;41(4): 472-486

LORENTZ. J. Lien mère-enfant lors d'une naissance prématurée. *Université de Strasbourg*, 2013

MANZANO J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression post-partum. *Revue médicale suisse*. 2002;(2):219-217

MARCHAND A., BOYER R., NADEAU C., MARTIN M. Facteur prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers. 2011. ISBN : 978-2-89631-578-9

MAURY. C, ABBAL; T, MORO. M.-R. Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 2016;174:266–273

MERGY R., LÉVY J., et MELCHIOR J. Précis d'Obstétrique. 5 éd. Paris : Masson, 1979, 597

MONTMASSON. H, BERTRAND. P, PERROTIN. F, EL-HAGE. W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2012;41:553-560

MURRAY D, COX JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 1990;8(2):99-107

MUZIK. M, MCGINNIS. E.-W. and al. PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime ptsd diagnosis. *Depression and Anxiety*, 2016;33(7):584-591

NICHOLLS. K AND AYERS. S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples : A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 2007;12:491-509

POGGI L., BERTOLI C., SÉJOURNÉ N., CHABROL H., GOUTAUDIER N. Du pré-partum au post-partum : étude des profils et des symptomatologies maternelles. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2016;29:1-7

Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [en ligne]. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/26153/document\\_travail\\_2017\\_229\\_violences.sexuelles\\_enquete.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf)

QUINNELL F.-A., HYNAN M.-T. Convergent and Discriminant Validity of the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ) : A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 1999;12(1) :193-199

RECK C., KLIER C.-M., PABST K. AND AL. The German version of the Postpartum Bonding Instrument : Psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 2006;9:265-271

ROGAL. S, POSCHMAN. K, BELANGE. K et al. Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 2007;102:137–143

SALMONA, M. Conduites à risques dissociantes from Mémoire Traumatique et Victimologie [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>>

SHEEHAN D.-V., LECRUBIER Y., SHEEHAN K.-H., AMORIM P. ET AL. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry*, 1998;59 (Suppl 20):22-33

SÖDERQUIST J., WIJMA B, THORBERT G., WIJMA K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *Obstetric and gynecology*. 2009;115(5):672-680

SÖDERQUIST J., WIJMA K., WIJMA B. Traumatic stress in late pregnancy. *Journal Anxiety Disorder*, 2004;18:127-42

STERN D.-N. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF; 1989, 381

TERR L.-C. Family anxiety after traumatic events. *The Journal of clinical psychiatry*, 1989;50:15-19

TOURETTE C., GUÉDENEY A., L'évaluation en clinique du jeune enfant. *Psychothérapie pratiques* : Dunod 2012:193-194

WASTERLAIN. A, ALEXANDRE. M, GAUGUE. J. Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : une revue de littérature des instruments. *Devenir*, 2017;29(1):43-65

WINNICOTT D., *La mère suffisamment bonne*, Payot, 1997,128

YILDIZ P.D., AYERS S. ET AL, The prévalence of post traumatic stress disorder in pregnancy and after birth : a systematic review and meta-analysis. *Journal affective Disorder*, 2017;208:634-645

ZIMMERMAN G. Posttraumatic stress disorder after childbirth. *Journal of Childbirth Education*, 2013;28(3):61-66

## RESUME

---

L'accouchement engendre des modifications physiques, psychiques, mais aussi familiales. C'est un événement perçu comme positif par la société mais il peut être vécu comme traumatisant. La prévalence du trouble de stress-post traumatique lié à l'accouchement varie de 1 à 2 % (Denis *et al.*, 2009 ; Ayers *et al.*, 2008 ; Manzano *et al.*, 2002). Il peut être responsable d'un moins bon investissement mère-bébé (Davies *et al.*, 2008).

Dans notre étude observationnelle, prospective, non randomisée, nous avons inclus 22 femmes de plus de 18 ans dans la Vienne. Après avoir recueilli leur consentement, nous avons évalué, au cours du dernier trimestre de grossesse, les dimensions suivantes (T0) : les événements de vie traumatique et l'existence d'un trouble de stress post-traumatique, l'anxiété liée à la grossesse, la dépression du prépartum, la peur de l'accouchement et le lien mère-fœtus. Puis à 4 à 6 semaines en post-partum (T1), un deuxième temps a permis d'évaluer le vécu de l'accouchement et son caractère traumatique, la dépression du post-partum et la relation mère-bébé. Pour chacune des dimensions sus-citées, nous avons utilisé des auto-questionnaires.

Seulement 2 femmes ont caractérisé leur accouchement de traumatique mais aucune n'a développé un trouble de stress post-traumatique secondaire à l'accouchement. Le nombre d'événements traumatiques vécu au cours de la vie concernait 50 % de la population dont 45 % d'agressions sexuelles et 27 % physiques. Nous avons distingué deux groupes : « traumas vécus » et « absence de trauma ». Dans le groupe « traumas vécus » la relation avec le fœtus était mieux investie ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,019$ ). En outre, un meilleur investissement du fœtus était significativement corrélé à un meilleur investissement de la relation en post partum ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,004$  ;  $R = - 0,582$ ). Aussi, le vécu négatif de l'accouchement était statistiquement corrélé à un lien mère-enfant de moins bonne qualité ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,047$  ;  $R = 0,427$ ). Par ailleurs, plus la peur de l'accouchement était importante, plus le vécu de ce dernier était négatif ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,028$  ;  $R = 0,469$ ). Enfin, le lien mère-bébé était significativement de moins bonne qualité lorsqu'il existait une dépression du post-partum ( $p < 0,05$  ;  $p = 0,005$ ), et cela s'aggravait avec l'intensité symptomatique ( $p = 3,3 \times 10^{-5}$  ;  $R = 0,765$ ).

Certains résultats confirmés par la littérature encouragent la poursuite de cette étude. Le meilleur investissement de la relation dans le groupe « traumas vécus » et la continuité entre l'investissement pré et post-partum invitent à s'intéresser aux facteurs protecteurs de la relation. Dépister l'intensité de peur liée à l'accouchement permettrait de réduire le vécu négatif de ce dernier et ainsi protéger le lien parents-enfant.

# TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION .....	10
2	LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PERIODE PÉRINATALE .....	12
2.1	La natalité en France (selon INSEE) .....	12
2.2	Sur le plan somatique.....	14
2.2.1	Qu'est-ce que la grossesse ?.....	14
2.2.2	Qu'est-ce qu'accoucher ?.....	15
2.2.2.1	Définition.....	15
2.2.2.2	Les étapes de l'accouchement .....	16
2.2.2.3	Accouchement non physiologique - techniques d'interventions thérapeutiques .....	16
2.2.2.4	Les suites de couches .....	18
2.3	Sur le plan psychique : que se passe-t-il ?.....	18
2.3.1	Au cours de la grossesse .....	19
2.3.1.1	Les tâches psychiques de la grossesse .....	19
2.3.1.2	Approches psychanalytiques .....	20
2.3.1.2.1	Bébé imaginaire, bébé fantasmé, bébé réel.....	20
2.3.1.2.2	Les stades de l'attachement .....	21
2.3.1.2.3	Le concept de la « mère suffisamment bonne » .....	23
2.3.1.2.4	Le concept de transparence psychique.....	23
2.3.1.3	Approche « objectiviste ».....	24
2.3.2	À l'accouchement.....	26
2.3.2.1	Les tâches psychiques à l'accouchement.....	26
2.3.2.2	L'accouchement, aspect biologique.....	27
2.3.3	Et après ?.....	28
2.3.3.1	Le processus de « parentification » .....	28
2.3.3.2	Processus d'identification .....	29
2.4	Le développement psychologique de l'enfant. ....	30
2.4.1	D'une approche psychanalytique à une approche développementale .....	30
2.4.2	Nouvelles hypothèses : modèles développementaux .....	32
2.4.2.1	Modules développementaux, Le développement fœtal .....	33
2.4.2.2	Modules développementaux, le développement social et affectif. ....	34
2.4.2.3	Perturbation des interactions.....	37
3	LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATISQUE (TSPT) .....	38
3.1	Historique .....	38
3.1.1	Les précurseurs .....	38
3.1.2	Les fondateurs .....	38
3.1.3	Les continuateurs.....	39
3.1.4	Les novateurs.....	39
3.2	Définition .....	41
3.3	Nosologie .....	42
3.3.1	Le DSM V.....	42
3.3.2	La CIM-10 .....	46
3.4	Approche catégorielle.....	46
3.5	La clinique .....	47

3.6	Aspect neurobiologique.....	48
3.6.1	Définition : .....	48
3.6.2	Les structures impliquées dans la réponse émotionnelle.....	48
3.6.3	Réponse émotionnelle face à une expérience traumatique .....	50
3.7	La Prévalence .....	52
3.8	Évolution .....	52
3.9	Comorbidités .....	52
3.10	La prise en charge.....	53
3.11	La question de la transmission.....	54
3.11.1	Transmission de la vie psychique entre les générations .....	55
3.11.2	Mais qu'en est-il de la transmission transgénérationnelle du trauma ? .....	56
3.11.3	Transmission directe du trauma de la mère au bébé. ....	57
4	LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) DANS LES SUITES D'UN ACCOUCHEMENT .....	60
4.1	Historique .....	60
4.2	Définition .....	61
4.3	Réflexion théorique .....	62
4.4	La clinique .....	64
4.5	La prévalence.....	65
4.6	Les comorbidités .....	66
4.7	Les facteurs de risque .....	67
4.7.1	Les FDR anté-nataux : .....	68
4.7.2	Les FDR périnataux .....	69
4.7.3	Les FDR post-nataux .....	71
4.8	Les conséquences .....	72
4.9	Évolution .....	74
4.10	La prise en charge.....	75
5	LA PROBLÉMATIQUE .....	76
6	NOTRE ÉTUDE.....	78
6.1	Méthodologie.....	78
6.1.1	Population .....	78
6.1.1.1	Les critères d'inclusion et de non inclusion.....	78
6.1.2	Mesures .....	79
6.1.2.1	Évaluation en pré-partum .....	79
6.1.2.1.1	La fiche anamnétique (annexe 2) .....	79
6.1.2.1.2	Recherche d'un trouble psychiatrique .....	79
6.1.2.1.3	Recueil des données traumatiques (annexe 3 et 4) .....	80
6.1.2.1.4	La dépression prépartum (annexe 5) .....	82
6.1.2.1.5	L'anxiété liée à la grossesse (annexe 6).....	83
6.1.2.1.6	Évaluation de la peur liée à l'accouchement (annexe 8) .....	84
6.1.2.1.7	Évaluation du lien mère-fœtus (annexe 08) .....	85
6.1.2.2	Évaluations postnatales.....	86
6.1.2.2.1	Évaluation du vécu de l'accouchement (annexe 9).....	86
6.1.2.2.2	Évaluation du TSPT secondaire à l'accouchement (annexe 10)....	87
6.1.2.2.3	La dépression du post-partum (annexe 11) .....	88
6.1.2.2.4	Évaluation du lien mère-bébé (annexe 12) .....	89
6.1.3	Procédure.....	90

6.1.4	Protocole .....	91
6.1.5	Déontologie de la recherche .....	92
6.1.6	Traitement des données .....	92
6.2	Résultats .....	94
6.2.1	La population.....	94
6.2.2	Résultats des questionnaires pendant la grossesse (T0).....	96
6.2.2.1	Traumatismes vécus au cours de la vie et dépistage du Trouble de Stress Post-Traumatique .....	96
6.2.2.2	Anxiété et dépression pendant la grossesse (T0).....	98
6.2.2.3	Évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) pendant la grossesse (T0)	99
6.2.2.4	Évaluation du lien mère enfant (MAAS) pendant la grossesse (T0) .....	99
6.2.3	Les caractéristiques de l'accouchement et du post-partum .....	99
6.2.4	Résultats des questionnaires un mois post-partum (T1) .....	101
6.2.5	Étude des caractéristiques du traumatisme sur les différentes dimensions étudiées	102
6.2.5.1	Caractéristique de la population en fonction de l'existence ou non d'antécédents traumatiques .....	102
6.2.5.2	Liens entre l'existence d'antécédents traumatiques et les différentes dimensions étudiées .....	105
6.2.5.3	Lien entre le nombre de traumatismes vécus et le vécu de l'accouchement et la relation mère-bébé .....	110
6.2.5.4	Lien entre la nature du traumatisme et le vécu de l'accouchement et la relation mère-bébé.....	111
6.2.5.5	Lien entre la PCL-5i et l'anxiété liée à la grossesse ; la peur de l'accouchement ; la relation mère-fœtus ; le vécu de l'accouchement ; et le lien mère-bébé .....	114
6.2.6	Lien entre le vécu de l'accouchement et les différentes dimensions de l'étude	116
6.2.7	Etude du lien mère-bébé .....	119
6.2.8	Synthèse des principaux résultats.....	124
6.3	Discussion.....	126
6.3.1	Des femmes de classe moyenne, avec des grossesses et des accouchements non compliqués .....	126
6.3.2	Des antécédents d'événement traumatiques fréquents .....	129
6.3.3	Les symptômes psycho traumatiques modifient la relation mère-bébé..	130
6.3.4	Des liens entre les antécédents traumatiques et différentes dimensions de la grossesse et de la relation avec le bébé.....	135
6.3.4.1	Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et la peur de l'accouchement.....	135
6.3.4.2	Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et l'anxiété au cours de la grossesse .....	136
6.3.4.3	Lien entre les antécédents d'événements traumatiques, le TSPT secondaire à l'accouchement et la dépression post-partum .....	137
6.3.4.4	Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et le vécu de l'accouchement.....	138

6.3.4.5	Lien entre les antécédents d'événements traumatiques et le lien mère-fœtus et mère-enfant .....	138
6.3.5	Lien entre la dépression pré et post-partum.....	140
6.3.6	Des liens entre le vécu de l'accouchement et la peur de l'accouchement, la dépression du post-partum et la relation mère-bébé .....	141
6.3.6.1	Lien entre le vécu de l'accouchement et la peur de l'accouchement..	141
6.3.6.2	Lien entre le vécu de l'accouchement et la dépression du post-partum 143	
6.3.6.3	Lien entre le vécu de l'accouchement et le lien mère-enfant.....	143
6.3.7	Les autres facteurs influençant la relation mère-bébé.....	144
6.3.8	Les forces et les limites .....	147
6.3.9	Perspectives.....	149
6.3.10	Vignette clinique.....	151
	CONCLUSION.....	153
	BIBLIOGRAPHIE .....	154
	RESUME .....	165
	TABLE DES MATIÈRES.....	166
	TABLE DES TABLEAUX .....	170
	TABLE DES FIGURES.....	171
	TABLE DES ANNEXES :.....	173
	ANNEXES .....	174

## TABLE DES TABLEAUX

---

<u>Tableau 1</u> : Modalités d'accouchement en France métropolitaine selon l'Enquête Nationale Périnatale 2016 .....	14
<u>Tableau 2</u> : Comorbidités associées au trouble de stress post-traumatique (Kessler et al., 1995 ; 2005) .....	53
<u>Tableau 3</u> : Les différents modèles de transmission transgénérationnelle du trauma (Baubet et al., 2006).....	56
<u>Tableau 4</u> : Résultats de l'échelle PrAS (Pregnancy-related Anxiety Scale) avec chaque dimension et le score total. Plus le score est élevé plus l'anxiété est forte.....	98
<u>Tableau 5</u> : Modalités relatives à l'accouchement sur l'ensemble de l'échantillon : travail, accouchement, délivrance, présentation, analgésie, complications et type d'allaitement.....	100
<u>Tableau 6</u> : Résultats des questionnaires du temps T1 .....	101
<u>Tableau 7</u> : Comparaison du groupe « traumatisés vécus » vs « absence de trauma » sur les données sociodémographiques et médicales. (ATCD = antécédents ; IVG = Interruption volontaire de grossesse ; PMA = Procréation médicalement assistée). .....	102
<u>Tableau 8</u> : Influence des antécédents traumatiques sur les différentes dimensions de la grossesse, de l'accouchement et du lien mère-enfant : l'anxiété liée à la grossesse (PrAS) ; évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) ; la dépression du pré-partum (EPDSi) ; la dépression du post-partum (EPDSp) ; le lien mère-fœtus (MAAS) ; le vécu de l'accouchement (QEVA) et le lien mère-bébé (PBQ). Score total,	

groupe « traumatismes vécus » ; groupe « absence de traumatisme » ; degré de significativité.....	107
<u>Tableau 9</u> : Score total de l'échelle MAAS en fonction de la nature du traumatisme vécu.....	112
<u>Tableau 10</u> : Résultats des tests statistiques réalisés entre l'intensité des symptômes de stress post traumatique et les différentes dimensions : l'anxiété liée à la grossesse, la peur de l'accouchement, le lien mère-fœtus, le vécu de l'accouchement et enfin le lien mère-bébé. ....	115
<u>Tableau 11</u> : Comparaison données sociodémographiques, de la grossesse et de l'accouchement, entre notre étude et l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.....	128

## **TABLE DES FIGURES**

---

<u>Figure 1</u> : Flow-Chart .....	94
<u>Figure 2</u> : Nombres de réponses positives aux différentes questions portant sur les antécédents d'événement traumatiques vécus par 22 patientes sur vie entière .....	96
<u>Figure 3</u> : Effectif des femmes en fonction du nombre d'événements traumatiques vécus au cours de la vie. ....	97
<u>Figure 4</u> : Moyenne du score total QEVA en fonction du nombre de traumatismes vécus .....	110
<u>Figure 5</u> : Score total PBQ en fonction du nombre de traumatismes vécus .....	111
<u>Figure 6</u> : Moyenne de MAAS score total en fonction de la nature du traumatisme .....	113

<u>Figure 7</u> : Dispersion simple avec courbe d'ajustement de PBQ score total par QEVA score total. ....	117
<u>Figure 8</u> : Dispersion simple avec courbe d'ajustement de QEVA score total et EPA score total .....	118
<u>Figure 9</u> : Dispersion simple du niveau de dépression du post-partum par QEVA-score total. ....	119
<u>Figure 10</u> : Dispersion simple entre le niveau de dépression du prépartum et le lien mère-foetus. ....	120
<u>Figure 11</u> : Dispersion simple avec courbe d'ajustement du score PBQ total par intensité des symptômes de dépression du post-partum.....	121
<u>Figure 12</u> : Dispersion avec courbe d'ajustement de PBQ score total par MAAS score total. ....	121
<u>Figure 13</u> : Répartition du PBQ score total en fonction des modalités d'accouchement. ....	122

## TABLE DES ANNEXES :

---

<u>Annexe 1</u> : plaquette d'information destinée aux femmes.....	174
<u>Annexe 2</u> : <i>Fiche de recueil des données sociodémographiques</i> .....	175
<u>Annexe 3</u> : Life Events Checklist (LEC-5).....	178
<u>Annexe 4</u> : Post-Traumatic Disorder Checklist PCL-5 .....	179
<u>Annexe 5</u> : Edimbourg Pré-Partum Dépression Scale (EPDSi) .....	180
<u>Annexe 6</u> : Pregnancy-related Anxiety Scale (PrAS).....	182
<u>Annexe 7</u> : Evaluation de la Peur de l'Accouchement (EPA).....	184
<u>Annexe 8</u> : Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) .....	186
<u>Annexe 9</u> : Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA) .....	190
<u>Annexe 10</u> : Edimbourg Post-Partum Dépression Scale (EPDSp) .....	191
<u>Annexe 11</u> : Post-Partum Bonding Questionnaire (PBQ) .....	193
<u>Annexe 12</u> : Formulaire de consentement.....	195
<u>annexe 13</u> : Avis du Comité d'Éthique.....	197

# ANNEXES

## Annexe 1 : plaquette d'information destinée aux femmes



### Thèse :

*Recherche de volontaires pour participer à une étude sur le vécu de l'accouchement et ses effets sur le lien avec son bébé.*

**Doctorante, Elise Pain-Girard,**

**Interne DES psychiatrie,  
DESC Pédopsychiatrie.**

*Accord pour la recherche délivré par le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Henri Laborit le 23 Janvier 2019 (N° BP/DJ/FB-01-2019).*

Je suis étudiante en dernière année de médecine, spécialisée en psychiatrie et pédopsychiatrie.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, j'ai choisi de m'intéresser aux femmes qui vont devenir mamans.

La grossesse, l'accouchement et l'arrivée d'un bébé sont des périodes riches en émotions. Les recherches dans ce domaine sont relativement récentes, nous avons donc encore trop peu de connaissances sur cette période.

**Ma thèse, porte sur le lien qui se crée entre la maman et son bébé et ce, dès l'accouchement. Plus précisément, je me demande quel rôle joue l'accouchement dans le développement de ce lien.**

C'est une étude relativement courte, seulement deux rendez vous, d'environ 1h, avec moi pour passer des questionnaires uniquement. Ici, je m'adresse aux mamans et à ce qu'elles ressentent, le bébé n'est pas impliqué.

Vous êtes libre de participer et je vous serai très reconnaissante d'accepter de faire partie de mon projet.

Annexe 2 : Fiche de recueil des données sociodémographiques.

N° dossier : .....

Date : .....

Nom : ..... Prénom : .....

---

**Date de naissance** : .....

**Age** : .....

**Pays de naissance** : .....

**Scolarité** (merci d'entourer la réponse qui vous correspond)

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur

**Diplôme** : (merci d'entourer la réponse qui vous correspond)

- BEPC
- CAP
- BEP
- BTS
- BAC
  - BAC + 2
  - BAC + 3-4
  - BAC + 5 ou plus

**Profession actuelle** : .....

**Activité actuelle** : (merci d'entourer la réponse qui vous correspond)

- Activité en cours
- Congés maladie depuis le .....
- Invalidité depuis le .....
- Chômage depuis le .....

**Statut marital actuel** : (merci d'entourer la réponse qui vous correspond)

- Célibataire
- Mariée

1

N° dossier : .....

Date : .....

- Concubinage
- Veuve depuis le .....
- Séparée ou Divorcée depuis le .....

**Etes vous satisfaite de votre situation financière :** OUI      NON

**Antécédent médicaux et chirurgicaux :**

- 
- 
- 
- 
- 

**Antécédents psychiatriques :**

- Avez vous déjà été hospitalisée ? OUI      NON
  - Si oui merci d'indiquer la durée et la période .....
  
- Avez vous déjà eut un suivi psychologique ? OUI      NON
  - Si oui, merci d'indiquer la durée et la période .....

**Toxiques :** (merci d'entourer si vous consommez la substance)

- Tabac
- Alcool
- Cannabis

**Antécédents familiaux :** (merci d'indiquer les antécédents notables)

N° dossier : .....

Date : .....

**Traitement actuel**

- Prenez vous des traitement actuellement ? OUI. NON.
- Si oui, lesquels :

**Antécédents gynéco-obstétriques** (ici, la grossesse en cours ne rentre pas dans les réponses)

- Nombre de grossesse antérieure : .....
- Nombre d'accouchement antérieure : .....
- Nombre de fausse couche : .....
- Nombre d'IVG : .....
- Nombre d'enfant à charge : .....

**Grossesse actuelle :**

- Est elle programmée ? OUI NON
- Est elle désirée ? OUI NON
- Avez vous fait la préparation à la naissance ? OUI NON
- Avez vous eut recours à la procréation médicalement assisté ? OUI NON
- Avez vous été hospitalisée pour la grossesse en cours ? OUI NON
  - Si oui, merci d'indiquer le nombre et la durée d'hospitalisation.....
- Avez vous des complications en lien avec la grossesse en cours ? OUI NON
  - Si oui, merci d'indiquer lesquelles : .....

Merci d'avoir rempli ce questionnaire, ce dernier va pouvoir nous aider à comprendre les résultats de l'étude, grâce à vous, nos données seront de meilleure qualité.

### Annexe 3: Life Events Checklist (LEC-5)

Protocole PARIS-MEM P151201	Identifiant patient Numéro Centre / Numéro Inclusion / Initiales Nom + Prénom	Date	Visite
A remplir SVP	1_0_1_1_1/1_0_1_1_1/1_1_1_1	--/--/20--	

#### Liste des événements potentiellement traumatiques

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser dans sa vie. Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que : (a) vous avez vécu **personnellement** une telle situation ; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et **vous en avez été témoin** ; (c) Vous **avez appris** qu'un de vos proche a vécu une telle situation.

N'indiquez que les événements qui ont impliqué une menace vitale, une blessure grave ou de la violence sexuelle.

Événement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris
1. Attentat de Paris du 13 novembre 2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Catastrophe naturelle (incendie, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Attaque à main armée (avoir été blessé par une arme à feu ou une arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort subite et inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage ou mort causée par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Autre, Préciser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 4 : Post-Traumatic Disorder Checklist PCL-5

### PCL-5

#### Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

**Consignes :** Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros :

**EPDS**  
(Version pré-natale)

Vous êtes enceinte, nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie sur la semaine qui vient de s'écouler (c'est à dire sur les 7 derniers jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement sur aujourd'hui.

Au cours des derniers 7 jours :

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout-à-fait autant
- Beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir**

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude
- Pratiquement pas

**3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons**

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros :

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

**10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal**

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

## Annexe 6 : Pregnancy-related Anxiety Scale (PrAS)

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros de dossier :

### **Echelle d'anxiété lié à la grossesse :**

Vous trouverez ci-dessous une liste de questions sur votre moral au cours de la semaine écoulée. Veuillez sélectionner la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti de manière générale **au cours des 7 derniers jours** ou dans quelle mesure vous êtes d'accord avec l'énoncé. Si possible, il est important de répondre à toutes les questions.

	Pas du tout	Un peu	Assez Souvent	Très souvent
1- Je crains un déchirement ou d'avoir besoin d'être « coupée » pendant l'accouchement	1	2	3	4
2- Je m'inquiète des interventions médicales inutiles (par ex : forceps pendant l'accouchement)	1	2	3	4
3- Je me sens effrayée par le côté invasif de l'accouchement	1	2	3	4
4- Pendant l'accouchement, je m'inquiète de ne plus être maître de moi-même et de ne pas être capable de bouger	1	2	3	4
5- J'ai peur d'être blessée pendant l'accouchement	1	2	3	4
6- J'ai peur de perdre le contrôle de mon corps pendant le « travail »	1	2	3	4
7- Je ne me sens pas bien avec mon apparence	1	2	3	4
8- Je ne me sens pas attirante	1	2	3	4
9- Je crains de ne jamais retrouver ma silhouette	1	2	3	4
10- Je crains que mon mari/partenaire ne me trouve pas attirante	1	2	3	4
11- Quand je me regarde dans le miroir, je ne me sens pas heureuse	1	2	3	4
12- Je me sens préparée pour l'accouchement (R)	1	2	3	4
13- Quand je pense à l'accouchement, je sais que j'arriverais à faire face à la douleur (R)	1	2	3	4
14- Je suis confiante, tout ira bien pendant l'accouchement (R)	1	2	3	4
15- Je m'inquiète de ne pas savoir ce que veut mon bébé quand il pleure	1	2	3	4

Nom: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Numéros de dossier : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

16- Je suis inquiète de ne pas être une bonne mère	1	2	3	4
17- Je suis inquiète de m'occuper du bébé une fois que je serais à la maison	1	2	3	4
18- Mes inquiétudes interfèrent avec mes activités quotidiennes	1	2	3	4
19- Parfois, mes soucis semblent faire « effet boule de neige »	1	2	3	4
20- Parfois, je me sens paniquée sans raison	1	2	3	4
21- Je ne me sens pas heureuse	1	2	3	4
22- Je m'inquiète de ce que je ferai si mon bébé n'est pas normal	1	2	3	4
23- Je suis inquiète d'avoir un bébé malade ou handicapé	1	2	3	4
24- Je m'inquiète sans arrêt que mon bébé n'aille pas bien physiquement	1	2	3	4
25- Mon mari/partenaire et moi attendons impatiemment ce bébé (R)	1	2	3	4
26- J'ai hâte de rencontrer mon bébé (R)	1	2	3	4
27- Cette grossesse est très attendue (R)	1	2	3	4
28- Je peux envisager une césarienne pour éviter un accouchement par voie basse	1	2	3	4
29- Je pense qu'une césarienne est plus sûre qu'un accouchement par voie basse	1	2	3	4
30- Je pense souvent qu'une césarienne est mieux qu'un accouchement par voie basse	1	2	3	4
31- Je ne sais pas si les sages-femmes/médecins seront aimables/sympathiques	1	2	3	4
32- Je ne sais pas si les sages-femmes/médecins seront gentils et aidants	1	2	3	4
33- Je ne sais pas si je peux demander quoi que ce soit aux sages-femmes/médecins	1	2	3	4

## Annexe 7 : Evaluation de la Peur de l'Accouchement (EPA)

Nom :

Date

Numéros de dossier :

Prénom :

### **Echelle d'évaluation de la peur lié à l'accouchement**

Vous trouverez ci dessous des énoncés émis par certaines femmes pour décrire ce qu'elles ressentent avant d'accoucher. Lisez chaque énoncé et encerclez la réponse (1-4) correspondant le mieux à ce que vous anticipez actuellement. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

#### **Comment envisagez vous votre accouchement :**

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait
a- L'accouchement sera une expérience éprouvante	1	2	3	4
b- Pendant l'accouchement, je vais me sentir malmenée physiquement	1	2	3	4
c- Pendant l'accouchement, je vais vraiment avoir peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés	1	2	3	4
d- pendant l'accouchement, je vais me sentir angoissée, impuissante ou horrifiée	1	2	3	4

#### **Comment vous sentez-vous présentement ?**

Veuillez poursuivre avec les énoncés ci-dessous en décrivant comment vous vous sentez présentement. Répondez en encerclant le chiffre correspondant.

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
1- Des pensées et des images déplaisantes à propos de l'accouchement m'envahissent	1	2	3	4
2- Je fais des rêves déplaisants à propos de l'accouchement	1	2	3	4
3- Soudainement, je me sens comme si l'accouchement était en cours et je suis envahie par un sentiment de peur intense.	1	2	3	4
4- Tout ce qui me fait penser à mon accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense	1	2	3	4
5- Ce qui me fait penser à l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (i. e. Accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration)	1	2	3	4
6- J'essaie d'éviter les pensées, émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement	1	2	3	4

Nom : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Numéros de dossier : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

7- J'essaie d'éviter les activités, les lieux, ou les personnes qui pourraient me faire penser à l'accouchement	1	2	3	4
8- J'ai de la difficultés à imaginer des étapes importantes de l'accouchement	1	2	3	4
9- J'ai perdu mon intérêt pour des activités qui me plaisaient avant la grossesse	1	2	3	4
10- Je me sens isolée ou coupée des autres	1	2	3	4
11- Ma capacité à aimer ou à être affectueuse est réduite	1	2	3	4
12- J'ai le sentiment que mon avenir n'a plus de sens	1	2	3	4
13- J'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille la nuit	1	2	3	4
14- Je peux soudainement me sentir très irrités ou en colère sans raison	1	2	3	4
15- J'ai de la difficulté à me concentrer	1	2	3	4
16- Je me sens toujours tendue et sur le qui-vive	1	2	3	4
17- Je réagis fortement aux évènements inattendus	1	2	3	4

## Annexe 8 : Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros de dossier :

### MAAS

I- Consigne : Ces questions portent sur les pensées et sentiments que vous pourriez éprouver à l'égard du bébé que vous attendez. Pour chaque question, choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez (une seule réponse par question).

- 1) Au cours des deux dernières semaines, j'ai pensé à ou j'ai été préoccupée par l'enfant que j'attends :

<input type="checkbox"/>	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	Très fréquemment
<input type="checkbox"/>	Fréquemment
<input type="checkbox"/>	Occasionnellement
<input type="checkbox"/>	Pas du tout

- 2) Au cours des deux dernières semaines, quand j'ai parlé ou quand j'ai pensé à l'enfant que j'attends, les émotions que j'ai ressenties ont été : (R)

<input type="checkbox"/>	Très faibles ou inexistantes
<input type="checkbox"/>	Assez faibles
<input type="checkbox"/>	Entre faibles et fortes
<input type="checkbox"/>	Assez fortes
<input type="checkbox"/>	Très fortes

- 3) Au cours des deux dernières semaines, mes sentiments envers l'enfant que j'attends ont été :

<input type="checkbox"/>	Très positifs
<input type="checkbox"/>	Plutôt positifs
<input type="checkbox"/>	Mitigés : positifs et négatifs
<input type="checkbox"/>	Plutôt négatifs
<input type="checkbox"/>	Très négatifs

- 4) Au cours des deux dernières semaines, j'ai eu envie de lire ou de recueillir des informations au sujet de l'enfant. Ce désir a été : (R)

<input type="checkbox"/>	Très faible ou inexistant
<input type="checkbox"/>	Assez faible
<input type="checkbox"/>	Entre faible et fort
<input type="checkbox"/>	Assez fort
<input type="checkbox"/>	Très fort

- 5) Au cours des deux dernières semaines, j'ai essayé de me représenter à quoi ressemble réellement l'enfant que j'attends :

<input type="checkbox"/>	A peu près tout le temps
<input type="checkbox"/>	Très souvent
<input type="checkbox"/>	Souvent

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros de dossier :

- Occasionnellement  
 Pas du tout
- 6) Au cours des deux dernières semaines, j'ai pensé au bébé le plus souvent comme :
- Une petite personne réelle avec des caractéristiques particulières  
 Un bébé comme n'importe quel bébé  
 Un être humain  
 Une chose vivante  
 Une chose pas réellement vivante encore
- 7) Au cours des deux dernières semaines, j'ai senti que l'enfant que j'attends dépend de moi pour son bien-être :
- Totalement  
 Beaucoup  
 Modérément  
 Légèrement  
 Pas du tout
- 8) Au cours des deux dernières semaines, je me suis surprise à parler à mon enfant quand je suis toute seule : (R)
- Jamais  
 Occasionnellement  
 Fréquemment  
 Très fréquemment  
 Presque tout le temps dès que je suis seule
- 9) Au cours des deux dernières semaines, quand j'ai pensé (ou parlé) à l'enfant que j'attends, mes pensées :
- Ont été toujours tendres et aimantes  
 Ont été le plus souvent tendres et aimantes  
 Ont été un mélange de tendresse et d'irritation  
 Contenaient une large part d'irritation  
 Contenaient beaucoup d'irritation
- 10) L'image que je me fais de l'enfant tel qu'il est réellement aujourd'hui est :
- Très claire  
 À peu près claire  
 Assez vague  
 Très vague  
 Je n'ai pas d'idée du tout

Nom :

Date :

Numéros de dossier :

Prénom :

11) Au cours des deux dernières semaines, quand j'ai pensé à l'enfant que j'attends, mes sentiments ont été : (R)

- |                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très tristes                       |
| <input type="checkbox"/> | Modérément tristes                 |
| <input type="checkbox"/> | Un mélange de joie et de tristesse |
| <input type="checkbox"/> | Modérément joyeux                  |
| <input type="checkbox"/> | Très joyeux                        |

12) Certaines femmes enceintes sont parfois si irritées par l'enfant qu'elles attendent qu'elles s'imaginent qu'elles pourraient lui faire du mal ou le punir.

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je ne peux pas imaginer ressentir ça un jour                                  |
| <input type="checkbox"/> | Je peux imaginer que je pourrais ressentir ça, mais ça ne m'est jamais arrivé |
| <input type="checkbox"/> | J'ai moi-même ressenti ça une fois ou deux                                    |
| <input type="checkbox"/> | Je ressens moi-même cela parfois  |
| <input type="checkbox"/> | Je ressens cela souvent   |

13) Au cours des deux dernières semaines, du point de vue émotionnel, je me suis sentie : (R)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Très distante de mon bébé               |
| <input type="checkbox"/> | Modérément distante de mon bébé         |
| <input type="checkbox"/> | Pas particulièrement proche de mon bébé |
| <input type="checkbox"/> | Modérément proche de mon bébé           |
| <input type="checkbox"/> | Très proche de mon bébé                 |

14) Au cours des deux dernières semaines, j'ai fait attention à ce que j'ai mangé pour être sûre que le bébé reçoive une bonne alimentation : (R)

- |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout                          |
| <input type="checkbox"/> | Une ou deux fois lorsque je mangeais |
| <input type="checkbox"/> | Parfois quand je mangeais            |
| <input type="checkbox"/> | Assez souvent quand je mangeais      |
| <input type="checkbox"/> | Tout le temps quand je mangeais      |

15) Quand je verrai mon enfant pour la première fois, je pense que je ressentirai :

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Une affection intense                       |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt de l'affection                       |
| <input type="checkbox"/> | Je n'aimerai pas un ou deux aspects du bébé |
| <input type="checkbox"/> | Je n'aimerai pas quelques aspects du bébé   |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt de l'aversion                        |

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros de dossier :

16) Quand il sera né, je voudrais tenir le bébé dans mes bras :

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Immédiatement  |
| <input type="checkbox"/> | Après qu'on l'ait emmailloté dans une couverture             |
| <input type="checkbox"/> | Après qu'on l'ait lavé                                       |
| <input type="checkbox"/> | Après quelques heures pour que les choses se soient apaisées |
| <input type="checkbox"/> | Le jour suivant  |

17) Au cours des deux dernières semaines, j'ai rêvé de grossesse ou de bébé : (R)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout              |
| <input type="checkbox"/> | Occasionnellement        |
| <input type="checkbox"/> | Fréquemment              |
| <input type="checkbox"/> | Très fréquemment         |
| <input type="checkbox"/> | Presque toutes les nuits |

18) Au cours des deux dernières semaines, je me suis surprise à sentir ou caresser mon ventre à l'endroit où le bébé se trouve :

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Plusieurs fois chaque jour |
| <input type="checkbox"/> | Au moins une fois par jour |
| <input type="checkbox"/> | Occasionnellement          |
| <input type="checkbox"/> | Une fois seulement         |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout                |

19) Si la grossesse s'arrêtait maintenant (à cause d'une fausse couche, ou d'un autre événement accidentel) sans douleur ou blessure pour moi, je suppose que je me sentirai : (R)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Très contente  |
| <input type="checkbox"/> | Modérément contente  |
| <input type="checkbox"/> | Neutre (ni triste ni contente ; ou des sentiments mitigés) |
| <input type="checkbox"/> | Modérément triste  |
| <input type="checkbox"/> | Très triste  |

Annexe 9: Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA)

N° Dossier .....

Date : .....

**Questionnaire d'Évaluation sur le Vécu de l'accouchement (Q.E.V.A)**

Ce questionnaire porte sur le vécu de l'accouchement, lisez chacun des énoncés et répondez ce qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
<b>D'une façon générale</b>				
1- Je me sentais inquiète				
2- je me sentais en sécurité				
3- je me sentais confiante				
4- L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante				
5- Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi				
6- Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait				
7- Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant				
8- Mon accouchement est un moment qui m'a traumatisé.				
9- Pendant l'accouchement, j'ai vraiment eu peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés				
<b>Immédiatement après la naissance</b>				
10- J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante				
11- J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie				
12- Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher				
<b>A ce jour, un mois après l'accouchement</b>				
13- Je suis fière de moi				
14- J'ai des regrets				
15- J'ai un sentiment d'échec				

Annexe 10: Edimbourg Post-Partum Dépression Scale (EPDSp)

Nom :  
Prénom :

Date

Numéros de dossier :

**EPDS**  
(Version post-natale)

Vous venez d'avoir un bébé, nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie sur la semaine qui vient de s'écouler (c'est à dire sur les 7 derniers jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement sur aujourd'hui.

Au cours des derniers 7 jours :

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout-à-fait autant
- Beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir**

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude
- Pratiquement pas

**3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons**

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Nom :  
Prénom :

Date

Numéros de dossier :

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

**10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal**

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Annexe 11 : Post-Partum Bonding Questionnaire (PBQ)

Nom :  
Prénom :

Date :

Numéros de dossier

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Consigne : Veuillez cocher d'une croix la réponse la plus proche de ce que vous éprouvez vis-à-vis de votre enfant.

1- Je me sens proche de mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
2- Je regrette le temps où je n'avais pas d'enfant	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
3- Je me sens distante de mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
4- J'aime cajoler mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
5- Je regrette d'avoir eu mon enfant	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
6- Le bébé ne semble pas être le mien	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
7- Mon bébé me « tape sur le système »	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
8- J'aime un peu mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
9- Je me sens heureuse quand mon bébé sourit ou rit	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
10- Mon bébé m'irrite	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
11- Je prends plaisir à jouer avec mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
12- Mon bébé pleure trop	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
13- Je me sens prisonnière de mon rôle de mère	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
14- Je suis en colère contre mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
15- J'en veux à mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais

Nom : Prénom :	Date :			Numéros de dossier		
16- Mon bébé est le plus beau bébé du monde	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
17- J'aimerais que d'une façon ou d'une autre mon bébé s'en aille	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
18- J'ai fait des choses nuisibles à mon enfant	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
19- Mon bébé me rend anxieuse	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
20- J'ai peur de mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
21- Mon bébé m'ennuie	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
22- Je me sens à l'aise en m'occupant de mon enfant	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
23- Il me semble que la seule solution serait que quelqu'un d'autre s'occupe de mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
24- Il me semble que je fais du mal à mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
25- Il est facile de réconforter mon bébé	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais

**RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PARTICIPANT**

J'atteste avoir bien lu et pris connaissance des informations relatives à ma participation à la recherche intitulée « **Les symptômes de stress post-traumatique dans les suites d'un accouchement modifient-ils l'investissement de la mère dans le lien à son enfant ?** » exposées par écrit sur les pages précédentes et avoir été informé(e) de l'objectif de cette recherche par l'investigateur, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'ai obtenu toutes les réponses aux questions que je lui ai posées.

- J'ai bien compris les contraintes qui seront les miennes au cours de ma participation à **cette recherche qui durera maximum 4 mois soit deux temps d'évaluation d'environ une heure.**
- **J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation** à cette recherche impliquant la personne humaine.
- J'ai pris connaissance des risques prévisibles et je suis consciente que ma participation pourra être interrompue par l'investigateur.
- J'ai été informée que pour toute anomalie détectée au cours de la recherche et concernant ma santé, j'en serai avertie via le médecin de mon choix sauf si je m'y oppose.
- **J'ai été avisé(e) qu'aucune indemnisation n'est prévue** pour cette recherche
- J'ai compris que **je peux retirer à tout moment mon consentement** de participation à cette recherche quelles que soient mes raisons et sans avoir à m'en justifier, sans supporter aucune responsabilité et sans encourir aucun préjudice. J'en informerai simplement le médecin investigateur \_\_\_\_\_
  
- J'ai bien noté que **mon droit d'accès à mes données**, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'exerce à tout moment auprès de l'investigateur qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigateur.

**CONSENTEMENT RELATIF AUX DONNEES PERSONNELLES**

J'accepte que les données me concernant, enregistrées à l'occasion de cette recherche, y compris les données portant sur mes habitudes de vie / mes origines ethniques soient utilisées dans le cadre de la recherche.

J'accepte également que l'ensemble de mon dossier médical puisse être consulté par les personnes habilitées dans le cadre de cette recherche, dans le respect de la confidentialité de mes données et de mon identité.

**A compléter de la main de la personne donnant son consentement :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom)  
accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite. Mon  
consentement ne décharge en rien l'investigateur ou son représentant désigné et  
le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits  
garantis par la loi.

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

—  
Signature du participant

**A compléter par l'investigateur ou son représentant désigné :**

Je soussigné (e), Interne en médecine, Madame  
\_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) confirme avoir expliqué le  
but et les modalités de cette recherche ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage  
à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect  
des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.  
Nom du service : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

—  
Signature de l'investigateur  
ou de son représentant  
désigné

**Consignes :**

Etablir le document en deux exemplaires originaux.

Exemplaire participant : à remettre à la personne se prêtant à la recherche

Exemplaire investigateur : à conserver par l'Investigateur pendant la durée légale de  
conservation des documents de la recherche.

annexe 13 : Avis du Comité d'Éthique.



CENTRE HOSPITALIER  
Henri Laborit

**Comité d'Éthique**

Tél. : 05 49 44 57 01  
Fax : 05 49 44 57 33

direction.generale@ch-poitiers.fr

**Centre hospitalier Laborit**  
370 avenue Jacques Cœur  
CS 10587 - 86021 Poitiers cedex  
Tél. 05 49 44 57 57  
[www.ch-poitiers.fr](http://www.ch-poitiers.fr)

Poitiers, le 1<sup>er</sup> mars 2019

**Objet** : Avis du Comité d'Éthique  
**N/Réf.** : BP/DJ/FB – 01-2019

Madame,

Nous vous remercions pour la présentation de votre recherche « Les syndromes de stress post-traumatique dans les suites d'un accouchement modifient-ils l'investissement de la mère dans le lien à son enfant ? » (sous la direction des Drs ADDES et VOYER) devant le Comité d'Éthique du CH Henri LABORIT qui a siégé le 23 janvier 2019.

Nous vous rappelons que le Comité d'Éthique, comme l'indique son Règlement Intérieur, définit l'éthique comme des questionnements dans les pratiques de soins, une réflexion donc ouverte, collective et indicative ; il n'a donc pas compétence sur les aspects scientifiques et cliniques de votre recherche.

Les membres du Comité d'Éthique tiennent à vous remercier pour votre présentation scientifique et la qualité éthique de vos réponses. Ils s'interrogent, tout au plus, sur les quatre dilemmes éthiques suivants :

- Comment le consentement peut-il être justifié avant la recherche ?
- Concernant l'évaluation par les auto-questionnaires, comment prendre en compte à la fois la durée et la fatigue des femmes ?
- Comment finit le second rendez-vous ? Il nous semble pertinent de le préciser à l'écrit ;
- Concernant le stockage des données, vous indiquez le faire par papier ; il serait primordial de préciser à l'écrit la procédure d'élimination de ces papiers.

Nous restons bien évidemment à votre entière disposition et vous souhaitons une réussite dans la réalisation de votre recherche et dans de futures publications.

**AVIS FAVORABLE. Fait pour valoir ce que de droit.**

Veuillez croire, Madame, en la considération de tous les membres du Comité d'Éthique du CH Henri LABORIT.

Le Président du Comité d'Éthique du  
CH Henri Laborit,

  
Benoît RAIN

Copies transmises pour information à :  
- Dr ADDED, co-Directeur de thèse  
- Dr VOYER, co-Directeur de thèse  
- les membres du Comité d'Éthique



UNIVERSITE DE POITIERS

## Faculté de Médecine et de Pharmacie



### SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

