HAL
open science

Etat de Stress Postraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing)

Astrid Krings - George

To cite this version:

Astrid Krings - George. Etat de Stress Postraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing). Psychologie. Université de Lorraine, 2013. Français. NNT : 2013LORR0339 . tel-01751034

HAL Id: tel-01751034

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01751034v1

Submitted on 29 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

THESE

EN VUE DE L'OBTENTION DU

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

DELIVREE PAR L'UNIVERSITE DE LORRAINE (METZ)

DISCIPLINE : PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue par Astrid C. U. KRINGS-GEORGE

Le 1er Juillet 2013

Titre :

Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement:
Nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Ecole doctorale :

PIEMES

Unité de recherche :

APEMAC EA 4360 EPSAM, Equipe de Psychologie de la santé, Metz.

Directrice de thèse :

Elisabeth SPITZ, Professeur de Psychologie de la Santé, **Université de Lorraine.**

Rapporteurs :

Anne-Marie ETIENNE, Professeur de Sciences Psychologiques, **Université de Liège.**

Henri CHABROL, Professeur de Psychopathologie, **Université Toulouse II Le Mirail.**

Autres membres du jury:

Derek FARELL, Senior Lecturer in Psychology, **University of Worcester, UK.**

France HAOUR, Directrice de Recherche honoraire, **INSERM, Paris.**

Catherine GHARAVI, Médecin, Gynécologue-Obstétricienne**, Metz.**

Président du jury :

Cyril TARQUINIO, Professeur de Psychologie Clinique et de la Santé, **Université de Lorraine.**

Résumé

Un vécu traumatique de l'accouchement et ses conséquences représentent un problème majeur souvent sous-estimé pour la santé de la femme (Ayers, 2004). Certaines femmes peuvent développer après leur accouchement un état de stress post-traumatique (ESPT). Une prévalence moyenne de 2% de femmes qui manifestent un ESPT postpartum est reconnu et un tiers des femmes présentent des symptômes cliniquement significatifs d'un ESPT (revue de la littérature Olde et *al*., 2006 ; Denis & Callahan, 2009).

Partie 1 : une étude longitudinale quantitative avec quatre temps d'évaluation (fin de grossesse et 2, 6, 12 mois postpartum) a été menée auprès de 400 femmes. **A deux mois** postpartum 163 femmes ont répondu aux questionnaires, 32 femmes (19,6%) présentent des symptômes d'un ESPT suite à l'accouchement. **A six mois postpartum**, 97 femmes ont poursuivi l'étude et 11 présentent des symptômes d'ESPT (11,5%). L'analyse longitudinale et multifactorielle a montré des différences significatives entre le groupe des femmes « ESPT postpartum » et le groupe témoin concernant le sentiment d'auto-efficacité, les stratégies de coping et la qualité de vie. **A douze mois postpartum,** 80 femmes ont répondu aux questionnaires, 13 d'entre elles (16,5%) présentent des symptômes d'un ESPT postpartum. Une analyse de régression linéaire indique que les antécédents obstétricaux-gynécologiques, la présence d'affects dépressifs en prépartum et l'utilisation de la stratégie de coping d'auto-blâme ainsi que la difficulté à réinterpréter les situations de manière positive en postpartum (T2) prédisent l'apparition de symptômes d'ESPT postpartum à un an. Les résultats de l'analyse de médiation montrent un effet de la stratégie de coping auto-blâme (T2) sur la relation entre la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante à T2 et le score d'ESPT à un an postpartum (T4).

Partie 2 : une étude qualitative a été menée afin de connaître les représentations des soignants sur le développement d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement à l'aide une étude par entretiens. Indépendamment, un protocole de prise en charge des femmes présentant un ESPT consécutif à l'accouchement a été élaboré afin d'évaluer l'effet d'une prise en charge psychothérapeutique (thérapie EMDR) chez ces femmes en souffrance.

Conclusion : les résultats de cette étude confirment la présence d'un ESPT postpartum chez un certain nombre de femmes. A partir de ces résultats, une réflexion clinique est proposée sur les améliorations possibles de la prise en charge des femmes souffrant d'un ESPT suite à l'accouchement.

Mots clés : ESPT, pré et postpartum, qualité de vie, coping, EMDR, soignants

Abstract

A traumatic birth experience and its consequences are representing a major health issue in women, much too often underestimated (Ayers, 2004). However some women develop posttraumatic stress disorder (PTSD) following childbirth. Prevalence is estimated about 2% of women presenting postpartum PTSD, one third present clinically significant symptoms of PTSD (2 reviews: Olde et *al*., 2006; Denis & Callahan, 2009).

Part 1: A quantitative longitudinal study was carried out within 400 women and with four times of evaluation (late pregnancy and 2, 6, 12 month postpartum. **At 2 month postpartum**, 163 women answered the questionnaire, 32 women (19.6%) presented symptoms of PTSD postpartum. **At six month postpartum**, 97 women were followed and 11 presented symptoms of PTSD (16.5%). Multifactor and longitudinal analysis showed significant differences between women within "PTSD group" or "control group" in relation to self-efficacy, coping and quality of life. **At twelve month postpartum, 80** women answered questionnaire, 11 presented symptoms of PTSD (11.5%). Regression analysis indicates gynecological or obstetrical history, presence of prepartum depression and coping strategies such as blame and difficulties in positive re-interpretation of a given situation as predicting postpartum PTSD symptoms. The effect of perception of support for autonomy provided by health professionals on the score of PTSD at one year following birth is mediated by using coping strategy "blame" at T2.

Part 2: Our qualitative study was implemented in order to understand health professionals perception of the postpartum PTSD development. Qualitative interviews were conducted. Furthermore, a research protocol was elaborated for a treatment of women presenting PTSD following childbirth and for evaluating the effects of psychotherapy (EMDR treatment).

Conclusion: These results confirm the presence of postpartum PTSD in some women. Following these results, clinical implications are offered to improve the provided health care.

Key words: PTSD, pre and postpartum, quality of life, coping, EMDR, health professionals

SOMMAIRE

I. CADRE THEORIQUE…….. 2

1. L'accouchement et la période périnatale : Aspects physiologiques et psychologiques……... 2

1.1. Aspects physiologiques…… 2

1.2. La natalité en France…… 5

1.3. Aspects psychologiques…….. 7

1.3.1. Devenir mère…… 7

1.3.2. Vécu de l'accouchement…….. 10

1.3.3. Troubles psychopathologiques en période postpartum…… 10

1.3.3.1. Le *baby-blues*…….. 11

1.3.3.2. La dépression du postpartum…… 12

1.3.3.3. Psychose puerpérale…… 12

2. Etat de stress post-traumatique (ESPT)…….. 13

2.1. Nosologie……..... 13

2.2. Approches catégorielles du traumatisme…… 15

2.3. Prévalence de l'ESPT ……. 15

2.4. Evolution de l'ESPT……..….. 16

2.5. Comorbidité……. 17

2.6. Prise en charge psychothérapeutique de l'ESPT…… 17

2.6.1. Les thérapies psychodynamiques…… 17

2.6.2. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)…….. 17

2.6.3. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)……... 18

2.6.3.1. Mécanisme…….. 19

2.6.3.2. Efficience…… 21

2.6.4. Résumé du protocole et déroulement de la procédure…….. 24

3. L'Etat de Stress posttraumatique suite à l'accouchement……... 28

3.1. L'accouchement comme un événement traumatique ?..... 28

3.2. Fréquence d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement…… 29

3.3. Facteurs de risque d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement…….. 31

3.3.1. Les facteurs de risque prépartum…….. 32

3.3.2. Les facteurs de risque périnataux……. 33

3.4. Conséquences de l'ESPT suite à l'accouchement…… 37

3.5. Interventions psychothérapeutiques…… 37

II. PROBLÉMATIQUE……..... 39

III. METHODOLOGIE…… 42

1. Population…… 42

2. Mesures……... 43

2.1. Evaluation prépartum…….. 43

2.1.1. Fiche anamnestique…….. 43

2.1.2. Etat de stress posttraumatique…… 43

2.1.3. Dépression anténatale……... 44

2.1.4. Anxiété…… 45

2.1.5. Auto-efficacité…….. 45

2.1.6. Stratégies d'adaptation (*Coping strategies*)…… 46

2.1.7. Qualité de vie…… 49

2.2. Evaluation postnatale……... 49

2.2.1. ESPT postnatal–mesure spécifique…….. 49

2.2.2. Dépression postnatale……... 50

2.2.3. Relation avec les soignants…….. 50

3. Procédure…… 51

4. Cadre institutionnel et financement……. 52

5. Déontologie de la recherche…… 53

6. Traitement des données……... 53

IV. RESULTATS……..... 55

1. Description de la population : femmes enceintes (T1)…… 55

1.1. Résumé…… 56

1.2. Discussion…… 57

2. Etat de stress post-traumatique - Etude transversale à deux mois postpartum…… 58

2.1. Préambule : Précisions sur le groupe des femmes présentant un risque d'ESPT postpartum…….. 58

2.2. Description de la population à deux mois postpartum…… 59

2.3. Etude transversale : Comparaison des évaluations des femmes sans et avec symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum……... 61

2.3.1. Comparaison des 2 groupes (avec ou sans symptômes d'un ESPT) concernant les variables de l'évaluation prépartum……. 61

2.3.2. Comparaison des 2 groupes (avec ou sans symptômes d'un ESPT) concernant les variables lors de l'évaluation postpartum……. 62

2.3.3. Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin……. 62

2.3.4. Comparaison des moyennes aux échelles de qualité de vie entre le groupe des femmes présentant des symptômes d'ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin……. 62

2.4. Analyses des facteurs prédictifs d'un ESPT à deux mois postpartum……. 63

2.5. Analyse d'un effet médiateur de la perception du soutien de l'équipe soignante sur la relation entre le sentiment d'auto-efficacité et le développement d'un ESPT à deux mois postpartum……... 65

2.6. Résumé des résultats de l'étude transversale : Comparaison des évaluations des femmes sans et avec symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum……... 66

2.7. Discussion…… 66

3. Etude longitudinale (T1, T2, T3)……. 72

3.1. Description de la population à six mois postpartum…… 72

3.2. Etude longitudinale…….. 73

3.2.1. L'auto-efficacité……... 73

3.2.2. Stratégies de *coping*……. 74

3.2.3. Qualité de vie…… 86

3.3. Résumé…… 94

3.4. Discussion…… 94

4. Etat de stress post-traumatique un an après l'accouchement…….. 96

4.1. Description de la population…… 96

4.2. Etude transversale à un an postpartum : comparaison entre les femmes présentant un ESPT à un an postpartum suite à l'accouchement et le groupe témoin concernant les moyennes aux échelles de stratégies de coping et aux échelles de qualité de vie. …….. 97

4.2.1. Stratégies de *coping* à un an postpartum…… 97

4.2.2. Qualité de vie à un an postpartum 98

4.3. Régression : analyses des facteurs prédictifs d'une symptomatologie d'ESPT à un an postpartum……. 99

4.4. Effet de médiation des stratégies de coping entre la perception du soutien par l'équipe soignante et le risque ESTP à un an postpartum……. 100

4.5. Résumé……..... 100

4.6. Discussion ……... 103

5. Recherche qualitative « ACCOUSOIN »…… 104

6. Le Protocole ACCOUNOVA……. 118

7. L'étude « follow up » EMDR…… 122

V. PRESENTATIONS CLINIQUES…… 123

1. Le protocole au défi de la pratique ……. 123

2. Présentation de cas : Madame A. ……... 123

3. Présentation de cas: Madame B. …… 127

4. Discussion …….. 128

VI. PERSPECTIVES…… 130

1. Un premier objectif de cette recherche était de poursuivre les études autour du développement d'un ESPT postnatal en Lorraine de façon quantitative…… 130

2. Un deuxième objectif de cette recherche était d'élaborer un protocole de prise en charge des femmes présentant un ESPT consécutif à l'accouchement, afin d'évaluer l'effet d'une prise en charge psychothérapeutique (thérapie EMDR) des femmes en souffrance…….. 132

BIBLIOGRAPHIE…… 132

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Enquête national en périnatalité (p. 7)

Tableau 2 - Prévalence d'un ESPT postpartum (études quantitatives entre 1997 et 2012) (p. 31)

Tableau 3 - Informations sociodémographiques, antécédents (psychologiques et obstétricaux) (p. 54)

Tableau 4 - Mode de délivrance (N= 121) (p. 59)

Tableau 5 - Vécu de l'accouchement (N=162) (p. 59)

Tableau 6 - Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de 32 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin (120 femmes) (p. 62)

Tableau 7 - Comparaison des moyennes aux échelles de Qualité de vie entre le groupe de 32 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à 2 mois postpartum et le groupe témoin (N = 127 à 129 en fonction des données manquantes) (p. 63)

Tableau 8 - Régression linéaire - facteurs prédictifs d'un ESPT postpartum (p. 63)

Tableau 9 - *Médiation* - le rôle prédictif du sentiment de l'auto-efficacité et du soutien des soignants *pour prédire des* symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum (p. 64)

Tableau 10 - Moyennes des scores d'auto-efficacité à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (ESPT postpartum versus témoin) (p. 71)

Tableau 11 - Moyennes des scores aux stratégies de coping à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (groupe ESPT postpartum) (p. 72)

Tableau 12 - Moyennes des scores de la qualité de vie à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (ESPT postpartum) (p. 83)

Tableau 13 - Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de 13 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à un an postpartum et le groupe témoin (66 femmes) (p. 94)

Tableau 14 - Comparaison des moyennes aux échelles de Qualité de vie entre le groupe de 13 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à un an postpartum et le groupe témoin (66 femmes) (p. 95)

Tableau 15 - Régression - prédicteurs d'une symptomatologie d'un ESPT à un an postpartum (p. 96)

Tableau 16 - Médiation par le blâme sur la relation entre le prédicteur (la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante) et le critère (score à l'échelle PPQ) à 12 mois postpartum (p. 98)

Figure 1 - Modèle intégratif des mécanismes d'action de l'EMDR dans l'ESPT, selon Gunter & Bodner (2009) (p. 21)

Figure 2 - Modèle Slade, 2006 (p. 36)

Figure 3 - Design longitudinal (p. 51)

Figure 4 - Perception du soutien de l'équipe soignante comme médiateur de la relation entre l'auto-efficacité sur le score PPQ (ESPT) à 2 mois postpartum (p. 65)

Figure 5 - Évolution du sentiment d'auto-efficacité en fonction du temps et du groupe (ESPT vs groupe témoin) (p. 71)

Figure 6 - Évolution des moyennes de soutien instrumental en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 73)

Figure 7 - Évolution des moyennes de soutien émotionnel en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 74)

Figure 8 - Évolution des moyennes de l'expression des sentiments en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. (75)

Figure 9 - Évolution des moyennes d'acceptation en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 76)

Figure 10 - Évolution des moyennes du déni en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 77)

Figure 11 - Évolution des moyennes du blâme en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 78)

Figure 12 - Évolution des moyennes de la religion en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 79)

Figure 13 - Évolution des moyennes de la distraction en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 80)

Figure 14 - Évolution des moyennes de l'utilisation des substances en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 81)

Figure 15 - Évolution des moyennes de la réinterprétation positive en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 82)

Figure 16 - Évolution du score de fonctionnement physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 84)

Figure 17 - Évolution du score de limitations dues à l'état physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 85)

Figure 18 - Évolution du score de douleur physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 86)

Figure 19 - Évolution du score de santé mentale en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 87)

Figure 20 - Évolution du score de limitations dues à l'état affectif en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 88)

Figure 21 - Évolution du score de fonctionnement social en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 89)

Figure 22 - Évolution du score de vitalité en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin) (p. 90)

Figure 23 - Médiation - La stratégie de coping auto-blâme comme médiateur de la relation entre la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante à T2 et le score PPQ (ESPT) à un an postpartum (p. 98)

Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement:
Nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR
(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

I. CADRE THEORIQUE

1. L'accouchement et la période périnatale : Aspects physiologiques et psychologiques

Lors de la mise au monde d'un enfant, la langue française permet de distinguer deux événements : l'accouchement et la naissance d'un enfant. Plus précisément, il faudrait dire que l'accouchement a comme objectif la naissance d'un enfant. Si cet événement était uniquement physiologique, comme l'a déjà remarqué H. Deutsch (1975), pourquoi attire-t-il autant l'attention, pourquoi est-il chargé de tant de rituels et pourquoi est-il désigné dans les représentations collectives comme « le jour le plus heureux dans la vie d'une femme ». Ci-dessous, les aspects physiologiques, psychologiques et psychopathologiques s'y rapportant seront brièvement présentés.

1.1. Aspects physiologiques

Afin de résumer le processus d'un accouchement normal, sans particularité pathologique, l'ouvrage d'obstétrique de Merger *et al.* 1995 nous a été très utile. « L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (…) » (Merger *et al.*, 1995, p.135). A la fin de ce paragraphe, le Tableau 1 présente les caractéristiques de l'accouchement en France issues de l'enquête nationale périnatale publiée en Mai 2011. Une mise à jour présentera les derniers chiffres publiés par l'INSEE[1] en 2013.

L'accouchement *à terme*, se produit entre le début de la 38e semaine et la fin de la 42e semaine de grossesse. Avant la 37e semaine de grossesse, il est *prématuré*.

L'accouchement est nommé *spontané*, lorsqu'il se déclenche lui-même, sans intervention extérieure et *provoqué*, s'il survient consécutivement à une intervention

1 Source : TEF, édition 2013, www. insee.

externe. Lorsque les interventions externes ne sont opérées pas dans un but thérapeutique, sans indications médicales dues à une pathologie, alors il est appelé *programmé*.

Par accouchement *naturel,* on entend un accouchement sous l'influence de la physiologie ; sinon il est *dirigé,* ou *artificiel*, s'il y a eu une intervention manuelle ou instrumentale. Quand l'accouchement s'est déroulé de manière physiologique, c'est un accouchement *eutocique*. Il sera appelé *dystocique*, suite à la survenue d'une anomalie entravant le processus normal de l'accouchement.

Le déroulement de l'accouchement comprend trois phases : le travail (la dilatation et l'effacement du col) ; l'expulsion (la sortie du fœtus) ; la délivrance (la sortie des annexes).

i. Le travail est caractérisé par deux phénomènes : l'effacement et la dilatation du col. Cette première période est marquée par l'apparition des contractions utérines et se termine lorsque la dilatation du col est complète. Les contractions utérines ont comme caractéristiques d'être involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée et leur intensité et douloureuses. Leurs effets sont essentiels pour l'ouverture du col de l'utérus, puis pour pousser l'enfant vers le bas. Le bébé, guidé par les contractions s'apprête à l'engagement et à la descente dans le bassin de la mère.
ii. La sortie de l'enfant est nommée expulsion et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. L'expulsion se fait en deux phases : l'achèvement de la descente et l'expulsion.
iii. La délivrance, cette dernière phase de l'accouchement, comprend l'expulsion du placenta et des membranes. Son évolution est réglée par la dynamique utérine en trois phases successives : le décollement du placenta, l'expulsion du placenta et l'hémostase.

En milieu hospitalier, suite à l'accouchement, une surveillance de deux heures de la parturiente, en salle de naissance est obligatoire. Elle porte surtout sur l'écoulement sanguin, la rétraction de l'utérus, le pouls et la tension artérielle.

La grande majorité des femmes accouche de manière « naturelle », par voie basse. En général, la femme est soutenue par la sage-femme surtout pendant les deux dernières phases de l'accouchement. Parfois une intervention obstétricale est nécessaire, dans une situation dite pathologique. Deux types d'interventions obstétricales peuvent être distingués : l'intervention obstétricale par voie basse (ruptures des membranes, épisiotomie, forceps, ventouse et spatules, grande extraction du siège, version par manœuvres externes, délivrance artificielle), ou par voie haute (césarienne). L'obstétricien prend les décisions selon des indications médicales précises (pour consulter les indications, voir par exemple, Merger *et al.*, 1995 ; ou site HAS).

Dans le cadre de notre recherche, seulement trois interventions seront brièvement introduites : l'extraction instrumentale avec forceps, avec ventouse et la césarienne.

L'extraction instrumentale avec forceps (« cuillères »)

Selon Merger et al. (1995, p. 494) « le forceps est un instrument de préhension, d'orientation, de traction, destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelle. ». Il est alors utilisé durant l'accouchement par voie basse afin d'accélérer la naissance. La pose et la traction diffèrent selon le type de forceps. Les indications sont la souffrance fœtale, une prolongation de la durée d'expulsion, la taille de la tête du bébé, l'état de la mère, une éclampsie ou une cicatrice de césarienne antérieure.

L'extraction instrumentale avec ventouses

Egalement utilisés au cours de l'accouchement par voie basse, ce sont des instruments de flexion céphalique, de traction et de rotation induite. Les indications sont comparables à celles des forceps (souffrance fœtale de dégagement, tête sur le périnée, état de la mère, période d'expulsion prolongée ou inefficace).

La césarienne

Dérivée du verbe latin *caedere* (couper), la césarienne est une incision chirurgicale au niveau de l'abdomen, permettant d'extraire un nouveau-né de l'utérus maternel. Deux sortes de césarienne peuvent être distinguées : la césarienne décidée à l'avance, dite *césarienne programmée,* elle sera effectuée avant l'entrée en période de travail ; elle s'oppose à la *césarienne en cours de travail*, réalisée durant le travail, souvent imprévue et parfois à caractère d'urgence (aussi appelé *césarienne en urgence*). En France, près

d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne; dans presque la moitié des cas, la césarienne est programmée. Après l'épisiotomie, la césarienne est l'intervention obstétricale la plus fréquente.

Les suites de couches

Consécutive à l'accouchement débute la période des suites de couches, qui s'étend environ sur six semaines postpartum. Elle se termine par le retour de la menstruation, sauf dans le cas d'aménorrhée physiologique des nourrices. Durant cette période, l'organisme retrouve son état de non gravidité et le retour de l'ovulation ouvre la possibilité d'une nouvelle grossesse. Les suites de couches sont marquées par cette configuration d'état corporel hors grossesse et par l'établissement de la lactation. Cette période est ainsi marquée par des processus de changement et d'adaptation physiologique.

Les possibles pathologies physiologiques de la période postnatale ne seront pas discutées ici, par contre le sous-chapitre 1.3 traitera des psychopathologies du postpartum.

1.2. La natalité en France

Selon le dossier de presse du 11 décembre 2009 publié par EUROPERISTAT[2] la France est le seul pays européen qui ne dispose pas de données systématiques pour toutes les naissances, il n'existe pas de registre de naissances exhaustif. En revanche, la France a des données de bonne qualité à partir des Enquêtes nationales périnatales (1995, 1998, 2003, 2011).

En 2012, 822 000 enfants sont nés en France, dont 792 000 en métropole. Il peut être constaté un léger recul du nombre des naissances par rapport aux quatre années précédentes. Ceci est expliqué dans le rapport de l'INSEE par un « double effet » : la diminution du nombre de femmes en âge de procréer et la stabilité de leur fécondité[3].

[2] Source : Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe

[3] Définition du taux de fécondité : 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.(INSEE)

De plus l'âge des femmes lorsqu'elles accouchent de leur premier enfant est de 28 ans. L'âge moyen des mères ayant accouché en 2012 atteint 30,1 ans (primipares ou non) et continue ainsi d'augmenter. La fécondité des femmes les plus âgées augmente : 6,6% enfants en 2012 contre 5,2 enfants en 2002 pour 100 femmes de 35 à 39 ans.

En 2011, l'Irlande a le taux de fécondité le plus élevé au niveau européen avec 2,05 enfants par femme (moyenne de UE 27 est 1,59 enfant par femme). L'âge moyen des femmes lors de l'accouchement a également atteint 30 ans au niveau européen.

Par la suite, seront présentés les résultats de la dernière enquête nationale périnatale de 2011 sur les naissances en 2010. Cette étude a été mise en œuvre par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et l'Unité de Recherches épidémiologiques en Santé périnatale et Santé des femmes et des Enfants (Unité 953) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), avec la participation des services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant un laps de temps équivalent à une semaine, si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches. L'enquête a eu lieu en mars 2010. L'échantillon comprenait 15 418 enfants et 15 187 femmes, dont 14 903 enfants et 14 681 femmes en métropole.

Enquête nationale PERINATALITE (2010)		
	n	**%**
Présentation		
céphalique	14 031	94,7
siège	690	4,7
autre	94	0,6
Début du travail (2)		
spontané	9 720	66,5
déclenché	3 312	22,7
césarienne	**1 592**	**10,9**
Mode d'accouchement (1)		
voie basse non opératoire	9 857	66,9
forceps	580	3,9
spatules	421	2,9
ventouse	782	5,3
césarienne	3 089	21
Accouchement par		
obstétricien	6 003	42,2
sage-femme	7 732	55,8
autre personne	288	2,1
Si voie basse non opératoire, accouchement par		
obstétricien,	1 653	17,8
sage-femme	7 394	79,7
autre personne	235	2,5

Tableau 1 : Enquête national en périnatalité

1.3. Aspects psychologiques

1.3.1. Devenir mère

Les aspects psychologiques de l'accouchement, ne peuvent être dissociés de la période périnatale et du processus associé « Devenir mère ». Pour, Winnicott (1969) le terme de mère « normalement folle » est dû à leur hypersensibilité autour de la naissance et concerne leur état d'hypervigilance par rapport au nourrisson. Monique Bydlowski (1991) introduira le concept de la « transparence psychique » pour décrire les caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse.

Les approches psychanalytiques et psychodynamiques ont proposé de très nombreuses conceptualisations autour de cette crise développementale « normale » dans la vie d'une femme. La théorie de Racamier (1961) sur « maternalité » et les travaux de Lebovici

(2003), Missonier (2003), Bydlowski (2000 ; 2002) ont contribué à l'illustration du cheminement féminin vers la maternité.

La psychologie développementale décrit la grossesse et la naissance du premier enfant comme une situation de crise développementale pour la femme car cette période implique des changements intenses et irréversibles au niveau corporel et psychosocial (Langer, 2004 ; Gloger-Tippelt, 1988 cité selon Dorn, 2003). Dans ce sens Filip (1990), répertorie la grossesse et l'accouchement dans les événements majeurs de la vie (*life events*). Un événement majeur de la vie peut être défini comme « le changement dans la situation de vie de la personne ». Ce changement peut trouver sa source dans la personne elle-même ou dans son environnement et exige un effort d'adaptation. (…) » (Dorsch, 2004, traduit par l'auteur). Pourtant, l'impact que va avoir cet événement dépend de l'intensité des émotions associées à l'événement. L'implication émotionnelle peut avoir une valeur affective positive ou négative (le décès d'un proche, le mariage, la naissance d'un enfant). Selon les capacités d'adaptation psychologique de la personne à cet événement, les conséquences varient largement. L'expérience d'une crise et la gestion de celle-ci peuvent avoir un impact positif sur la personne, dans un sens de croissance et maturation personnelle, ou un effet négatif, comme des troubles de l'adaptation.

Les enjeux de la période périnatale sont multiples. Il s'agit non seulement du devenir « mère », mais aussi de faire d'un homme un « père », ainsi que de changer le statut du couple « célibataire » en couple parental. Une équipe portugaise autour du professeur Canavarro (2001) a proposé un modèle théorique en huit étapes pour décrire ce processus évolutif[4]. Chaque stade implique une problématique spécifique, une tâche développementale à accomplir et est marqué par des expériences psychologiques particulières. Les facteurs qui empêchent la réalisation d'une ou de plusieurs de ces tâches de développement posent des difficultés dans le processus d'adaptation psychologique pendant la transition vers la parentalité.

[4] L'auteur de la thèse remercie Mlle Rita Luz pour la traduction du modèle du Professeur Canavarro.

Les principales tâches de développement pendant la grossesse et le post-partum sont :

1) l'acceptation de la grossesse (pendant le premier trimestre de grossesse les femmes reconnaissent la grossesse, acceptent qu'elle est réelle et adaptent leurs comportements à cette nouvelle réalité) ;

2) l'acceptation de la réalité du fœtus (pendant le deuxième trimestre de grossesse les mères à venir reconnaissent le fœtus en tant qu'entité individuelle et réelle ; le contact avec le fœtus à travers les mouvements fœtaux est fondamental pour établir la relation entre la mère et le fœtus) ;

3) la réévaluation et la restructuration de la relation avec les parents (à partir du deuxième trimestre, les futures mères se basent sur les expériences de leurs propres parents pour assumer et construire leurs nouveaux rôles parentaux) ;

4) la réévaluation et la restructuration de la relation conjugale (élargissement de la relation conjugale pour intégrer une nouvelle dimension : l'alliance parentale) ;

5) la réévaluation et la restructuration de l'identité : intégration de l'identité maternelle (évaluation des avantages et des pertes et acceptation des changements impliqués par le nouveau rôle de mère) ;

6) la préparation pour l'accouchement et l'accouchement (c'est la principale tâche du troisième trimestre, où les futurs mères se préparent pour l'arrivée de l'enfant et anticipent la relation avec l'enfant après l'accouchement) ;

7) la parentalité (construction de la relation avec l'enfant basée sur les comportements et les signes du bébé)

8) la réévaluation et la restructuration de la relation avec les autres enfants (intégration de l'enfant dans un réseau relationnel plus complexe et attribution des rôles interdépendants dans la fratrie).

1.3.2. Vécu de l'accouchement

Par ces caractéristiques psychologiques et physiologiques l'accouchement peut être décrit comme une expérience extrême et son vécu dépend de multiples facteurs. Actuellement, les peurs de la parturiente sont prises en compte dès la grossesse, lors de la préparation à l'accouchement. Différentes méthodes sont proposées à la femme, afin de lui apprendre à se détendre, à gérer les contractions et les émotions durant le travail. Différents travaux empiriques ont étudié les facteurs en lien avec le vécu de l'accouchement, comme la douleur (Hodnett, 2002), les attentes (Slade *et al.*, 1993), le soutien social (Green *et al.*, 1990), le contrôle perçu (Knapp, 1996), la parité (Dorn, 2003). Les résultats concernant l'évaluation de la satisfaction par rapport à l'accouchement sont complexes et parfois contradictoires. Ceci est dû à la complexité méthodologique, en particulier aux différents temps d'évaluation, à l'hétérogénéité des mesures d'évaluation et à l'interdépendance des variables (Mercer *et al.*, 1983 ; Waldenström *et al.*, 1996 ; Goodman *et al.*, 2004).

Dans une étude prospective avec 1111 femmes, 50,3% des femmes ont décrit une expérience globale très positive (Waldenström, 1999). La satisfaction lors du travail et de l'accouchement a pu être expliquée dans une première analyse de régression par le contrôle perçu pendant l'accouchement, le soutien par les sages-femmes, l'anxiété (situationnelle), la douleur et la parité. Ce modèle a pu expliquer 43,4% de la variance de la satisfaction des femmes lors de l'accouchement.

1.3.3. Troubles psychopathologiques en période postpartum

L'observation d'une altération de la santé mentale chez certaines parturientes se retrouve déjà dans les écrits du XIXe siècle (Esquirol, 1836). Ainsi, J.P. Esquirol a décrit des troubles psychiatriques modérés et sans prise en charge psychiatrique chez les nouvelles mères (Dayan *et al.*, 1999). En 1858, son élève Marcé publie son traité intitulé *De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*.

La grande sensibilité de la femme autour de la naissance, est associée à un risque de plus grande vulnérabilité pour les troubles psychopathologiques. Unger & Rammseyer

(2001) postulent que la probabilité d'être hospitalisée dans un hôpital psychiatrique n'est jamais aussi élevée dans la vie d'une femme qu'en période postnatale.

Les études quantitatives dans ce champ ont débuté à partir des années 1950 (Dayan *et al.*, 1999).

Aujourd'hui, de nombreux traités existent concernant la psychopathologie périnatale (par exemple : Dayan *et al.*, 2003 ; Bydlowski et Candilis-Huisman, 1998 ; Missonnier *et al.*, 2012 ; et Rohde & Dorn, 2007). La terminologie pour classifier les troubles psychopathologiques diffèrent parfois entre les pays. Sachant que la majorité des références bibliographiques de notre travail est d'ordre international, la terminologie internationale (anglo-saxonne) sera utilisée afin de décrire ces troubles.

Trois manifestations psycho(patho)logiques du postpartum seront introduites. Il s'agit des trois manifestations « classiques » dans le contexte de la périnatalité : le baby-blues, la dépression postnatale et la psychose puerpérale. La possibilité du développement d'un syndrome de stress post-traumatique suite à l'accouchement sera présentée au sous-chapitre 3.

1.3.3.1. Le *baby-blues*

Dans le postpartum immédiat (de quelques heures à quelques jours), environ la moitié des femmes (50 à 70%, selon Rohde & Dorn, 2007) présentent des troubles de l'humeur. Ils se caractérisent essentiellement par des pleurs incessants accompagnés parfois de tristesse, une labilité de l'humeur. Cet état non-pathologique fréquent disparait généralement au bout de quelques jours (O'Hara *et al.*, 1991). Pourtant, il est désigné comme un facteur de vulnérabilité pour le développement de la dépression du postpartum (Teissèdre & Chabrol, 2004). La littérature médicale associe le *baby-blues* à la chute hormonale post-accouchement. Des facteurs subjectifs semblent également associés à la survenue et à l'intensité du baby-blues, comme par exemple l'intensité de la douleur durant l'accouchement (Boudou *et al.*, 2008).

1.3.3.2. La dépression du postpartum

La présentation clinique de la dépression du postpartum peut être comparée au commencement à celle du baby-blues. Cependant l'humeur dysphorique est plus importante, accompagnée de tristesse, de perte d'intérêt (même pour l'enfant), de troubles de concentration, d'agressivité, d'angoisse et d'irritabilité. Les mères souffrent d'insomnie, d'épuisement, de modification de l'appétit avec des variations importantes de poids, de ralentissement psychomoteur et de sentiments d'incompétence. Une majorité des femmes dépressives éprouve une profonde honte de ne pas ressentir d'amour et d'affection pour leur enfant. Leur sentiment de culpabilité est lié à leur croyance de ne pas pouvoir être ce qui correspond à leurs représentations d'une bonne mère. Approximativement un tiers des mères (20-40%) subissent des pensées obsessionnelles de nuire à leur enfant (Wisner *et al.*, 1999).

Les symptômes de dépression postnatale peuvent surgir quelques semaines, voire quelques mois après l'accouchement. La prévalence est estimée à 10-20% selon les études (O'Hara & Swain, 1996 ; Andrews-Fink, 1999) et elle peut varier tout au long de la première année postpartum (Matthey *et al.*, 2004). En France, la prévalence de la dépression sévère est estimée à 16,8% entre la 4ème et la 6ème semaine postpartum (Teissèdre & Chabrol, 2004).

Sans intervention thérapeutique les symptômes peuvent persister plusieurs mois, voire au-delà d'un an. La littérature souligne son impact délétère considérable pour la relation avec l'enfant et son développement (O'Hara, 1996 ; Field, 2010 ; Tronick & Reck, 2009).

1.3.3.3. Psychose puerpérale

Cette psychopathologie est relativement rare (1 à 2 mères / 1000), mais elle nécessite une prise en charge psychiatrique dans le meilleur délai, avec une hospitalisation psychiatrique dans la majorité des cas (Brockington, 1996). Les psychoses débutent souvent dans les premiers jours postpartum (Kendell *et al.*, 1987). Les symptômes ne diffèrent pas des symptômes des psychoses en général. Parmi les manifestations peuvent apparaître des pensées et un comportement désorganisés, des idées délirantes,

des hallucinations ainsi que l'ensemble des symptômes dits « négatifs » (émoussement progressif de l'émotivité, de la communication verbale et de la volonté, tendant vers un comportement de plus en plus isolé, inerte et insensible au monde environnant). Les symptômes dits « positifs » se rapportent par contre dans la psychose puerpérale généralement à l'enfant, la naissance et le rôle de mère (Rohde, 2001). L'entourage de la mère peut être effrayé et affecté par son comportement inapproprié et incompréhensible vis-à-vis de l'enfant.

Selon les différents types de psychoses, le risque de récurrence d'une nouvelle psychose postnatale varie entre 25 et 75% (Rohde & Dorn, 2007).

2. Etat de stress post-traumatique (ESPT)

Depuis des siècles, de nombreux auteurs ont décrit les réactions psychiques qui font suite à l'exposition à un événement traumatique, comme la guerre (Da Costa, 1871 ; Oppenheim, 1888; Janet, 1889 ; Freud, 1920). Puis, en 1980, cette réaction a été répertoriée et opérationnalisée avec différents critères dans le DSM III sous le nom *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD, Etat de stress post-traumatique).

2.1. Nosologie

Suivant la classification psychiatrique DSM-IV-TR[5], l'ESPT est classé dans les troubles anxieux (APA). Les deux arguments appuyant cette décision sont les réactions neurovégétatives et émotionnelles associées à la situation traumatisante et la tentative d'éviter tout rappel de l'événement. Mais cette décision est discutée (par exemple : Jones & Barlow, 1991).

L'ESPT est défini par six critères (A à F), comprenant les causes, les manifestations et les conséquences d'un ESPT.

[5] Pour une comparaison DSM IV-TR et CIM 10 concernant la description d'un ESPT voir Denis (2008)

Le **critère A** décrivant l'exposition du sujet à un événement traumatique comprend les deux éléments suivants :

A(1) : « le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » ;

A (2) : une réaction par l'individu, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les **critères B, C, et D** résument un triptyque symptomatologique consécutif à l'événement :

- la reviviscence de l'événement traumatique, comme dans les souvenirs répétitifs et envahissants avec des images intrusives, des épisodes dissociatifs (*flashbacks*), des rêves, des pensées, des perceptions et des émotions intrusives, provoquant un sentiment de détresse, réactivation physiologique lors d'une exposition à des indices évoquant un aspect de l'événement traumatique (critère B) ;
- l'évitement de tous les stimuli associés à l'événement et un émoussement de la réactivité générale (critère C) ;
- une activation neurovégétative, exprimée par des troubles du sommeil ou cognitifs, de l'irritabilité ou de la colère (critère D).

Un diagnostic d'un ESPT ne peut être posé que si les symptômes persistent au-delà d'un mois (**critère E**) et si la personne est profondément dérangée dans plusieurs domaines de son fonctionnement psychosocial (**critère F**).

On distingue un ESPT *aigu* : si la durée des symptômes est de moins de trois mois, au-delà de trois mois, l'ESPT est spécifié *chronique*. Une présentation des symptômes survenus au moins six mois après l'événement traumatique est explicitée comme *survenue différée*.

2.2. Approches catégorielles du traumatisme

Le premier des cinq critères pour définir cette psychopathologie est aussi appelé le critère du traumatisme. Dans ICD-10 un traumatisme psychique est défini 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 » (OMS, 1994). Plusieurs auteurs ont entamé l'essai d'élaborer une classification des événements « traumatogènes ». Une possibilité de catégoriser ces différents types de traumatisme est la différence entre *man made disasters* et *natural disaters.* Le premier comprend des traumatismes causés par l'homme (violence, abus, viol, torture, détention politique, génocide, etc.), il s'oppose au second, décrivant des traumatismes dus à une cause hors du contrôle humain (catastrophes naturelles ou techniques, accident de la route ou trauma lié au travail).

Terr (1989) a proposé une distinction entre un *trauma type I* et *trauma type II*. Un traumatisme de type I est défini comme unique, présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est marqué par une menace de vie imminente, une survenue soudaine et inattendue. Le traumatisme type II est un événement traumatisant répétitif, présentant constamment une menace de se reproduire à tout instant durant une longue période de vie. Ainsi la personne ne peut avoir aucune prévisibilité sur la poursuite de l'événement.

Herman (1992) propose la classification *trauma simple* (incidence unique) versus *trauma complexe* (victimisation chronique) comparable à celle de Terr (1989).

La trilogie des réactions avec des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance ne diffère pas selon le type de trauma. Cependant, les traumatismes complexes (Type II) ont un risque plus important d'un cours chronique et d'un handicap (critère F) du fonctionnement dans la vie quotidienne de la personne (Märcker, 2003).

2.3. Prévalence de l'ESPT

Dès 1995, une *National Comorbidity Survey* a été menée par Kessler *et al*. (1995) sur près de 6000 adultes américains, elle fait état d'une prévalence d'ESPT d'environ 7,8 %

parmi la population générale américaine. Cette étude révèle qu'une large majorité de la population a connu au moins un événement traumatique au cours de sa vie, le taux d'exposition étant de l'ordre de 56 %. De plus, 52 % des victimes ont un historique traumatique composé d'au-moins deux événements. L'étude a également décrit les différentes fréquences des événements traumatiques (par exemple : 25% des traumatismes étaient le fait d'être témoins d'un accident ; 5,5% le fait d'être victime d'un viol). Parmi les victimes d'un viol, 55,5 % ont développé consécutivement un ESPT.

En 2005, l'étude a été reproduite et elle retrouve une prévalence un peu plus faible à 6,8 % sur la vie entière (Kessler *et al.*, 2005) avec une différence importante concernant la différence de genre (chez les femmes 10,4% et chez les hommes 5%). Une revue de littérature de Seedat *et al.*, (2005) retrouve cette relation sex-ratio similaire (ratio male-féminin: 2 :1). Selon les auteurs, les femmes montrent plus de symptômes, une plus longue persistance du trouble, et un impact plus négatif sur leur qualité de vie.

En France, le Centre français de l'OMS retrouve une prévalence à 5,3 % avec un risque d'exposition à un événement traumatique à 30,2 % (Vaiva *et al.*, 2008).

2.4. Evolution de l'ESPT

A tout âge, suite à une exposition à un événement traumatisant, un Etat de stress post-traumatique peut être développé. La grande majorité des personnes exposées montre des symptômes de stress aigu dans les premiers mois post-événement. Cependant, une rémission spontanée a pu être constatée chez deux tiers des personnes affectées au cours des premières semaines suite à la survenue de l'événement. Une persistance des symptômes supérieure 3 mois est associée à un pronostic défavorable. Pour environ un tiers des personnes exposées, les symptômes persistent même 10 ans après avoir vécu l'événement traumatisant (Märcker, 2003).

2.5. Comorbidité

Un résultat constant dans la recherche épidémiologique est la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques. Les troubles le plus fréquemment associés à l'ESPT sont les troubles anxieux, la dépression, le suicide, l'abus de substances, les troubles somatoformes, les troubles dissociatifs mais aussi les maladies physiologiques comme par exemples les maladies cardiovasculaires (Green *et al*., 1993 ; Ursano *et al*., 1999 ; Zatzick *et al*., 1997). La comorbidité entre un ESPT et le développement d'une dépression est associée à la sévérité des symptômes (Shalev *et al.*, 1998).

2.6. Prise en charge psychothérapeutique de l'ESPT

2.6.1. Les thérapies psychodynamiques

Cette prise en charge basée sur la psycho-traumatologie est inspirée des travaux psychanalytiques de Janet (1889, *cf.* van der Kolk & van der Hart, 1989), Freud (1920) et Ferenczi (1918). Le développement d'un ESPT serait lié à des conflits intérieurs (conscients ou inconscients) antérieurs. Les modèles psycho-dynamiques estiment que le traitement d'un traumatisme comprend plusieurs phases (Berger, 1998). D'abord, il est nécessaire d'établir une bonne relation thérapeutique, et, s'appuyant sur cette dernière, la signification du trauma pour le patient doit être élaborée et le lien avec des traumatismes antérieurs mis à jour. Le processus thérapeutique comporte par exemple un travail approfondi sur les associations conscientes et inconscientes, le transfert et le contre-transfert, les mécanismes de défense (comme par exemple la dissociation ou le déni). Horowitz (1986) ont proposé une thérapie brève d'inspiration psycho-dynamique.

2.6.2. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont issues de modèles plus récents, comme le modèle du traitement émotionnel de l'information de Foa & Kozak (1986 ; Foa *et al*., 1989), le modèle des *shattered assumptions* de Janoff-Bulman (1985) ou le modèle cognitif de Ehlers & Clark (2000). Selon ces théories, suite à l'exposition à un

événement traumatique, le traitement des informations est déréglé, entrainant un impact sur les processus mnésiques (stockage dysfonctionnel dans la mémoire). La sensation de menace avec une réponse de peur presque permanente empiète alors sur la vie quotidienne de la personne.

Ainsi les TCC ont comme objectif de réduire la peur grâce à une désensibilisation et une restructuration des cognitions dysfonctionnelles.

Une première technique très utilisée dans les TCC est l'exposition. Elle consiste en une confrontation progressive avec les déclencheurs de la situation traumatique (source de l'ESPT) et ainsi à une habituation graduelle aux réactions psychologiques et physiologiques associées à la situation. L'exposition peut avoir lieu *in vivo* ou *in sensu*. L'objectif est la désensibilisation aux déclencheurs entrainant la neutralisation de la relation stimuli-réponse qui avait été construite suite au trauma et puis renforcée par l'évitement de tout rappel à l'événement (symptôme du trauma). L'évitement de tout rappel de l'événement traumatique fait partie des symptômes d'un ESPT. La technique de l'exposition peut désensibiliser la personne à une situation et empêcher l'évitement. Au final, la personne peut faire l'expérience de gérer la situation traumatique et voir diminuer sa peur.

La deuxième technique pour le traitement de l'ESPT est la restructuration cognitive (Foa & Rothbaum, 1998), qui porte sur la modification des cognitions dysfonctionnelles (comme la perception sélective, un style d'attribution dysfonctionnel, etc.) envers la personne ou l'entourage.

2.6.3. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

La thérapie EMDR (EMDR = Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), introduite en 1989 par Francine Shapiro a évolué d'une simple technique à une approche intégrative de psychothérapie (Shapiro, 2007). Elle est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information (modèle TAI) et une méthode de stimulation bilatérale favorisant l'assimilation des événements. Le protocole EMDR (Shapiro, 2001), dit standard, comprend huit phases qui doivent permettre l'assimilation et l'intégration des divers aspects d'une expérience traumatique au niveau somatique,

sensoriel, cognitif, comportemental et émotionnel (Shapiro, 2002). Ainsi, l'EMDR est une thérapie intégrative qui utilise simultanément image mentale, cognition et sensation corporelle. Lorsque le fonctionnement du cerveau est normal, le système de traitement de l'information se comporte comme tout autre système du corps humain : il est capable de s'autoréguler et de guérir. Pourtant, certains événements traumatiques sont susceptibles de bloquer ce traitement naturel de l'information. Selon Shapiro, ces expériences non intégrées, ou plutôt l'information mnésique non traitée et stockée de manière dysfonctionnelle, seraient à l'origine de divers symptômes et troubles psychologiques tels que l'ESPT, les troubles anxieux et les états dépressifs. L'EMDR réactiverait le système naturel de traitement de l'information et faciliterait la résolution adaptative du matériel précédemment déformé (Shapiro, 2002 ; Van der Kolk, 2002). Le déroulement des séquences du traitement permet de cibler les événements vécus contribuant au dysfonctionnement présent, de cibler les déclencheurs potentiels qui réactivent dans le présent le matériel en lien avec l'événement passé, mais également de cibler les situations futures à risque (Shapiro, 1995).

2.6.3.1. Mécanisme

Les mécanismes d'action sous-jacents de l'EMDR échappent encore aujourd'hui aux tentatives de découverte définitive. Actuellement, de nombreux chercheurs travaillent afin de mettre en lumière les mécanismes d'action de l'EMDR, de comprendre les processus actifs associés à la stimulation bilatérale et ses effets neurobiologiques. Ainsi, plusieurs hypothèses sont actuellement proposées (*cf.* Perkins & Rouanzoin, 2002, cité selon Wöller & Hofmann, 2006). Une étude récente a pu démontrer l'efficience des mouvements oculaires dans le traitement (Schubert *et al*., 2011).

Divers modèles théoriques ont été proposés pour rendre compte de ces mécanismes d'action physiologiques sous-jacents. Ces modèles hypothétiques ont été créés à partir de la perspective du conditionnement, du réflexe d'orientation (RO) ainsi que de processus et de mécanismes neurobiologiques spécifiques (Bergmann, 2011).

Les études centrées sur le rôle des stimulations sensorielles alternées dans le protocole de psychothérapie EMDR ont montré une action spécifique à différents niveaux listés ci-dessous :

- Un rôle dans l'activation et la balance entre les systèmes ortho- et parasympathique ;
- Une similitude avec les modifications physiologiques observées au cours du sommeil paradoxal ;
- Une facilitation du rappel des souvenirs traumatiques ;
- Une similitude avec le réflexe d'orientation qui produit un décentrage puis un recentrage de l'orientation des yeux naturellement dans le cas de danger ou de surprise. Il faut remarquer que ce réflexe d'orientation se produit quelle que soit la nature du stimulus alterné (visuel, auditif ou tactile) et qu'il pourrait rendre compte des résultats obtenus avec différents types de stimulation alternée ;
- Une modification des relations inter-hémisphériques ;
- Un rôle possible des stimulations sensorielles alternées dans l'action thérapeutique rapide du protocole EMDR en corrélation avec les modifications de l'activité cérébrale mesurée par l'imagerie cérébrale.

L'un des modèles intégratifs des mécanismes d'action de l'EMDR propose que le système de double-tâche de cette thérapie permette une atténuation de l'image traumatique stockée dans la mémoire de travail, ce qui va permettre au patient de prendre de la distance vis-à-vis des événements traumatiques vécus. L'atténuation de l'image traumatique dans la mémoire de travail, associée au processus de distanciation serait alors le cœur du processus de reprogrammation bénéfique de la mémoire, caractéristique de la thérapie EMDR. Une telle reprogrammation pourrait dans le même temps entraîner des modifications au niveau psychophysiologique (Sondergaard & Elofsson, 2008).

Ainsi, la reprogrammation de la mémoire de travail couplée aux modifications psychophysiologiques permettrait une amélioration des symptômes liés à l'ESPT (Gunter & Bodner, 2009).

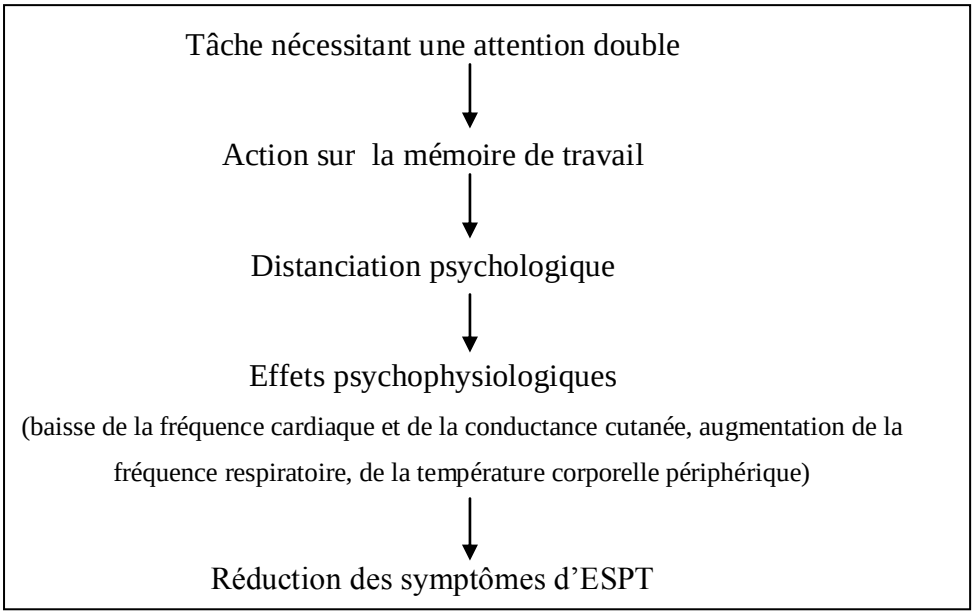

Figure 1 - Modèle intégratif des mécanismes d'action de l'EMDR dans l'ESPT, selon Gunter & Bodner (2009).

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour intégrer l'ensemble de ces données. Une explication scientifique de la contribution de ces mouvements dans les guérisons rapides observées chez des patients en ESPT nécessite d'évaluer la contribution spécifique des différents aspects du protocole. Les différentes séquences du protocole devront être évaluées sur le plan émotionnel, neurophysiologique et comportemental dans des études randomisées sur des populations de patients présentant un ESPT aussi bien que sur des sujets contrôles (Haour & Servan-Schreiber, 2009).

2.6.3.2. Efficience

a - Méta-analyses

De nombreuses méta-analyses mettent en évidence que l'efficience de l'EMDR est au moins équivalente aux thérapies par expositions et autres thérapies comportementales et cognitives (Bradley *et al.*, 2005 ; Davidson & Parker, 2001 ; Maxfield & Hyer, 2002 ; Sack *et al.*, 2001 ; Van Etten & Taylor 1998). Contrairement à la thérapie EMDR, les thérapies par exposition demandent une à deux heures de travail à la maison (Bradley *et al.*, 2005 ; Davidson & Parker, 2001). De plus, la thérapie EMDR montrerait des

résultats d'autant plus probants et supérieurs aux autres thérapies que l'étude serait menée de manière rigoureuse (Maxfield & Hyer, 2002 ; Sack *et al.*, 2001). Une méta-analyse menée par Van Etten & Taylor en 1998 montre que la thérapie EMDR et la thérapie comportementale donnent des résultats supérieurs à l'utilisation de médicaments psychotropes seuls. Dans cette méta-analyse, les auteurs mettent en exergue le fait que l'EMDR est plus efficace que la thérapie comportementale, avec des résultats obtenus trois fois plus rapidement (Van Etten & Taylor, 1998).

b - Recommandations internationales

L'EMDR compte aujourd'hui parmi les traitements recommandés dans le monde entier par de nombreuses instances :

En France, son utilisation est recommandée pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique par la Haute Autorité de la Santé (HAS)[6] . L'étude comparative primordiale de l'INSERM (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*) de 2004, qui publie une évaluation de trois approches psychothérapeutiques différentes, conclue que l'EMDR et les TCC sont des thérapies efficaces dans la prise en charge des victimes : « Les TCC (y compris l'EMDR) apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes du stress post-traumatique, les effets de ces psychothérapies sont maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne. Une autre méta-analyse portant spécifiquement sur l'EMDR montre l'efficacité de cette technique (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) par rapport au groupe témoin » [(31)].

Aux Etats-Unis, l'EMDR est recommandé par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2004. Pour l'APA, l'EMDR est classée au même rang que la thérapie comportementale et cognitive en ce qui concerne le traitement des ESPT qu'ils soient aigus ou chroniques. Selon le rapport d'évaluation du groupe de travail nommé par l'APA, les seules méthodes auxquelles on reconnaisse empiriquement de la valeur dans le traitement de n'importe quelle population atteinte d'ESPT sont l'EMDR, la thérapie d'exposition et la thérapie d'inoculation (Chambless *et al.*, 1998).

[6] HAS. Haute Autorité de Santé (2007). Guide des affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. Paris : Auteurs: p 17.

Au Royaume-Uni, le *National Institute for Clinical Exellence* (2005) recommande l'usage de l'EMDR aux praticiens du *National Health Service* du Royaume Uni[7]. Ces recommandations du NICE sont les plus complètes et les plus compréhensibles. Elles divisent les psychothérapies en plusieurs « parties » : 1) thérapie comportementale et cognitive focalisée sur le traumatisme, 2) EMDR, 3) techniques de gestion du stress, 4) autres thérapies. Ces recommandations concluent que la thérapie comportementale et cognitive focalisée sur le traumatisme est la thérapie ayant le plus largement prouvé son efficacité de façon empirique. Ils ajoutent que les études la comparant à l'EMDR ne montrent pas de différence significative d'efficacité entre ces deux modes de prise en charge.

L*'International Society for Traumatic Stress Studies* désigne l'EMDR comme étant un outil thérapeutique (Foa *et al.*, 2009)

Pour le *National Council for Mental Health*, la thérapie EMDR est l'une des trois thérapies recommandées pour la prise en charge des personnes ayant été confrontées à des actes de terrorisme (Tarquinio, 2007).

En juillet 2012 s'est tenu une réunion scientifique de l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) à Amman en Jordanie, où l'EMDR (conjointement avec la TCC) a été officiellement reconnue comme thérapie à recommander pour le traitement de l'ESPT. A noter que des recherches récentes comparant l'EMDR aux classiques traitements par exposition au traumatisme (TCC classique) ont souvent montré que l'EMDR était aussi efficace voire plus efficace (Ironson,*et al.* 2002 ; Lee *et al.*, 2006).

c - Recommandations dans des contextes spécifiques liés à la santé de la femme :

L'étude de Kesseler *et al.*, 1995 a rapporté que le trauma le plus fréquemment nommé était le viol. Deux études ont pu souligné les effets bénéfiques de la prise en charge avec l'EMDR auprès des femmes ayant subi un viol (Tarquinio *et al.*, 2012a ; Tarquinio *et*

[7] NICE. The National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Guideline No 26: Post traumatic stress disorder in adults and children in primary, secondary care*. London and Leicester: Gaskill and British Psychological Society

al., 2012b). D'autres recherches de l'auteur sont en cours dans l'objectif de montrer l'efficacité de l'EMDR dans la prise en charge des femmes avec un cancer du sein.

2.6.4. Résumé du protocole et déroulement de la procédure

Selon le Manuel de l'institut EMDR France de formation présenté par Servan-Schreiber & Cornil (2010). L'enseignement de la thérapie EMDR et son intégration dans la pratique des psychothérapeutes fait aussi l'objet de recherches, afin de l'améliorer en permanence (Dunne & Farrell, 2011 ; Farrell & Keenan, 2013).

Le protocole standard de la thérapie EMDR consiste en un traitement spécifique : Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR, principes, protocoles, procédures*. Paris: Dunod InterEditions.

1. *Des souvenirs anciens* qui sont responsables des dysfonctionnements actuels

2. *Des déclencheurs actuels* qui activent le matériel dysfonctionnel

3. *De la projection dans le futur*. Travailler une image positive du futur est utile seulement lorsque les souvenirs anciens et les déclencheurs actuels ont été traités avec succès.

Le but du traitement est d'aider le patient à se libérer du passé et à transformer celui-ci en un présent bienfaisant et productif au cours duquel la personne transforme une expérience négative en un apprentissage adapté.

Le protocole, tel qu'il a été élaboré par Shapiro, s'appuie sur huit phases.

1. <u>Histoire du patient et planification du traitement</u>
Cette première étape consiste à établir l'historique des troubles et leurs liens avec les éléments autobiographiques importants. Outre l'identification des contextes favorisant le déclenchement ou l'augmentation des symptômes, nous demandons au patient d'identifier les dix souvenirs de sa vie les plus perturbants. Ceci facilite l'identification des patterns pathologiques. Si ces souvenirs sont toujours rattachés à des affects dysphoriques, il est probable que nous sommes face à un défaut de traitement de

l'information. Il est alors recommandé de procéder à un retraitement EMDR afin de maximiser une extinction des symptômes et une amélioration de l'équilibre psychique à un niveau affectif, cognitif, somatique, comportemental et relationnel. Il importe d'évaluer que la personnalité du sujet est stable avant de débuter le traitement car les sessions peuvent entraîner des idées suicidaires. Un environnement stable est également bénéfique (soutien familial, par exemple) au traitement. Dans cette perspective, il est intéressant de procéder à une première phase de stabilisation émotionnelle à l'aide de techniques d'activation des ressources (relaxation, etc).

2. Préparation

Cette seconde phase permet de préparer le patient à la suite de la prise en charge. Elle passe par la mise en place d'une relation contenante avec le thérapeute, l'explication simplifiée des processus psychopathologiques vécus par le patient. Au cours de cette seconde phase, le clinicien teste les stimulations bilatérales alternées (SBA) avant de procéder à une première désensibilisation : vitesse, distance entre les doigts et les yeux pour les mouvements oculaires, force de la pression des doigts pour le tapping. Il est préférable d'utiliser la direction qui paraît la plus facile pour le sujet. Pour la protection du patient, il faut convenir d'un signal que le patient peut faire pour stopper l'exercice s'il ressent trop de souffrance. Par souci de confort et de sécurité, il est important de travailler avec le patient des espaces de sécurité (« lieu sûr ») qu'il pourra rejoindre de façon imaginaire lorsqu'il l'estimera nécessaire et ce, afin de réduire d'éventuelles abréactions émotionnelles violentes.

3. Evaluation

Cette troisième phase a pour fin d'identifier avec le patient les diverses cibles à traiter (souvenir traumatique passé, événement déclenchant dans le présent, manifestations biopsychosociologiques) qui serviront d'objectifs lors des sessions. Le clinicien aide le patient à formuler une croyance négative (cognition irrationnelle) associée à l'événement traumatique (exemple : « Je me sens impuissant, nul »). Ces formulations facilitent une reconnaissance des distorsions cognitives (mauvaise interprétation de l'événement traumatique), une verbalisation de ce qui est ressenti, l'identification d'une

composante additionnelle de la mémoire pouvant être activée. Ensuite, le clinicien aide le patient à formuler une croyance positive qui servira d'objectif (exemple : « j'ai maintenant le choix »). Ceci facilite l'introduction d'informations nouvelles qui contredisent le sujet et fournissent un espoir qui va servir de motivation. Après l'identification de la cognition positive, l'image et la croyance négative sont explicitement reliées afin d'amplifier l'accès au souvenir «engrammé». L'émotion, mesurée de façon subjective de 0 à 10 (Echelle SUD, Subjective Units of Disturbance), et la localisation de la sensation physique rattachée à cette émotion sont identifiées par le patient. Il y a une résonance physique au traitement cognitif qui peut servir à focaliser l'attention du patient et accélérer le retraitement. La résolution du traumatisme passe nécessairement par l'élimination des sensations corporelles désagréables « observées ».

4. Désensibilisation

Le patient doit simultanément maintenir son attention sur l'image traumatique identifiée, la croyance négative et les sensations physiques. Ainsi, il accède au traumatisme dès que les stimulations bilatérales alternées (SBA) sont engagés. Le traitement durant cette phase inclut le surgissement d'insights et d'associations, une altération des expériences sensorielles et une augmentation du sentiment d'efficacité du sujet. Immédiatement après cette stimulation duelle (focalisation de l'attention sur l'objectif et sur le stimulus rythmique), le patient est invité à laisser venir de nouvelles idées et à prendre une profonde respiration puis nous lui demandons : « A quoi pensez-vous ? » ou « Que notez-vous ? ». La respiration profonde sert seulement de distraction temporaire afin de séparer momentanément le patient des perturbations engendrées. La verbalisation est ainsi plus facile ensuite. Le clinicien et le patient poursuivent cette alternance désensibilisation/verbalisation jusqu'à l'extinction de l'affect pénible et de la sensation physique (échelle SUD égale à 0 ou 1).

5. Installation

L'objectif de cette phase est d'incorporer et de solidifier les cognitions positives qui viennent de se construire au cours de la désensibilisation en vue de remplacer les distorsions cognitives. Pour ce faire, on procède à des SBA à partir de ces cibles positives.

6. Inventaire des sensations corporelles

La désensibilisation de la cible est considérée comme close lorsque les sensations dysphoriques ont totalement cessé. Il est donc nécessaire de procéder au traitement d'éventuelles sensations corporelles résiduelles négatives à l'aide des SBA.

7. Clôture

Il est fondamental que le patient se sente totalement bien à la fin de la séance. Il est aussi nécessaire d'axer cette phase sur une verbalisation complète de ce qui a émergé lors de la séance. Nous conseillons en outre au patient de noter sur un cahier entre les sessions les éventuels insights qui pourraient faire l'objet d'un traitement à venir.

8. Réévaluation

Au début de chaque nouvelle séance, il est nécessaire d'évaluer l'impact dysphorique de la cible traitée au cours de la précédente séance. Si celui-ci est toujours présent, il est fondamental de retraiter la cible. Si le patient prend un traitement anxiolytique, il est important d'effectuer une nouvelle évaluation lorsque le sujet est sevré. L'extinction des éléments dysphoriques n'est pas l'unique signe de la réussite de la prise en charge ; il convient aussi de considérer l'émergence des affects positifs (meilleure estime de soi, sensation de détente, de légèreté, etc…).

Il apparaît évident que L'EMDR est une thérapie intégrative qui s'appuie sur différentes approches: les thérapies psychodynamiques dans l'attention portée à l'étiologie des événements et aux associations libres ; les thérapies cognitivo-comportementales dans l'utilisation d'échelles, la verbalisation des croyances positives et négatives sous-jacentes ; la Gestalt dans l'insistance sur le ressenti émotionnel et corporel dans l'ici et maintenant de la séance ; l'hypnose dans l'utilisation de techniques d'imagerie guidée, l'utilisation des ressources, de la suggestion ; et des éléments de la théorie systémique dans la compréhension contextuelle des troubles (Shapiro, 2007).

3. L'Etat de Stress posttraumatique suite à l'accouchement

3.1. L'accouchement comme un événement traumatique ?

Les premières descriptions d'un vécu traumatique de l'accouchement avec des conséquences psychopathologiques pour les femmes sont issues d'études de cas (Ballard *et al*., 1995 ; Beech & Robinson, 1985; Bloor & Jones, 1988; Bydlowski & Raoul-Duval, 1978; Fones, 1996). Toutes ces études rapportent des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'une hyperactivité neuro-végétative. Le plus souvent, elles rapportent des cas cliniques suite à des complications médicales gravissimes. Quelques années plus tard, des recherches empiriques ont confirmé un risque plus élevé de développer un ESPT suite à des complications périnatales (prématurité, fausse couche, mort néonatale, etc) (Engelhard *et al.*, 2006 ; Pierrehumbert, 2004 ; Séjourné *et al.*, 2008 ; Turton *et al.*, 2001).

Cependant, même sans complication, l'accouchement en lui-même peut être source d'un vécu traumatique (Vythilingum, 2010). Arizmendi & Affonso (1987) ainsi que Moleman *et al.*, (1992) sont les premiers auteurs à décrire des symptômes d'un stress post-traumatique consécutif à un accouchement sans complication ou sans intervention obstétricale-néonatale. Jusqu'en 1994, un Etat de stress post-traumatique ne pouvait être diagnostiqué que suite à un événement hors de l'expérience normale humaine [8] (comme la guerre, un homicide ou des catastrophes naturelles). Cependant, selon les modifications apportées à la version du DSM IV pour le critère A, un ESPT peut être déclenché par tout événement, perçu comme menaçant pour la vie ou l'intégrité physique de la personne même ou d'un tiers et provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur (APA, 2004).

Selon Ayers *et al.*, 2008, l'accouchement est décrit comme un événement traumatisant par 20 à 50% des femmes. Beck (2004) a souligné l'importance de la perception subjective de menace, dans le contexte de l'accouchement. Ainsi, un accouchement anodin pour les soignants peut être vécu de manière traumatique par la femme. La

[8] « generally outside the range of usual human experience » (APA, 1980, cité selon Soet et al.2003)

littérature des vingt dernières années montre qu'un accouchement eutocique peut être vécu de manière traumatique et risque de conduire la femme à développer un Etat de stress post-traumatique en période postnatale (Soderquist, 2002 ; Ayers *et al.* , 2008). Une recherche de littérature sur PsycINFO® et PubMed montre que les recherches dans ce domaine sont assez récentes : respectivement 62 sur 75 articles (PsycINFO®) et 98 sur 120 articles (PubMed) ont été publiés dans les dix dernières années.

Ci-dessous seront exposés les résultats de différentes études portant sur l'ESPT postpartum afin de décrire les caractéristiques du trouble (la fréquence, les symptômes, les facteurs de vulnérabilité, les comorbidités et les conséquences). A la fin du chapitre sera présentée une revue de la littérature sur la prise en charge d'un ESPT postpartum.

3.2. Fréquence d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement

Après une revue de la littérature[9], il ressort qu'entre 1,2% et 7,6% des femmes développent un ESPT (selon le critère du DSM IV) durant la première année suite à l'accouchement. Le tableau 2 montre les prévalences retrouvées dans les principales études quantitatives. Actuellement, un consensus apparait autour d'un taux de 2% d'EPST postpartum selon les critères du DSM IV (Olde *et al.*, 2006 ; Denis & Callahan, 2009). Une symptomatologie d'ESPT, signalée comme un ESPT partiel, est présentée par 22 à 40% des femmes (Ayers *et al.*, 2008).

Les résultats des études varient considérablement selon le moment d'évaluation, les instruments d'évaluation employés et les caractéristiques de l'échantillon (*cf.* Olde *et al.*, 2006). Cependant, il semblerait que la prévalence soit constante dans les pays industrialisés. Par contre, une étude réalisée au Nigeria décrit une prévalence de 5,9% à six semaines postpartum (Adewuya *et al.*, 2006). Par ailleurs, une étude iranienne rapporte une prévalence d'un ESPT chez 20% des femmes, six à huit semaines postpartum (Modarres *et al.*, 2012). De futures recherches doivent étudier l'aspect socioculturel de la survenue d'un ESPT post-accouchement afin de confirmer ou

[9] A partir de 1994, à cause du changement de la description du critère A de l'ESPT dans la classification internationale DSM-IV, jusqu'en mai 2013 grâce à l'installation d'une veille sur plusieurs moteurs de recherche (mots clés : Childbirth, PTSD, trauma)

d'infirmer les résultats d'une étude (Paul, 2008) rapportant des différences selon l'ethnie des femmes par rapport aux symptômes d'évitement cependant l'échantillon est très restreint (n= 22).

De plus, Alcorn *et al.*, (2010) soulignent un problème méthodologique. Son étude prospective et longitudinale est la première à évaluer la prévalence d'un ESPT (complet ou partiel) postpartum, en ajustant les données en fonction de la présence ou non d'un ESPT antérieurement à l'accouchement et de troubles affectifs (anxiété et dépression). Les résultats montrent des prévalences *sans* ajustement de 3,6% (4 à 6 semaines postpartum), 6,3% (12 semaines postpartum) et 5,8% (24 semaines postpartum) ; et des prévalences *avec* ajustement de 1,2% (4 à 6 semaines postpartum), 3,1% (12 et 24 semaines postpartum).

Etude	*N*	Outils	Temps d'évaluation	Prévalence (%)
Wijima *et al.* (1997) Suède	1640	TES	1-14 mois postpartum	1,7
Czarnocka & Slade (2000) Royaumes Unis	264	IES ESPT-Q	6 semaines postpartum	3
Creddy *et al.* (2000) Australie	499	PSS	4-6 semaines postpartum	1,5
Ayers & Pickering (2001) Angleterre	289	PSS	6 semaines postpartum 6 mois postpartum	2,8 1,5
Soet *et al.* (2003) Etats Unis	103	TES	8 semaines postpartum	1,9
Olde *et al.* (2005) Pays Bas	140	PSS	1-3 mois postpartum	2,1
Maggioni *et al.* (2006) Italie	93	PTET-Q	3-6 mois postpartum	2,4
Soderquist *et al.* (2006) Suède	1224	TES	1-14 mois postpartum	3
Denis *et al.* (2008) France	239	IES-R	4 semaines postpartum 4 mois postpartum 9 mois postpartum	5 4,3 2,9
Alcorn *et al.* (2010) Australie	933	PSS	4-6 semaines postpartum 12 semaines postpartum 24 semaines postpartum	1,2 3,1 3,1
Verreault *et al.* (2012) Canada	308	MPSS-SR	1 mois postpartum 3 mois postpartum 6 mois postpartum	7,6 6,1 4,9

Tableau 2 - Prévalence d'un ESPT postpartum (études quantitatives entre 1997 et 2012)

3.3. Facteurs de risque d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement

Les recherches sur les causes d'un ESPT postnatal ont identifié beaucoup de facteurs de risque associés à cet évènement. Récemment, trois revues de la littérature spécifiques à l'ESPT post-accouchement ont été publiées (Olde *et al.*, 2006 ; Denis & Callahan, 2009 ; Andersen *et al.*, 2012). La dernière publication a proposé une revue de la littérature systématique (selon la méthode PICOS[10]) avec un système d'évaluation de la qualité des recherches (*quality rating system*) en intégrant 27 études (transversales ou longitudinales) plus 4 revues de la littérature, complétée par 5 études de littérature de

[10] Méthode de préparation d'une revue de la littérature systématique : PICOS (Patients/Population, Interventions, Comparators, Outcomes, Study Design)

support (*supporting literature*). Il faut souligner que dans cette revue de la littérature, les études avec une population « tout venant » et les études de populations à risque sont confondues. Le principal résultat de cette revue de littérature réside dans le fait qu'il existe deux facteurs majeurs d'un ESTP postpartum : d'une part le stress subjectif pendant le travail et d'autre part les soins d'urgences obstétricaux.

Déjà dans la première revue de la littérature, les auteurs avaient souligné le fait que l'étude des facteurs de risques était très complexe et souvent contradictoire selon les différentes méthodologies utilisées (Olde *et al.*, 2006). De plus, beaucoup de facteurs sont interdépendants, ce qui complique leur interprétation.

Selon l'approche de Slade, (2006) et également celle d'Ayers (2007), les facteurs de risque seront présentés ci-dessous en fonction de 2 périodes et à partir des trois revues de la littérature plus les études récentes répertoriées après la dernière revue de littérature publiée (octobre 2010) : les facteurs de risque **anténataux** et les facteurs **périnataux**.

3.3.1. Les facteurs de risque prépartum

Les antécédents psycho-pathologiques de la femme ont été associés au risque de développer un ESPT postpartum, un des indices de ces antécédents étant le fait d'avoir **consulté un psychologue** ou **un psychiatre** (Wijima *et al.*, 1997 ; Czarnocka & Slade *et al.*, 2000) ; **la préexistence d'un trauma** (Ross & McLean, 2006 : Zaers, 2008 ; Ford *et al.*, 2010) ; des antécédents **d'agression sexuelle** (Rhodes & Hutchinson, 1994 ; Soet *et al.*, 2003 ; Ayers *et al.*, 2009).

Concernant les caractéristiques personnelles, des études ont montré un lien entre le **névrosisme** (Lyons, 1998), l'**anxiété-trait** (Keogh *et al.*, 2002 ; Ayers & Pickering, 2005 ; Iles *et al.*, 2011), la **dépression avant la grossesse** (van Son et al., 2005) et le développement d'un ESPT postpartum. De plus, les **troubles anxieux durant la grossesse** (attaque de panique, ESPT antérieur) (Andersen *et al.*, 2012) et la **dépression prénatale** (Soderquist *et al.*, 2006 ; Zaers *et al.*, 2008 ; Zambaldi *et al.*, 2011) semblent également très corrélés avec le risque de développer un ESPT postpartum.

Concernant les facteurs obstétricaux, il existe un lien fort entre les **antécédents gynéco-obstétricaux** comme les fausses couches, une mort néonatale ou un accouchement traumatique et le développement d'un ESPT postpartum (Reynolds, 1997 ; Maggioni *et al.*, 2006 ; Beck & Watson, 2010).

De plus, **les attentes et les représentations concernant l'accouchement** et son déroulement développées durant la grossesse par la femme semblent avoir un impact sur la survenu d'un ESPT en cas de non-cohérence (Ayers & Pickering, 2005 ; Denis & Callahan, 2009).

3.3.2. Les facteurs de risque périnataux

Parfois une distinction est faite dans la littérature entre les facteurs périnataux, appelés « subjectifs » (comme par exemple la douleur, le soutien social) versus les facteurs, dits « objectifs » (intervention instrumentale, césarienne en urgence). Cependant cette distinction nous semble obsolète car selon les connaissances actuelles il n'existe pas une simple relation « dose-réponse » entre la sévérité des interventions médicales et le développement d'un ESPT postpartum (van Son, 2005 ; Olde *et al.*, 2006 ; Ford & Ayers, 2009). C'est la *perception* par la femme de la sévérité de la situation qui est primordiale.

Certes, les **interventions obstétricales** sont associées à un risque plus élevé de développement d'un ESPT postpartum (Menage *et al.*, 1993 ; Fisher *et al.*, 1997 ; Bailham & Joseph, 2003 ; Ayers, 2004, Tham *et al.*, 2007), mais pas toujours (Ryding *et al.*, 1998 ; Skari *et al.*, 2002 ; Maggioni *et al.*, 2006 ; Ford *et al.*, 2010 ; Sorenson *et al.*, 2010). Selon Olde *et al.*, (2006), les interventions obstétricales pourraient avoir un rôle à travers la façon de percevoir l'accouchement comme traumatique (…), mais d'autres facteurs plus personnels ou subjectifs ont un rôle de médiateur dans le développement d'un stress post-traumatique "*Therefore, obstétric interventions may play a role in perceiving childbirth as traumatic (...), but other more personal or subjective factors have a mediating role in the subsequent development of posttraumatic stress." (cf.* aussi Elmir *et al.*, 2010).

La détresse subjective durant le travail représente selon Anderson *et al.* (2012), le facteur le plus prédictif d'un ESPT parmi tous les facteurs : ce facteur comprend, selon l'auteur, les émotions négatives et le mauvais vécu de l'accouchement, la perte de contrôle, la dissociation périnatale, la douleur et une grande peur pour l'enfant[11]. Une étude qualitative d'Ayers (2007b) montre que les femmes avec ESPT rapportent plus d'émotions et de cognitions négatives durant l'accouchement (comme la colère, la panique, des pensées de la mort, etc.) que les femmes sans ESPT postpartum. Le **rôle des émotions** négatives et de la détresse (*distress*) pendant l'accouchement pour le développement d'un ESPT postpartum sont bien démontrés (Olde *et al.*, 2005; Ross *et al.*, 2006, Lev-Wiesel *et al.*, 2009 ; Ford *et al.*, 2010).

Le **contrôle perçu** durant l'accouchement et plus précisément la perte de contrôle au cours de l'accouchement, accompagnée d'un sentiment d'impuissance et d'un manque d'information ont été souvent associés avec un ESPT postpartum (Ayers, 2004 ; Harris & Ayers, 2012), et surtout dans les études qualitatives (Beck, 2009 ; Nicholls & Ayers, 2007). Toutefois, il faut rester vigilant car la même terminologie, ici le mot « contrôle », peut se rapporter à des concepts divers (Green *et al.*, 1990, cités selon Dorn, 2003 ; Ford & Ayers, 2011).

La **douleur** durant le travail et l'accouchement sont également discutés ; une étude a pu démontrer un effet (Soet *et al.*, 2003), une autre étude n'a pas trouvé de lien (Cigoli *et al.*, 2006). Par contre, il semblerait que la douleur augmente la détresse émotionnelle (Czarnocka & Slade, 2000 ; Boudou *et al.*, 2008) et la dissociation péri-traumatique (van Son *et al.*, 2005) chez les femmes présentant un ESPT post-accouchement.

La **dissociation** durant l'accouchement est un facteur de risque important dans le développement d'un ESPT postpartum. Elle est décrite comme une forme de dépersonnalisation : parfois les femmes disent avoir observé l'accouchement comme si « elles n'étaient plus dans leur corps ». En 2005, l'équipe d'Utrecht, a pu montrer le rôle prédictif des émotions négatives et de la dissociation durant l'accouchement pour la sévérité d'un ESPT postpartum (Olde *et al.*, 2005) et dans une deuxième publication, les auteurs retrouvent ce rôle de prédicteur, mais modéré par l'information reçue durant l'accouchement (Van Son *et al.*, 2005).

[11] Ce facteur ne sera pas explicité ici car il est issu des études des populations à risque.

Le **soutien social** est un concept extrêmement vaste rendant ainsi les résultats parfois difficiles à interpréter (Olde *et al.*, 2006). Une des méta-analyses sur les facteurs de risque d'un ESPT désigne le manque soutien social comme le facteur préventif le plus important (Brewin *et al*. 2000). Dans le contexte de la périnatalité, les recherches se sont intéressées au soutien apporté par le conjoint et l'interaction avec les soignants. Dans l'analyse de la littérature d'Andersen *et al.*, (2012), le manque de soutien social durant l'accouchement est ressorti également comme un des facteurs prédictif, les plus importants. Selon les auteurs, le lien entre le soutien par le conjoint et l'ESPT apparait surtout dans les études qualitatives (Ayers & Nicholls, 2007). Une étude récente décrit qu'un stress aigu vécu par le conjoint lors de l'accouchement a un impact sur l'apparition des symptômes d'un ESPT chez la femme (Iles *et al.*, 2011). Le lien entre **un manque de soutien** (et d'information) pendant l'accouchement et l'ESPT postpartum a pu être mis en évidence (Czarnocka & Slade, 2000 ; Soet *et al.*, 2003 ; Cigoli *et al.*, 2006 : Beck, 2009). Ford & Ayers (2011) ont démontré qu'un faible soutien par l'équipe soignante était lié à un ESPT chez les femmes présentant des antécédents traumatiques.

En 2006, Pauline Slade, suite à une synthèse de la littérature, propose de distinguer deux catégories de facteurs associés au développement d'un ESPT postnatal : d'une part, les facteurs prédisposant en lien avec l'histoire personnelle et avec la grossesse et d'autre part les facteurs précipitant associés à la période de l'accouchement. Ces deux catégories sont sous-divisées en trois groupes de facteurs internes, externes ou interactionnels. Les facteurs selon Slade (2006) sont résumés dans la Figure 2.

	Interne	Externe	Interactionnel
Facteurs Predispositifs	· Peur d'accoucher · Dépression pendant la grossesse · Difficultés psychologiques antérieures · Anxiété (trait) · Abus sexuel antérieur		· Grossesse non-programmée · Perception d'un faible soutien social
Facteur Declencheur	· Grande peur pour elle-même et/ou le bébé · Perception d'un faible contrôle/impuissance · Inégalité entre les attentes et le vécu · Grande douleur	· Césarienne en urgence · Extraction instrumental · Absence du père	· Perception d'un manque de soutien du conjoint · Perception d'un manque du soutien par l'équipe soignante · Sentiment d'être peu informée

Figure 2 - Modèle Slade, 2006

Plus récemment, à l'aide d'une modélisation statistique Ford, Ayers & Bradley (2010) ont testé l'adaptation du modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000) afin de prédire les symptômes d'un ESPT postpartum respectivement à 3 semaines puis à 3 mois postpartum. Comme variables prédictives, en lien avec le modèle d'Ehlers & Clark (2000) les auteurs ont choisi : les interventions médicales, un ou des traumas antérieurs, les croyances dysfonctionnelles antérieures et les stratégies antérieures de coping. Comme variables médiatrices (partielles ou complètes) les auteurs ont proposé d'une part les cognitions traumatiques (c'est-à-dire des évaluations négatives du trauma et de ses conséquences) et d'autre part le soutien social. Quatre modèles statistiques ont été testés, et les deux suivants ont été retenus. (1) A trois semaines postpartum, il existe une médiation complète des cognitions posttraumatique entre les prédicteurs (interventions médicales, trauma, croyances et coping antérieur) et l'apparition de symptômes d'ESPT. A cette période postpartum précoce, le fait d'ajouter la perception du soutien social n'apporte pas une grande amélioration du modèle. Le pourcentage de variance expliquée reste de 23%. (2) A trois mois postpartum, les variables prédictives évoluent, le modèle précédent n'explique plus que 9% de la variance de l'ESPT. Par contre, en ajoutant en plus le soutien social comme prédicteur avec une médiation partielle des cognitions post-traumatiques, ce nouveau modèle explique 16% de la variation de l'ESPT à 3 mois postpartum.

3.4. Conséquences de l'ESPT suite à l'accouchement

Alcorn *et al.*, (2010) ont démontré que la prévalence de l'ESPT augmente après le premier mois postpartum et se stabilise ensuite à trois mois vers 3,1%. Les auteurs ont contrôlé la présence d'un ESPT, d'une dépression et d'anxiété en période anténatale. Les recherches ont démontré que le développement de l'ESPT peut être significativement réduit par plusieurs facteurs comme une bonne communication dans le couple, le sentiment d'avoir un pouvoir de décision et un accompagnement en cas de complications (Ayers, 2007b).

Actuellement, il existe peu de travaux concernent l'étude des conséquences d'un ESPT postpartum pour le père (Bradley & Slade, 2011), les conséquences pour le couple (Ayers *et al.*, 2006 ; Moreau *et al.*, 2009) et le lien attachement avec le nouveau-né à court et à long terme (Ayers *et al.*,2007 ; Davies *et al.*, 2008). Slade (2006) souligne le manque de recherche sur l'impact d'un ESPT postpartum sur autrui. Pourtant, certains auteurs affirment que l'accouchement peut être un moment crucial dans la construction parentale et le développement du lien avec l'enfant (Klaus & Cannell, 1976). Les premières études dans ce domaine montrent que le vécu traumatique de l'accouchement a un impact nocif sur l'établissement du lien d'attachement entre les parents et le bébé et sur la qualité du couple. Une étude phénoménologique récente a explicité l'impact d'un accouchement traumatique sur le prochain accouchement (Beck & Watson, 2010). Déjà en 1997, Reynolds avait souligné le fait que certaines femmes demandent une césarienne suite à un vécu traumatique de l'accouchement précédent.

3.5. Interventions psychothérapeutiques

Dans la revue de la littérature de Lapp *et al.*, (2010), les auteurs soulignent un manque de recherche sur une prise en charge des femmes ayant subi un ESPT suite à l'accouchement, contrairement à la multitude d'études sur la prise en charge de l'ESPT dans d'autres contextes. Les auteurs (Lapp *et al.*, 2010) intègrent neuf études, comprenant sept études qui portent sur le *débriefing* ou le *counseling*, une étude sur la thérapie *TCC* et une sur l'EMDR. Les résultats montrent que les effets sont peu consistants pour la prise en charge des patientes avec les techniques de *débriefing* ou de

counseling ; pour les deux autres psychothérapies, une réduction des symptômes a pu être constatée.

Actuellement, seulement deux études pilotes qui évaluent l'efficacité de la prise en charge des femmes présentant un ESPT postpartum par thérapie EMDR sont publiées. En 2008, Sandström *et al.*, rapportent des premiers résultats encourageants malgré de nombreux problèmes méthodologiques rencontrés, notamment la taille de l'échantillon, l'absence de définition des critères d'inclusion et de non-inclusion, la diversité de temps depuis l'accouchement, l'absence de comparaison avec une autre prise en charge et l'absence de prise en compte de la situation prénatale. A partir de cette première étude pilote publiée, les auteurs concluent : 1) que l'ESPT postpartum est rare, mais nocif pour la femme et sa famille, 2) que les recherches ne sont pas assez nombreuses, 3) qu'il apparaît que les méthodes recommandées (TCC et EMDR) pour le stress post-traumatique dans la littérature générale sont également appropriées pour la prise en charge spécifique d'un ESPT suite à l'accouchement.

En 2012, une nouvelle étude est publiée par une équipe néerlandaise. Elle présente des résultats intéressants (Stramrood *et al.*, 2012) bien que l'échantillon soit à nouveau très restreint (n=3). Les femmes présentent une forte détresse psychologique au départ de la prise en charge, par contre à la fin du traitement, elles se sentent suffisamment fortes pour accoucher une nouvelle fois par voie basse (et non par césarienne programmée). Les forces de cette étude résident dans son design bien structuré, avec un rapport détaillé du protocole utilisé et des résultats bien décrits.

II. Problématique

Un vécu éprouvant de l'accouchement et ses conséquences représentent un problème majeur souvent sous-estimé pour la santé de la femme. Un nombre considérable de femmes perçoivent l'accouchement comme un événement de grand stress, voire un événement traumatisant. Suite à un vécu traumatique, certaines femmes peuvent développer après leur accouchement un état de stress post-traumatique (ESPT). La littérature rapporte en moyenne une prévalence de 1 à 2% de femmes qui manifestent un Etat de stress post-traumatique (ESPT) dans les premiers mois après l'accouchement, 10,5% de troubles d'adaptation et un tiers présentent des symptômes cliniquement significatifs d'un ESPT (revue de la littérature Olde et *al*., 2006 ; Denis & Callahan, 2009). Au niveau international, les études qualitatives et quantitatives de ces dix dernières années ont permis d'accroitre les connaissances à propos de ce phénomène (Ayers *et al*., 2009 ; Alcorn *et al*., 2010 ; Andersen *et al.*, 2012).

Les résultats de ces travaux suggèrent la nécessité de poursuivre, en France, l'étude de l'impact psychologique de l'accouchement. En 2012, 792 000 femmes ont accouché en France métropolitaine, 15 840 d'entre elles risquent ainsi de développer un ESPT suite à leur accouchement. Dans sa thèse, Anne Denis (2008) a présenté des études transversale et longitudinale avec des prévalences allant de 2,9 à 7,8% pour le sud de la France (Toulouse).

Si les travaux engagés dans cette thématique se sont bien développés (surtout dans les pays anglo-saxons), peu de travaux concernent l'étude de la prise en charge des femmes suite à un vécu traumatisant de l'accouchement avec une prise en compte de la situation prénatale (Lapp *et al*., 2010).

Ainsi, ce travail a quatre objectifs principaux :

1. Poursuivre la recherche empirique autour du développement d'un ESPT postnatal dans une région Lorraine, afin de fournir plus d'informations sur les caractéristiques du trouble (fréquence, symptômes associés, facteurs de vulnérabilités, comorbidités et conséquences). Cette étude prospective prendra en compte des variables évaluées dès le prépartum (troisième trimestre de la grossesse) et jusqu'à un an postpartum.

2. Evaluer la qualité de vie des femmes (présentant un ESPT post-accouchement versus sans ESPT) et étudier les facteurs modérant les effets pathologiques afin de proposer des améliorations dans la prise en charge. Nous avons ainsi choisi d'étudier le sentiment d'efficacité personnelle des femmes, leur perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante et les stratégies de coping qu'elles mettent en place.
3. Connaître les représentations des soignants sur le développement d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement à l'aide une étude qualitative par entretien
4. Elaborer un protocole de prise en charge des femmes présentant un ESPT consécutif à l'accouchement, afin d'évaluer l'effet d'une prise en charge psychothérapeutique (thérapie EMDR) des femmes en souffrance.
5.

Cette recherche trouve ainsi sa justification dans le fait qu'elle prend en compte la situation prénatale, et qu'elle ne s'arrête pas au constat que l'accouchement peut avoir un impact traumatique, mais elle propose d'évaluer l'efficacité d'une intervention psychothérapeutique innovante pour les femmes en détresse. Ainsi, ce travail essaie de fournir de nouveaux résultats dans le domaine de l'Etat de stress post-traumatique suite à l'accouchement avec des analyses quantitatives et qualitatives.

L'objectif général qui est recherché réside dans l'espoir que l'ensemble des données recueillies permettra de consolider les connaissances théoriques et pratiques autour de l'ESPT post-accouchement et ainsi d'améliorer la prise en charge des femmes en souffrance en les orientant vers un mode d'intervention dont l'efficacité aura pu être démontrée.

Après le développement de la méthodologie, nous présentons les résultats, selon 7 sous-ensembles : En premier, une description de la population des femmes enceintes est proposée, puis l'étude transversale à deux mois postpartum avec des précisions sur le diagnostic d'ESPT postpartum. Ensuite une étude longitudinale, qui s'étend du prépartum à 6 mois postpartum, compare un groupe de femmes présentant un ESTP post-partum à 2 mois à un groupe de femmes sans ESTP partum (témoin). La quatrième étude se rapporte à l'analyse des facteurs prédicteurs d'une symptomatologie d'ESPT à un an postpartum. A l'aide d'une méthodologie qualitative, la cinquième étude s'intéresse aux connaissances et représentations des professionnels de la périnatalité en rapport avec l'ESPT chez leurs patientes. La sixième partie expose le protocole de l'étude « ACCOUNOVA », protocole d'évaluation de l'efficience d'une intervention psychothérapeutique EMDR ciblée sur un événement précis : l'accouchement. La septième étude débute seulement est sera simplement mentionnée comme perspective. Deux présentations cliniques illustrent les difficultés rencontrées dans la réalisation d'une étude d'évaluation d'interventions psychothérapeutiques. Au final, les obstacles rencontrés sont discutés et des perspectives sont proposées.

III. METHODOLOGIE

1. Population

Les participantes à cette recherche sont des femmes enceintes, rencontrées lors de leur préparation à l'accouchement soit à la maternité (Niveau I ou Niveau II) soit dans un cabinet de sages-femmes ou de gynécologues en libéral. Cette population tout-venant est une population de femmes à faible risque de complications pendant la grossesse. Au départ, 400 femmes enceintes ont accepté de participer à l'étude (T1), puis, à 2 mois postpartum (T2), 180 femmes ont répondu au questionnaire, ensuite à six mois postpartum (T3), 97 femmes ont rempli le questionnaire et enfin à 12 mois postpartum (T4), elles étaient encore 86 femmes à participer à l'évaluation.

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont les suivants :

- Femmes majeures
- Femmes parlant couramment le français
- Femmes enceintes de un/ plusieurs enfants
- Femmes volontaires pour participer à l'étude (signature du consentement éclairé)

Les critères de non inclusion pour cette recherche sont les suivants :

- Femmes visées par les articles L. 1121-5 à L. 1121-6 et L. 1122-7 (mineures, majeures protégées, femmes enceintes) sauf pour notre étude les femmes enceintes
- Femmes ayant perdu leur enfant lors de la grossesse
- Femmes n'étant pas en état de fournir un consentement éclairé (mineures, femmes ne parlant pas français, déficiences intellectuelles, etc.).
- Femmes souffrant d'un ESPT avant l'accouchement.
- Femmes enceintes en période postpartum.

2. Mesures

2.1. Evaluation prépartum

Premièrement seront présentées les échelles utilisées dans le questionnaire « prépartum » et, par la suite, les échelles distribuées aux évaluations postpartum.

2.1.1. Fiche anamnestique

Le questionnaire comprend une fiche anamnestique repérant des informations sociodémographiques, des antécédents gynéco-obstétricaux et psychiatriques (*cf.* Annexe B).

2.1.2. Etat de stress posttraumatique

Suite à une recherche de littérature, la présence des symptômes d'un ESPT avant l'accouchement était évaluée avec l'IES (*Impact of Event Scale*) (Horowitz *et al.*, 1979 ; Zilberg, Weiss, & Horowitz, 1982 ; Sundin & Horowitz, 2002). Dans le contexte / champs d'un ESPT suite à l'accouchement, de nombreuses études ont choisi l'IES comme outil d'évaluation (Czarnocka & Slade,2000; Ayers *et al.*, 2006 ; Davies *et al.*, 2008 ; Tham, *et al.*, 2010 ; Mc Donald *et al.*, 2011).

L'échelle IES est composée de15 items, mesurant deux dimensions de l'état de stress posttraumatique: l'intrusion et l'évitement (Joseph, 2000). La dimension « intrusion » comprend sept items (1, 4, 5, 6, 10, 11, 14) et la dimension « évitement » inclut huit items (2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15). Les items sont cotés en fonction de la fréquence rapportée par le sujet durant les derniers sept jours (0 : pas du tout, 1 : rarement, 3 : parfois, 5 : souvent). Le score maximal est compris entre 0 et 75. Il ne permet pas de poser un diagnostic, mais d'estimer l'intensité de la détresse psychologique consécutive à tout type d'événement de vie traumatique. La publication originale sur l'IES ne comporte pas d'indication relative à un seuil clinique. Cependant, les auteurs de la traduction française (Hansenne *et al.*, 1993) proposent un seuil clinique de 42. D'après

cette étude, un score supérieur à 42 permet de classer les sujets en ESPT avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 100 % (selon DSM III-TR). Dans notre étude en accord avec à la littérature, un score supérieur à 42 est conservé comme indicateur d'un état de stress posttraumatique. Bien qu'un diagnostic ne puisse être posé avec ce seuil, l'objectif est ici de faire un *screening* dans la population des femmes enceintes.

Il existe aujourd'hui une version révisée de l'échelle (Weiss & Marmar, 1997) avec des items supplémentaires correspondant aux symptômes d'activation neurovégétative (critère obligatoire du DSM IV pour un diagnostic d'un ESPT). Pour deux raisons l'échelle IES a été retenue pour cette recherche : 1. Elle est plus puissante au niveau psychométrique (Olde *et al*., 2006) ; 2. Durant le troisième trimestre de la grossesse, les symptômes d'hyperréactivité neurovégétative risquent d'être confondus avec des caractéristiques de la fin de la grossesse (par exemple, difficulté de sommeil).

2.1.3. Dépression anténatale

La dépression prénatale était évaluée avec une échelle spécifique à la période anténatale : l'Edinburgh *Prenatal Depression Scale* (Murray & Cox, 1990). L'échelle est également composée de dix items cotés de 0 à 3. Seule la consigne « *vous venez d'avoir un bébé…* » (qui est la consigne propre à l'évaluation postnatale), est remplacée par la consigne « *vous attendez un bébé…* », la nature, le nombre et la cotation des dix items de cette échelle étant inchangée.

Contrairement à la forme postnatale il n'existe pas de validation sur une population française, mais De Tychey *et al.* (2005) ont montré de bonnes propriétés psychométriques de cet outil en prénatal.

Conformément avec la littérature un seuil de ≥ 14 (Murray & Cox, 1990 ; Alcorn *et al*., 2010) est retenu.

2.1.4. Anxiété

La sous-échelle anxiété de l'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, de Zigmond & Snaith, 1983 ; version française Lépine *et al.*, 1985) a été choisie pour le dépistage de l'anxiété. Le but était d'identifier l'existence d'une symptomatologie anxieuse et d'en évaluer la sévérité. La sous-échelle de la dépression n'était pas utilisée pour des raisons d'économie de temps de passation du questionnaire. Elle était évaluée avec un outil spécifique à la population.

L'échelle d'anxiété (HADS-A) comprend sept items. Pour chaque item les scores varient entre 0 à 3. Pour Barczack *et al.* (1988), une note de 8 et plus constituerait le seuil optimal pour l'anxiété avec une sensibilité de 82 % et une spécificité de 94 % (confirmé par Bjelland, 2002).

Conformément avec la littérature dans le contexte périnatal un seuil de 8 et plus est conservé (Abiodun, 1994 ; Jomeen & Martin, 2004).

2.1.5. Auto-efficacité

Selon Bandura (1977) l'auto-efficacité décrit la conviction/croyance d'une personne sur ses capacités de faire face aux défis de la vie. Selon son auto-évaluation générale, la personne s'estime plus ou moins efficiente à travers différents domaines de fonctionnement.

Afin d'évaluer cette perception d'auto-efficacité, Schwarzer & Jerusalem (1995) proposent l'échelle GSES (General Self-efficacy Scale). Cet outil comprend dix items avec quatre réponses possibles (1« faux », 2 « plutôt faux », 3 « plutôt vrai » et 4 « vrai »). Le score varie entre 1 et 40.

Une analyse comparative entre 25 pays montre que l'échelle a une configuration équivalente et présente une seule dimension (Scholz *et al.*, 2002).

2.1.6. Stratégies d'adaptation (Coping strategies)

Le terme *coping*, se réfère à un ensemble des processus qu'une personne met en place, afin de gérer un événement éprouvant, afin de diminuer ou maîtriser son impact sur le bien-être de la personne. Le *Brief COPE* (Carver *et al.*, 1989 ; version française Muller & Spitz, 2003) permet d'étudier les stratégies d'adaptation choisies par le sujet confronté à un événement stressant. Cet inventaire est construit à partir de modèles théoriques reconnus : modèle transactionnel du stress de Lazarus (1984), modèle de l'autorégulation du comportement de Carver & Scheier (1981).

Cette échelle comporte 28 items, présentant 14 sous-catégories de stratégies distinctes de coping : le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le désengagement comportemental, la distraction, le blâme, la réinterprétation positive, l'humour, le déni, l'acceptation, la religion, et l'utilisation de substances.

Les réponses sont côtés de 1 à 4 (« pas du tout », « de temps en temps », « souvent », et « toujours »). Les deux items correspondant à la stratégie de *coping* doivent être additionnés afin de connaître le score. Ainsi les scores pour les 14 sous-catégories varient entre 2 et 8. Les items de l'échelle sont formulés de telle façon à permettre d'évaluer soit le « coping-Etat[12] », soit le « coping-Trait[13] ». Selon les objectifs de recherche, uniquement la consigne ainsi que le temps de conjugaison des items peuvent variés. Nous avons choisi le format situationnel, demandant aux femmes de se référer à un événement stressant récent (au cours des deux derniers mois).

Présentation brèves des différentes dimensions de *coping* (Carver, 1997; Muller & Spitz, 2003) :

(1) Le *coping actif* est un processus par lequel l'individu essaie de supprimer le stresseur ou de minimiser ses effets. Le coping actif inclut l'amorçage d'une action

[12] Se référant à une approche intra-individuelle (situationelle), permettant d'évaluer les stratégies d'adaptation d'une personne en fonction de situations spécifiques.

[13] Se référant à une approche inter-individuelle (dispositionelle), afin d'évaluer les différences entre les individus face à la mémé situation.

immédiate, l'augmentation des efforts de la personne, et l'exécution judicieuse d'une tentative de résolution de la situation.

(2) La *planification* est le fait de réfléchir à l'organisation d'un plan, aux étapes à suivre et à la meilleure manière de gérer le problème.

(3) La *recherche de soutien social instrumental* correspond à la recherche de conseil, d'assistance ou/et d'informations.

4) La *recherche de soutien social émotionnel* s'appuie sur le soutien moral, la sympathie ou encore la compréhension. La tendance à rechercher du soutien social émotionnel peut avoir des effets contrastés. D'autres réponses au stress en fonction des circonstances peuvent parfois être mal appropriées.

Ainsi le coping intitulé (5) *expression des sentiments* est parfois peu fonctionnel, car la personne a tendance à se centrer sur sa détresse émotionnelle n'arrivant pas à évacuer ses sentiments. Néanmoins, cette stratégie peut être momentanément fonctionnelle, par exemple, pendant une période de deuil.

(6) Le *désengagement comportemental* correspond à la réduction des efforts d'une personne pour faire face au stresseur, à l'abandon de toute tentative d'atteindre les buts sur lesquels celui-ci interfère. Le désengagement d'un but inaccessible est quelquefois une réponse hautement adaptative (*cf.* Klinger, 1975). Par contre, s'il s'agit d'un but accessible, ce type de réponse entrave un coping efficace.

(7) La *distraction* vise à détourner l'attention de la personne de toutes pensées se rapportant à la situation de stress ou à l'objectif avec lequel le stresseur interfère. Ces tactiques sont mises en place dans le but d'éviter de penser au problème.

(8) Le *blâme* ou le fait de se faire des reproches est souvent associé à un sentiment de culpabilité. Des recherches l'évaluant ont montré que ce type de réponse était « prédicteur » d'un moindre ajustement au stress (Bolger, 1990 ; McCrae & Costa, 1986).

(9) La *réinterprétation positive* a pour but d'évaluer ou réévaluer une situation stressante en des termes positifs, elle devrait intrinsèquement permettre à la personne de poursuivre ou de reprendre son combat contre le stresseur.

(10) L'*humour* permet de prendre une certaine distance avec la situation afin d'éviter d'être submergé par ses émotions.

(11) Le *déni* décrit le refus de croire que le stresseur existe ou l'effort cognitif d'agir en pensant que le stresseur n'est pas réel. Il désigne une stratégie de coping qui peut être plus ou moins adaptative (Spitz, 2002). Il est souvent suggéré que le déni est utilisé pour minimiser la détresse émotionnelle ; il peut être fonctionnel au début de la situation stressante mais à long terme, il entrave des stratégies de coping plus fonctionnelles.

(12) L'*acceptation* est souvent estimée comme une réponse fonctionnelle car la personne qui accepte la réalité d'une situation stressante est plus apte de s'engager dans une lutte contre celle-ci (Carver & Scheier, 1989). En fonction du moment d'évaluation, ce type de coping recouvre deux aspects : l'acceptation du stresseur comme objet réel lors d'un premier temps d'évaluation, l'acceptation d'une absence de stratégies de coping efficace lors d'un second temps d'évaluation qui ne sera fonctionnelle que si la personne poursuit tout de même ses efforts vers des stratégies plus appropriées.

Le fait de se tourner vers la (13) *religion* dans une situation de stress est proposé par les auteurs comme une échelle unique. Pourtant il est difficile de résumer cette démarche dans une seule échelle, car elle pourra être divisée en plusieurs bénéficies (comme p.ex. une réinterprétation positive, ou un soutien émotionnel).

(14) L'*utilisation de substance* comme stratégie de coping, concerne plus particulièrement la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogue. En effet, l'utilisation de substances peut permettre à la personne de s'évader, d'échapper à la réalité, d'éviter d'être confrontée à la situation.

2.1.7. Qualité de vie

Dans l'objectif d'évaluer la santé physique et mentale des femmes, l'échelle Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF–36) a été choisie (Ware *et al.*, 1992 ; Leplege *et al.*, 1998). Cet outil d'auto-évaluation évalue 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique. Pour chaque échelle, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. A partir des huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score total de santé physique et un score total de santé mentale.

2.2. Evaluation postnatale

Toutes les échelles de l'évaluation prépartum sont à nouveau administrées lors de l'évaluation postpartum, sauf (1) une échelle spécifique du PTSD postpartum (PPQ, voir ci-dessous) (2) l'échelle concernant la dépression, l'EPDS dans sa version postnatale. Une échelle supplémentaire a été ajoutée concernant la relation avec les soignants.

2.2.1. ESPT postnatal–mesure spécifique

L'échelle PPQ (*Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire ;* Demier *et al.*, 1996) a été ajoutée à l'ensemble de notre évaluation postpartum. Initialement le PPQ est prévu pour les parents d'un enfant à risque élevé de présenter une malformation (Demier *et al.*, 2000), cet outil est estimé plus discriminatif que l'IES (Quinneil & Hynan, 1999).

L'échelle comprenant 14 items a été construite selon les critères B, C, D du DSM-IV concernant sa description d'un ESPT (intrusion, évitement, hyperactivité neurovégétative). Chaque item se réfère à la naissance de l'enfant ou le séjour à la maternité.

L'intrusion et la récurrence des souvenirs difficiles relatifs à la situation périnatale sont présentes dans les items 1, 2 et 3.

Les symptômes de l'évitement sont évalués par les items de 4 à 9.

Les symptômes de l'hyperactivité neurovégétative sont explorés avec les items de 10 à 14.

Le nombre des items correspond à la variation du score (étalement ente 0 et 14), car le sujet peut répondre à chaque item oui/non.

Dans la validation en français (Pierrehumbert *et al.*, 2004), les auteurs proposent un seuil clinique supérieur à 5, qui sera également appliqué pour cette recherche.

2.2.2. Dépression postnatale

La dépression postpartum a été évaluée avec l'instrument d'évaluation le plus connu dans le contexte périnatale *l'Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox *et al.*, 1987). Les items ne diffèrent pas de la version prépartum. La version française est validée par Guedeney & Fermanian (1998).

Le seuil pour une dépression du postpartum est estimé à un score supérieur ou égal à 12 (Teissèdre &Chabrol, 2004 ; DeTychey *et al.*, 2006, Alcorn *et al.*, 2010).

2.2.3. Relation avec les soignants

La perception de la relation avec les soignants a été mesurée avec le *modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ)* (Williams *et al.*, 2005 ; Williams *et al.*, 2007). Pour cette recherche, la version courte de l'échelle a été choisie : *modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ)* (Williams *et al.*, 2005 ; Williams *et al.*, 2007). Elle comprend 6 items, coté de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai), avec un score total de 56.

A notre connaissance cet outil n'a jamais été utilisé dans le contexte périnatal. Initialement, il a comme objectif de mesurer la perception qu'ont les patients de l'aide

apportée par les soignants dans le développement de leur autonomie (*support for autonomy*) face à une maladie. Pour cette recherche, l'outil a été employé pour évaluer la perception de la relation avec l'équipe soignante, pour la pertinence de ses six items.

Cet instrument d'évaluation est issu du contexte théorique de la théorie d'auto-détermination de Deci & Ryan (*Self-Determination Theory, SDT*, 1985) appliqué dans le contexte de la santé. L'échelle initiale (HCCQ, *Health Care Climate Questionnaire*) a été développée dans le but d'évaluer une variable de la SDT : le soutien des professionnels de la santé pour le développement d'une autonomie du patient vers un comportement sain. A notre connaissance cet outil n'a jamais été utilisé dans le contexte périnatal, pourtant il nous semble très pertinent. Un soutien du côté des soignants pour que la femme reste autonome durant l'accouchement, implique des facteurs très importants : 1. Le respect de la femme ; 2. Une preuve de sa compétence et 3. La possibilité pour elle de garder un certain contrôle. Un non-respect de ces facteurs était associé au développement d'un ESPT postaccouchement (Cigoli *et al.*, 2006 ; Soet *et al.*, 2003)

3. Procédure

Cette recherche longitudinale a été réalisée en quatre temps d'évaluation (T1 à T4). L'étude a été présentée aux femmes, pendant leurs cours de préparation à la naissance. Lors du premier contact la femme était au troisième trimestre de sa grossesse, puis 2, 6 et 12 mois postpartum. Le suivi de la femme est ainsi estimé à 15 mois.

Chaque évaluation est réalisée par questionnaire (*cf.* Figure 3). Une lettre d'information est jointe à chaque questionnaire avec les coordonnées de la doctorante et un formulaire de recueil de consentement éclairé spécifique à chaque évaluation (*cf.* Annexe A à F). Une enveloppe pré timbrée est préparée et adressée au Laboratoire EPSaM. En période postnatale, une lettre de prévention est ajoutée pour les femmes susceptibles de souffrir d'une détresse psychologique suite à l'accouchement.

La récolte des données a été effectuée entre avril 2009 et janvier 2013. Depuis novembre 2012, une prise en charge a pu être proposée pour les femmes ayant subi un accouchement traumatisant. Afin d'évaluer l'efficacité de ce suivi un protocole a été élaboré (*cf.* Chapitre IV. 6). Actuellement, cette recherche se poursuite.

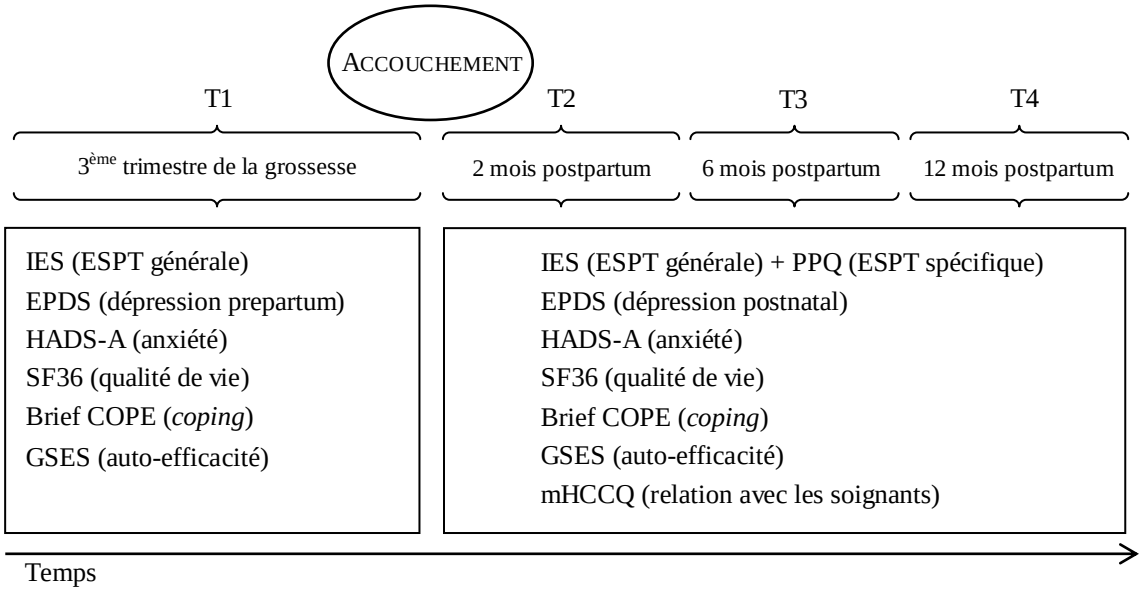

Figure 3 - Design longitudinal

4. Cadre institutionnel et financement

Afin de rencontrer la population ciblée par cette étude, différentes institutions et cabinets libéraux ont été contactés : les maternités publiques St Croix (Metz), Marie-Madeleine (Forbach) et St Nabor (St Avold), la maternité privée HCCB de Metz et la PMI (Metz). Une convention a été établie avec l'HCCB pour la prise en charge des femmes avec un ESPT postaccouchement. Le but de cette collaboration consiste à pouvoir proposer une prise en charge aux femmes en souffrance suite à un vécu traumatique de l'accouchement et une présentation psychopathologique (Etat de stress posttraumatique, ESPT) ; un protocole a été établi (*cf.* chapitre 6).

Cette thèse a été subventionnée par un co-financement entre la Région Lorraine (dans le cadre d'un accueil d'étudiante étrangère) et du FEDER (fonds européen) dans le cadre du projet « ACCOUNOVA » (évaluation de la prise en charge des femmes ayant subi un ESPT suite à l'accouchement avec la psychothérapie EMDR).

5. Déontologie de la recherche

L'étude a été présentée aux femmes lors du premier contact. Il a été souligné durant la présentation et par écrit, que la participation à l'étude était volontaire. Il a été expliqué que l'étude était indépendante de la maternité et sans aucun impact sur la prise en charge et le suivi à la maternité. Une feuille de consentement éclairé à été signé par la femme, à chaque temps de l'évaluation (*cf.* Annexe A). Puis, en postpartum les femmes ont été informées de la possibilité de prendre contact avec la psychologue (de la maternité ou autre), si elles en ressentaient le besoin. De plus, en ce qui concerne la partie interventionnelle de l'étude (la prise en charge des femmes avec un ESPT postpartum) et en conformité avec la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- Le Comité de Protection des Personnes - CPP EST II réuni le 25 juillet 2011 au CHU de Besançon, a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude en date du 10 novembre 2011,
- l'autorité compétente (AFSSAPS) a autorisé la réalisation de cette étude en date du 1 août 2011,
- un contrat d'assurance a été souscrit.

6. Traitement des données

Les analyses des données ont été effectuées à l'aide du logiciel PAWS (SPSS), Version 17. Afin de décrire la population des calculs de moyennes, d'écarts-types et de fréquences ont été réalisés. Des comparaisons de moyennes entre groupes ont été effectuées avec le t-Test de Student, le test non-paramétrique Mann-Whitney, ou le Khi² pour les groupes indépendants. Des corrélations entre les scores à différentes échelles ont été réalisées (coefficient de Pearson), ainsi que des corrélations entre les scores aux échelles et des classements (coefficient de Spearman). Des régressions ont été utilisées, afin d'analyser des facteurs prédictifs du score d'un Etat de stress posttraumatique. Une analyse multifactorielle (MANOVA) a été réalisée, afin d'étudier les effets du temps et les différentes évolutions des femmes présentant une symptomatologie d'un ESPT postpartum. Par convention, le seuil de significativité retenue était de p= 0,05.

IV. RESULTATS

1. Description de la population : femmes enceintes (T1)

L'anamnèse des 400 femmes rencontrées lors de leur dernier trimestre de la grossesse montre qu'elles sont âgées en moyenne de 29,18 ans (σ = 4,71) avec un intervalle de 19 à 46 ans. Concernant leur situation professionnelle, 82,9% des femmes travaillent et presque la moitié des femmes appartient à la catégorie des employés (48%). La plupart des femmes sont primipares (83,5%) et vivent avec le père de l'enfant qu'elles portent (92,5%). Les informations sociodémographiques et les antécédents psychologiques et obstétricaux sont présentés au Tableau 3.

	Effectif (n /N)	Pourcentage (%)
Informations personnelles		
Pays de naissance (France)	195/211	92,4
Vit avec le père de l'enfant	359/388	92,5
Primipare	328/389	83,5
Consommation (cigarettes) durant la grossesse	73/389	15,5
Consommation (alcool) durant la grossesse	8/207	2,8
Maladie particulière	54/393	13,7
Consultation psychologue	73/389	18,8
Consultation psychiatre	34/384	8,9
Consultation psychothérapeute	4/206	1,9
Catégorie socioprofessionnelle		
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	19/392	4,8
cadres et prof. intellectuelles sup	58/392	14,8
professions intermédiaires	48/392	12,2
employés	188/392	48,0
ouvriers	12/392	3,1
retraités	3/392	0,8
autres, sans activité professionnelle	64/392	16,3
satisfaites de la situation financière	283/387	73,1
Histoire obstétricale		
Complications durant une grossesse antérieure	54/388	33,8
Grossesse programmée	302/386	78,2
Grossesse simple	204 /207	98,6
Complications durant cette grossesse	109/393	27,7
Hospitalisation durant la grossesse	21/205	10,2
Préparation à la naissance	202/207	97,6

Tableau 3 - Informations sociodémographiques, antécédents (psychologiques et obstétricaux)

Concernant les renseignements subjectifs du vécu de leur grossesse, les femmes ont répondu avoir eu une réaction positive face à la grossesse (98,5%), et que celle-ci était également désirée par leur conjoint (94,1%). Elles ont mis en moyenne sept mois pour

être enceinte (σ = 33 mois) et 30,8% disent avoir eu des difficultés à être enceinte. Beaucoup de femmes enceintes décrivent avoir eu des sensations positives dans leur corps (82,2%). Presque toutes les femmes (97,6%) ont suivi un cours de préparation à la naissance, pourtant seulement 70% des femmes se sentent préparées à l'accouchement. Presque un tiers des femmes (27,7%) rapportent des complications durant leur grossesse (comme contractions, diabète, saignements, « maux de début », hypertension, décollement du placenta, sciatique). Une hospitalisation durant la grossesse a été nécessaire pour 21 femmes sur 205 ayant répondu (10,2 %).

Par rapport à la perception du soutien durant la grossesse, 89,2% des femmes rapportent se sentir accompagnées durant leur grossesse. Pour la majorité des femmes, le comportement du conjoint correspond à leurs attentes (87,7%) et 74,6% disent se sentir toujours soutenues par leur conjoint. Plus de la moitié des femmes rapportent également être toujours soutenues par leur famille (69,2%), ou des proches (51%). Par rapport au soutien des professionnels du domaine périnatal, seulement 28,6% des femmes enceintes se disent « toujours » soutenues par eux et 16,9% rapportent manquer de soutien de la part des soignants.

Concernant les signes de détresse psychologique, voire un risque psychopathologique, les femmes présentent une moyenne à l'échelle de dépression prénatale de 6,68 (σ=5,26) et 9,6% dépassent le score clinque et présentent un risque de dépression anténatale. Concernant l'échelle d'anxiété, les femmes présentent un score moyen de 7,45 (σ = 3,58), mais 43,7% franchissent le score clinique et risquent de présenter une symptomatologie anxieuse cliniquement significative.

1.1. Résumé

Notre échantillon de femmes enceintes est composé de 400 femmes. Les futures mères sont âgées en moyenne de 29,18 ans, majoritairement employées (48%), primipares (83,5%), et vivent avec le père de l'enfant (92,5%). Pour la plupart d'entre elles, c'est une grossesse simple (98,6%) et programmée (78,2%). Presque un tiers des femmes rapportent des complications médicales durant la grossesse (27,7%). Concernant la détresse psychologique, 9,6% des femmes présentent une symptomatologie dépressive durant le dernier trimestre de la grossesse et 43,7% des symptômes anxieux.

1.2. Discussion

Les femmes ont été nombreuses à accepter à notre étude (N= 400). La majorité de notre échantillon était en attente de son premier enfant, ceci s'explique par le fait que les femmes ont été contactées lors du cours de préparation à la naissance. Une des limites de nos résultats vient du fait qu'ils s'appuient sur les réponses subjectives des femmes (sans consultation systématique du dossier médical) ce qui peut entraîner des descriptions et des interprétations empreintes de subjectivité. Par exemple, à la question « Avez-vous éprouvé des difficultés à être enceinte ? », certaines femmes ont répondu « oui » pour 4 mois d'attente, d'autres « non » pour 12 mois d'attente. De même l'évaluation subjective des complications pendant la grossesse que les femmes peuvent décrire, diffèrent considérablement. Malgré ce biais, ce qui nous intéresse en premier lieu, c'est le vécu subjectif de la femme et l'impact de ce dernier sur la façon de faire face des femmes en lien avec leur qualité de vie. De plus, nos résultats relèvent chez de nombreuses femmes une détresse psychologique à la fin de leur grossesse. Même si le taux de la dépression prénatale est moins élevé dans notre étude que dans d'autres études prénatales (Gaugue-Finot *et al.*, 2010 ; De Tychey *et al.*, 2005), un taux de presque 10% reste élevé pour de futures mères. Mais c'est surtout le taux « excessivement » élevé des symptômes anxieux (43,7%) qui nous interpelle. Plusieurs réflexions peuvent être apportées quant à ce pourcentage élevé de femmes anxieuses : la majorité des femmes de notre échantillon est primipare, des études montrent que les primipares sont plus anxieuses (Hofberg & Ward, 2003) ; la présence d'anxiété durant la grossesse est plus élevée lors du premier et du dernier trimestre de la grossesse (Teixeira *et al.*, 2009). En 2000, le terme *tocophobia* a été introduit par Hofberg & Bockington pour désigner une grande peur d'accoucher. Certains auteurs se posent la question de savoir si la peur durant la grossesse n'est pas une catégorie spécifique (Huizink et al., 2004) et s'il est approprié de l'évaluer avec des mesures non spécifiques à la situation (Meades & Ayers, 2010). Suite à un de nos questionnements, une première publication a été soumise avant la fin du recueil de données. L'objectif de cet article est de compléter les connaissances sur l'anxiété périnatale. Il n'a pas été intégré dans le texte principal de la thèse car l'échantillon est constitué d'une partie seulement de l'échantillon final. Cet article s'intitule « Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period », il est accepté par la revue *BMC Childbirth and Pregnancy* et en cours de révision. (*cf.* Annexe M).

2. Etat de stress post-traumatique - Etude transversale à deux mois postpartum

2.1. Préambule : Précisions sur le groupe des femmes présentant un risque d'ESPT postpartum

Deux mois après l'accouchement, deux échelles ont été proposées aux femmes afin d'évaluer l'Etat de stress post-traumatique postpartum : *l'Impact of Event Scale* (IES, Horowitz *et al*., 1979) et le *Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire ;* (PPQ, Demier *et al*., 1996). Premièrement, parmi les 117 femmes qui ont répondu à *l'Impact of Event Scale*, 17 femmes (14,5%) présentent un score supérieur à 42, indicateur d'un Etat de stress post-traumatique. Parallèlement une échelle spécifique à la périnatalité, le *Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire* (PPQ) a été complétée par 162 femmes. Pour ce questionnaire PPQ, le score clinique retrouvé le plus largement dans la littérature, lorsqu'il est supérieur à 5 est un indicateur d'un ESPT postpartum. Selon ce score clinique, 32 femmes (19,6%) présentaient un risque d'ESPT postpartum.

Contre toute attente, les scores obtenus aux 2 échelles d'évaluation de l'ESPT ne sont pas corrélés entre eux (n.s.). Seulement 3 femmes ont présenté un score clinique conjointement significatif aux deux échelles. La non-spécificité de l'IES au domaine de la périnatalité pourrait en être une des causes.

Toujours, dans le questionnaire post-natal (T2), une variable de nature qualitative a été introduite, afin de demander aux femmes le vécu de leur accouchement. Pour les analyses, la réponse a été catégorisée (1= très bien, 2= bien, 3= plutôt bien, 4= plutôt mal, 5= mal, 6= très mal). Ainsi, cette question sur le vécu apporte une information sur la validité de notre échelle du ESPT spécifique (PPQ), car elle est significativement corrélée au score du PPQ (ρ de Spearman =.32 ; $p<0,001$). Par contre, cette variable qualitative n'est pas corrélée significativement au score de l'échelle IES.

Suite aux recommandations de la littérature selon lesquelles il est préférable de choisir des échelles spécifiques à la population ciblée (Meades & Ayers, 2010), suite également aux résultats présentés ci-dessus et à la plus grande facilité pour les femmes de compléter le questionnaire spécifique, le score à l'échelle PPQ (*Perinatal*

Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire, Demier *et al*., 1996), a été défini comme notre critère d'évaluation pour un risque d'ESPT.

Bien entendu, ce score reste un score clinique ne permettant aucun diagnostic d'un ESPT, mais seulement l'évaluation d'une symptomatologie cliniquement significative. Pour éviter toute confusion, dans toutes nos analyses la terminologie employée, afin de définir le groupe à risque, sera femmes « avec des symptômes d'ESPT » ou bien « avec une symptomatologie d'ESPT ».

2.2. Description de la population à deux mois postpartum

A la première évaluation postpartum, 180 femmes ont répondu au questionnaire (44,8% de l'échantillon prénatal). Parmi ces femmes, neuf femmes présentaient déjà un risque d'ESPT avant l'accouchement, leurs scores n'ont pas été pris en compte pour les analyses présentées ci-dessous. De même, huit femmes étaient exclues des analyses ci-dessous, car elles ont renvoyé le questionnaire avec un délai trop important. Les 163 femmes inclues dans ce chapitre ont répondu en moyenne à 10, 82 semaines postpartum (σ= 4,03). Les analyses de comparaison entre les 2 groupes : femmes ayant répondu à T2 versus femmes n'ayant pas répondu à T2 n'ont révélé aucune différence (t-Student & chi²), ni pour les variables descriptives comme l'âge, le CSP, les complications durant la grossesse etc…), ni pour les scores de détresse psychologique (ESPT, dépression, anxiété), de qualité de vie ou de stratégies de *coping*.

La majorité des grossesses a été menée à terme selon les mères (54,5%) avec autant d'enfant fille que garçon (50,8 respectivement 49,2%) et 98, 9% des bébés vont bien.

Concernant le mode de délivrance, 72 femmes ont accouché par voie basse, 27 par césarienne et 24 par intervention instrumentale (*cf*. Tableau 4). Le père de l'enfant était présent dans 78,3% des accouchements. Pour 75,3% des femmes, le souvenir de l'accouchement est positif (voir tableau). Les mères sont restées en moyens 5,24 jours à la maternité (σ= 3,435).

Mode de délivrance	Effectifs (n)	Pourcentage (%)

Voie basse	72	59,5
Césarienne programmée	7	5,8
Césarienne d'urgence	20	16,5
Forceps	3	2,5
Ventouse	19	15,7

Tableau 4 - Mode de délivrance (N= 121)

Vécu de l'accouchement	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très bien	70	43,2
Bien	20	12,3
Plutôt bien	32	19,8
Plutôt mal	14	8,6
Mal	8	4,9
Très mal	18	11,1

Tableau 5 : Vécu de l'accouchement (N=162)

Dans notre échantillon, 88,6% des femmes ont pris un congé de maternité. Deux mois après l'accouchement, 92,1% des mères disent se sentir bien dans leur rôle de maman. Un tiers des femmes (28,3%) rapportent des difficultés avec le bébé durant les premières semaines postpartum (surtout concernant l'alimentation, le sommeil et les coliques).

Dans notre population à 2 mois postpartum, 32 femmes (19,6%) ont présenté les signes cliniques d'un ESPT selon le PPQ. En ce qui concerne la dépression, 33 femmes (20,2%) ont montré des scores cliniques de dépression et 69 mères (42,1%) ont présenté une symptomatologie anxieuse à 2 mois postpartum.

La comorbidité entre les symptômes cliniques d'un ESPT et la dépression, et surtout l'anxiété, est très importante : parmi les femmes présentant des symptômes d'un ESPT, 34,4% ont présenté une dépression post-natale et 65,6% ont montré des symptômes cliniques d'anxiété.

2.3. Etude transversale : Comparaison des évaluations des femmes sans et avec symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum

2.3.1. Comparaison des 2 groupes (avec ou sans symptômes d'un ESPT) concernant les variables de l'évaluation prépartum

Les deux groupes de femmes (avec ou sans symptômes d'un ESPT) ne diffèrent pas en fonction de leur âge, de leur appartenance à un groupe socioprofessionnel, ni pour leur nombre d'enfants. Les antécédents obstétricaux-gynécologiques des 2 groupes ne diffèrent pas non plus.

Seulement cinq variables diffèrent significativement entre les 2 groupes : la présence d'une maladie particulière, la réaction face à la grossesse, la perception des sensations positives dans le corps, la satisfaction avec la situation financière et le soutien de la famille. Durant la grossesse, 42,9% des femmes avec des symptômes d'un ESPT déclarent une maladie particulière (comme par exemple une tachycardie, du diabète, de l'asthme, de l'hyper- ou hypothyroïdie) versus 57,1% ne présentant aucune maladie ($Khi^2 = 9,57$; $p = 0,005$). Dans le groupe de femmes avec un risque d'ESPT, seulement 17,4% rapportent une réaction positive face à la grossesse versus 8,94% ($Khi^2 = 8,94$; $p = 0,033$) et seulement 14,4% disent avoir eu des sensations positives dans leur corps pendant qu'elles étaient enceintes versus 85,6% ($Khi^2 = 6,58$; $p = 0,019$). Par ailleurs, seulement 14% d'entre elles se disaient satisfaites de leur situation économique avant la naissance alors qu'elles sont 86% chez les femmes sans ESPT ($Khi^2 = 5,80$; $p = 0,016$). Enfin, uniquement 10,7% des femmes avec des symptômes d'un ESPT se sont senties accompagnées durant leur grossesse versus 89,3% ($Khi^2 = 4,58$; $p = 0,055$). Ainsi, les femmes appartenant au groupe « ESPT » estiment être peu ou très peu soutenues durant leur grossesse en comparaison aux femmes du groupe « témoin ».

2.3.2. Comparaison des 2 groupes (avec ou sans symptômes d'un ESPT) concernant les variables lors de l'évaluation postpartum

Le groupe avec une symptomatologie de ESPT et le groupe témoin ne montrent pas de différences significatives concernant le mode de délivrance, ni le fait d'avoir mené à terme la grossesse selon la mère, ni sur le temps du travail et la répartition du sexe de l'enfant. La présence du père pendant la délivrance et le bien-être du bébé à deux mois postpartum présentent une tendance à différer entre les 2 groupes **(**avec ou sans symptômes d'un ESPT**)**, mais le seuil est légèrement supérieur à 0,05 (respectivement p= 0,089, p = 0,069).

De plus, un score élevé à l'échelle PPQ (échelle de stress post-traumatique suite à l'accouchement) est corrélé avec un vécu négatif de l'accouchement (ρ=.32 ; p<0,001), avec des difficultés d'adaptation dans le rôle de mère (ρ=.31 ; p<0,001), avec plus de difficultés au niveau social (ρ= -.27 ; p<0,05), avec plus de difficultés avec le conjoint (ρ= -.26 ; p<0,05) et plus de difficultés au niveau de la santé générale de la femme (ρ= -.28 ; p<0,05). Le groupe des femmes présentant un risque d'ESPT présente également significativement plus de difficultés avec le bébé durant les premières semaines (chi^2= 8,074 ; p=0,018).

2.3.3. Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin.

Deux mois après l'accouchement, la comparaison des femmes sans et avec un Etat de stress post-traumatique montre que les moyennes des deux groupes différent de manière significative pour trois stratégies de coping (*cf.* Tableau 6) : les femmes avec des symptômes ESPT utilisent moins l'acceptation et moins la réinterprétation positive. Par contre, elles utilisent significativement plus le désengagement comportemental.

Stratégies de coping	Femmes témoins (N=120)		Femmes avec ESPT (N=32)		F
	Moyenne	**σ**	**Moyenne**	**σ**	
Coping actif	3,08	0,575	2,95	0,610	0,002
Planification	3,08	0,580	3,02	0,589	0,139
Soutien instrumental	3,00	0,743	2,83	0,799	1,834
Soutien émotionnel	2,98	0,747	3,09	1,771	3,854
Expression sentiments	2,95	0,689	2,84	0,818	4,875
Acceptation	**3,40**	0,495	**3,06**	0,535	**0,034****
Déni	1,50	0,655	1,69	0,759	0,475
Blâme	2,12	0,773	2,38	0,813	0,196
Humour	1,92	0,802	1,75	0,762	0,039
Religion	1,70	0,907	1,59	0,827	1,085
Distraction	2,38	0,871	2,20	0,831	0,382
Utilisation de substances	1,10	0,372	1,17	0,451	2,121
Désengagement comportemental	**1,48**	0,572	**1,73**	0,660	**1,031***
Réinterprétation positive	**2,92**	0,592	**2,64**	0,687	**2,115***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (bilatéral)

Tableau 6 - Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de 32 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin (120 femmes)

2.3.4. Comparaison des moyennes aux échelles de qualité de vie entre le groupe des femmes présentant des symptômes d'ESPT suite à l'accouchement à deux mois postpartum et le groupe témoin

La description de la qualité de vie des femmes présentant des symptômes cliniques d'un ESPT est significativement moins bonne que celle du groupe témoin. Dans six sur huit dimensions de qualité de vie, elles rapportent en moyennes des scores moins élevés, y compris pour l'état général de la santé. Elles se sentent plus limitées par rapport à leur état physique et affectif. Elles décrivent une moins bonne santé mentale, moins de vitalité et plus d'obstacles dans leur fonctionnement social. Ces résultats sont présentés au Tableau 7. Pour rappel, plus les scores de qualité de vie sont élevés meilleure est la qualité de vie.

Qualité de vie	Femmes témoins (N=127-129)		Femmes avec ESPT (N=32)		F
	Score	**σ**	**Score**	**σ**	
Fonction physique	91,33	12,11	94,08	27,99	1,362
Limitations dues à état physique	**67,78**	35,86	**52,08**	39,71	**,559***
Douleur physique	79,03	20,60	73,13	21,37	,220
Santé mentale	**61,22**	14,90	**51,47**	13,19	**2,046****
Limitations dues à état affectif	**76,90**	35,76	**42,71**	43,37	**5,548****
Fonctionnement social	**80,47**	19,07	**62,50**	22,67	**,479****
Vitalité	**48,70**	15,37	**42,03**	16,01	**,216***
Etat de santé général perçu	**73,42**	17,81	**63,70**	20,31	**1,364****

* *p*< 0,05 ; ** *p*< 0,01 (bilatéral)

Tableau 7 - Comparaison des moyennes aux échelles de Qualité de vie entre le groupe de 32 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à 2 mois postpartum et le groupe témoin (N = 127 à 129 en fonction des données manquantes)

2.4. Analyses des facteurs prédictifs d'un ESPT à deux mois postpartum

Suite aux résultats obtenus, une régression linéaire pas à pas a été effectuée afin de pouvoir proposer des facteurs prédictifs d'un risque d'ESPT postpartum (*cf.* Tableau 8).

	R^2	R^2aj.	ΔR^2	β
Etape 1	0,068	0,057		
Dépression prépartum				0,26*
Etape 2	0,122	0,102	0,045*	
Dépression prépartum				0,26*
Sentiment d'être accompagnée lors de la grossesse				0,23*
Etape 3	0,199	0,171	0,069*	
Dépression prépartum				0,19*
Sentiment d'être accompagnée lors de la grossesse				0,25*
Stratégie d'acceptation de la situation en postpartum				-0,28**

* *p*<0,05 ; ** *p*<0 ,01 (bilatéral)

Tableau 8 - Régression linéaire - facteurs prédictifs d'un ESPT postpartum

Le score de dépression durant la grossesse explique 5,7% de la variance concernant le risque d'un ESPT postpartum (β = 0,26*). Dans une seconde étape, nous avons ajouté le sentiment que la femme a d'être accompagnée durant sa grossesse qui permet d'expliquer en plus 4,5% de la variance (β=0,23*). Dans une troisième étape, la stratégie de coping d'acceptation de la situation a été introduite dans le modèle, elle permet d'expliquer en plus 6,9 % de la variance (β = - 0,28**). Au final, les facteurs prédictifs de 19,9% de la variance du risque d'un ESPT à deux mois postpartum sont :

(1) la présence d'affects dépressifs en prépartum, (2) le sentiment d'être peu soutenue durant la grossesse et (3) des difficultés à d'accepter la situation en postpartum telle qu'elle se présente.

2.5. Analyse d'un effet médiateur de la perception du soutien de l'équipe soignante sur la relation entre le sentiment d'auto-efficacité et le développement d'un ESPT à deux mois postpartum

Dans ce paragraphe, nous avons étudié l'influence de la perception du soutien par l'équipe soignante, sur la relation entre le sentiment d'efficacité personnelle (prédicteur) et le score à l'échelle de stress post-traumatique suite à l'accouchement (critère). Les 3 conditions pour tester une médiation sont remplies puisque (1) la relation entre le prédicteur et le médiateur (sentiment d'auto-efficacité et perception du soutien par l'équipe soignante) et (2) la relation entre le médiateur et le critère (perception du soutien par l'équipe soignante et le score à l'échelle PPQ) sont significatives (β = -0,305 et β = - 0,356 ; p <0,05) ainsi (3) que l'effet indirect entre le prédicteur et le critère qui est également significatif dans notre modèle (β = 0,305 p <0,05). Le Tableau 9 montre les résultats de la médiation.

	β	**t**	***p***	**R^2**	**R^2aj.**	**ΔR^2**
Modèle 1				0,0103	0,097	
Sent. d'auto-efficacité	-,320	-4,343	0,001			
Modèle 2					0,164	0,067
Sent. d'auto-efficacité	-,235	-3,163	0,002			
Relation avec les soignants	-,281	-3,770	0,001			

** p<0,01 (bilatéral)

Tableau 9 - *Médiation* : le rôle prédictif du sentiment de l'auto-efficacité et du soutien des soignants *pour prédire des* symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum

Dans le premier modèle, le sentiment d'efficacité personnelle explique 9,7 % de la variance du score au questionnaire de traumatisme suite à l'accouchement. Lorsque le deuxième modèle est testé, la variance expliquée (R^2 ajusté) passe de 9,7% à 16,4%, ainsi l'introduction dans le modèle de la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante augmente de 6,7% la variance expliquée.

Lorsque la variable « perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante à T2 » est introduite, la valeur β de la variable « auto-efficacité T2 » reste significative (β = -0, 235 ; *p* = 0,002) ce qui montre qu'il y a une médiation partielle de la « perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante T2 » entre le sentiment d'efficacité personnelle et le score PPQ. Les résultats sont présentés dans la Figure 4.

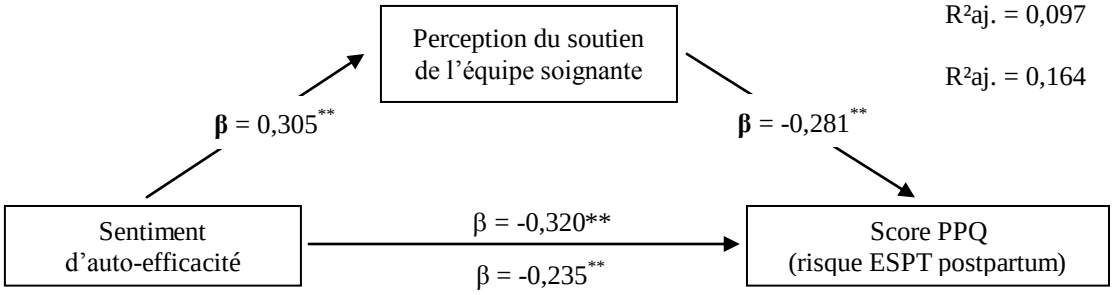

Figure 4 - Perception du soutien de l'équipe soignante comme médiateur de la relation entre l'auto-efficacité sur le score PPQ (ESPT) à 2 mois postpartum

2.6. Résumé des résultats de l'étude transversale : Comparaison des évaluations des femmes sans et avec symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum

Après avoir soustrait de l'échantillon les femmes qui présentaient un ESPT avant l'accouchement, 163 femmes composent notre échantillon à 2 mois postpartum. A cette période-là, 32 femmes (19,6%) présentent des symptômes d'un ESPT suite à l'accouchement. Les comorbidités sont très élevées avec la dépression (34,4%) et surtout avec l'anxiété (65,6%). *En prépartum,* les femmes appartenant au futur groupe « ESPT » diffèrent significativement du groupe « témoin » par rapport à la présence ou non d'une maladie physique, à une réaction positive ou non face à la grossesse, à des sensations positives ou non dans leur corps pendant la grossesse et au fait d'être satisfaites ou non de leur situation financière. *A 2 mois postpartum*, des différences apparaissent également entre les 2 groupes avec un vécu plus négatif de l'accouchement pour les 32 femmes « ESPT » et plus de difficultés dans divers domaines de la vie de ces femmes (au niveau social, de la santé, du couple), mais également plus de difficultés avec le bébé et dans leur adaptation au nouveau rôle de maman.

Par rapport à l'évaluation des stratégies de coping, les femmes ayant des symptômes d'un ESPT ont plus de difficultés à accepter la situation et à la réinterpréter de manière positive. Les femmes « ESPT » vont plus se désengager face à leur nouvelle situation.

A 2 mois postpartum, la souffrance des femmes du groupe « ESPT » a pu être montrée, elles présentent une moins bonne qualité de vie dans six dimensions sur huit évaluée par le SF36. Elles se sentent plus limitées à cause de leur état physique et affectif et elles décrivent une moins bonne santé mentale mais aussi générale, moins de vitalité, et plus d'obstacles dans leurs interactions sociales.

A 2 mois postpartum, les facteurs prédictifs d'un ESPT sont entre autres : la présence d'une dépression en prépartum, le sentiment d'être peu ou pas soutenue pendant la grossesse et la difficulté à accepter la situation présente. Ces 3 facteurs peuvent expliquer 19,9% de variance du développement des symptômes d'un ESPT postpartum.

De plus, les analyses mettent en évidence un effet médiateur de la perception du soutien à l'autonomie de l'équipe soignante entre le sentiment d'efficacité personnelle que ressentent les femmes et le score d'évaluation d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement (PPQ).

2.7. Discussion

Une limitation de cette recherche réside dans le fait que les résultats sont uniquement fondés sur les auto-questionnaires et sans entretien clinique standardisé (considéré comme *gold standard*, voir par exemple Parfitt & Ayers, 2009). Ainsi certains scores et certaines variables sont difficiles à interpréter (par exemple : la variable « congé de maternité »).

Une deuxième limite de cette étude est le nombre important de femmes qui n'ont pas répondu après leur accouchement. Le « drop out » est supérieur à 60% et ainsi supérieur à d'autres études. Ceci peut être expliqué par le grand changement que présente la naissance d'un bébé et surtout du premier, puis, la réorganisation de toute la famille autour de l'enfant. Cette hypothèse est renforcée par le fait que les deux groupes (répondantes - versus non répondantes) ne diffèrent pas sur l'ensemble des variables sociodémographiques étudiées. De plus, ce taux élevé pourrait être lié au fait que l'étude n'est pas intégrée dans le suivi de la femme et qu'aucun contact individuel n'a été créé. Même si les femmes avaient à tout moment la possibilité de contacter la doctorante par mail ou par téléphone, le manque de contact personnel renouvelé a pu avoir un impact sur l'adhésion à l'étude.

Dans notre échantillon 19,6% des femmes présentent des symptômes cliniquement significatifs. Les difficultés rencontrées pour déterminer le critère d'un ESPT ou des symptômes d'un ESPT ont été présentées (*cf.* sous-chapitre IV 2.1). Cependant, une prévalence élevée (ou supérieure) des symptômes d'un ESPT postpartum est confirmé par d'autres études (Czarnocka & Slade, 2000 ; Cigoli *et al.*, 2006 ; Van Son, *et al.* 2005).

Les femmes présentant des symptômes d'un ESPT ne diffèrent pas par rapport aux variables sociodémographiques, ce résultat est confirmé par la revue de littérature d'Andersen *et al.* (2012). Par contre, elles montrent une moins bonne qualité de vie que le groupe « témoin » au niveau physique, psychologique et social. L'impact des symptômes remplirait ainsi le critère F du diagnostic d'un ESPT, le handicap dans la vie socio-affective. Une moins bonne perception des relations avec l'entourage pourrait

également être en lien avec la grande souffrance des femmes due à leur sentiment de culpabilité d'avoir « raté » leur accouchement et de honte de ne pas avoir bien accouché. Ces deux dimensions, très souvent décrites par les femmes, sont toujours très peu étudiées (Dorn, 2003).

Les femmes ayant des symptômes d'un ESPT ont aussi plus de difficultés à accepter la situation et à la réinterpréter de manière positive. Les femmes « ESPT » vont plus se désengager face à leur nouvelle situation. Ces trois stratégies des femmes en souffrance ne sont pas inconnues dans le domaine du psychotraumatisme car les personnes restent attachées au passé et sont ainsi incapables d'accepter la situation ou de la revoir de manière positive ; ce qui s'est passé ne peut pas être intégré dans l'histoire de la personne (Tarquinio, 2007). Le rappel permanent d'événements (concernant le bébé comme « trigger[14] ») peut engendrer un désengagement de la femme, qui se traduit par un désintérêt pour sa situation actuelle.

Concernant la comorbidité la plupart des études se sont intéressées à la comorbidité avec la dépression (Czarnocka & Slade, 2000 ; White *et al.*, 2006 ; Leeds & Hargreaves, 2008). Par rapport à la comorbidité entre l'anxiété et l'ESPT postpartum les études sont peu nombreuses (Ayers *et al.*, 2008). A notre connaissance, l'anxiété (durant la grossesse) est utilisée comme prédicteur pour un ESPT postpartum (Zaers *et al.*, 2008) ou comme comorbidité avec la dépression (Wenzel, 2005). Le taux des symptômes d'anxiété de notre étude reste très élevé et ainsi à interpréter avec précaution, surtout pour une population spécifique des femmes enceintes et durant le postpartum précoce (Karimova & Martin, 2003). Suite à l'accouchement et à l'arrivée du bébé les femmes semblent plus anxieuses qu'en dehors de cette période.

Concernant la prédiction d'un ESPT à 2 mois postpartum, notre étude montre trois facteurs prédictifs: la présence d'une dépression en prépartum, le sentiment d'être peu ou pas soutenue pendant la grossesse et la difficulté à accepter la situation présente. Un lien direct entre la dépression durant la grossesse et le développement d'un ESPT postpartum est bien connu (Van Son *et al.*, 2005 ; Soderquist *et al.*, 2006 ; Ayers *et al.*, 2009). Par contre, très peu d'étude se sont intéressées au soutien social pendant la grossesse, la plupart des études ont porté sur le soutien social pendant l'accouchement

[14] Trigger (angl).=déclencheur

(Hodnett *et al.*, 2003 ; Sauls, 2002). Il est remarquable que seule l'estimation globale d'accompagnement se révèle comme prédicteur, et non le soutien spécifique (conjoint, professionnels, famille, etc.). Le fait de se sentir bien accompagnées pendant la grossesse pourrait rassurer les femmes, les mettre plus en confiance, augmenter leur auto-efficacité et ainsi réduire leur anxiété prénatale. Ayers & Pickering (2005) expliquent les relations entre les attentes et les expériences d'accouchement et démontrent que l'anxiété pendant la grossesse est associée à moins d'émotions positives et plus d'émotions négatives pendant l'accouchement, moins de sentiment de contrôle et de soutien.

De plus, les résultats de notre recherche mettent en évidence l'effet médiateur de la perception du soutien à l'autonomie de l'équipe soignante entre le sentiment d'efficacité personnelle que ressentent les femmes et le score d'évaluation d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement (PPQ). Le rôle direct ou de médiateur du soutien de l'équipe soignante ou de l'absence de soutien a été très étudié (Cigole *et al.*, 2006 ; Czarnocka & Slade, 2000 ; Magginoni *et al.*, 2006 ; Soet *et al.*, 2003 ; Van Son *et al.*, 2005 ; Wijma *et al.*, 1997). Nos résultats soulignent l'importance du rôle de l'équipe soignante afin de guider, d'informer et de soutenir la femme pendant l'accouchement, tout en respectant le plus possible son autonomie. Il est essentiel lors de l'accouchement que tout en étant fortement encadrée, la femme se sente active et garde une certaine liberté de choix dans des limites raisonnables.

3. Etude longitudinale (T1, T2, T3)

3.1. Description de la population à six mois postpartum

Six mois après l'accouchement, 97 femmes ont répondu au questionnaire. Les mères ont répondu en moyenne à 28,75 semaines (σ = 5,7) postpartum. A cette période, la totalité des bébés va bien et 77,9% des femmes gardent un souvenir positif de leur accouchement. Les femmes, dans leur grande majorité, disent se sentir bien dans leur rôle de maman (91,8%) à six mois postpartum. Dans cet échantillon de femmes, 34,9% rapportent avoir rencontré des difficultés avec leur bébé au cours des premières semaines, et parfois pendant plusieurs mois. A six mois postpartum, 54,7% des mères ont repris le travail et 67,1% envisagent une nouvelle grossesse.

Concernant le dépistage des femmes avec un risque d'ESPT postpartum, 11 femmes présentent des symptômes d'ESPT (11,5%) à 6 mois postpartum. Si l'on compare à notre évaluation à 2 mois postpartum (T2), 87,5% des femmes présentent à la fois des symptômes d'ESPT à T2 et à T3. Une femme présente un score significatif à T3 et non à T2 et 10 femmes manifestent des signes cliniques d'ESPT à deux mois postpartum (T2), mais pas à six mois postpartum (T3). Le groupe des femmes avec des symptômes d'un ESPT à 6 mois rapporte plus de difficultés avec le bébé (chi^2= 9,475 ; p= 0,04). Le groupe des 11 femmes ne diffère ni pour l'âge, ni pour le nombre d'enfants, ni pour la catégorie socioprofessionnelle par rapport au groupe « témoin ».

A 6 mois postpartum, nous observons de la détresse psychologique chez un certain nombre de femmes ; ainsi 11 femmes présentent une dépression du postpartum (11,8%). La comorbidité entre un ESPT à six mois postpartum et la présence d'une dépression est de 54,5%, soit six femmes. De plus, 36 femmes manifestent des symptômes anxieux (38,7%), en majorité, ces femmes (72,7%) présentent également une symptomatologie d'ESPT, soit huit femmes. Ainsi de façon logique, il existe de forts liens entre le score au PPQ évaluant l'état de stress post-traumatique suite à l'accouchement et les score de dépression (r = .776 ; p = 0,001 et d'anxiété (r = .747 ; p = 0,001).

3.2. Etude longitudinale

Afin d'étudier l'évolution aux trois temps (prépartum, postpartum 2 mois et postpartum 6 mois) de nos deux groupes de femmes (avec ou sans une symptomatologie d'ESPT postpartum), des analyses multifactorielles ont été menées (MANOVA). Les facteurs étudiés étaient l'auto-efficacité, les stratégies d'adaptation et la qualité de vie.

3.2.1. L'auto-efficacité

Concernant le sentiment d'efficacité personnelle, il existe un effet du temps. Ainsi, en général, les femmes ont un meilleur sentiment d'auto-efficacité à six mois postpartum que pendant la grossesse ou à deux mois postpartum. Il y a également un effet de groupe : avant l'accouchement les 2 groupes de femmes ne différent pas, par contre à deux mois postpartum, les femmes appartenant au groupe « ESPT » ont un sentiment d'auto-efficacité significativement plus faible que le groupe des femmes « témoin ». Les résultats sont donnés dans le Tableau 10. Les effets sont illustrés dans la Figure 5.

Auto-efficacité	**N**	**T1** (3e trim. grossesse)	**T2** (2 mois postpartum)	**T3** (6 mois postpartum)	**Effet du temps**		**Effet de groupe**	
		Moyenne (σ)	**Moyenne (σ)**	**Moyenne (σ)**	**F**	***p***	**F**	***p***
Sans ESPT	52	28,15 (3,98)	30,09 (3,44)	30,06 (7,11)	5,51	0,022		n.s.
Avec ESPT	16	27,06 (5,59)	27,13 (5,86)	28,63 (4,73)				
Contrastes des groupes		n.s.	$p = 0,014$	n.s.				

Tableau 10 - Moyennes des scores d'auto-efficacité à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (ESPT postpartum versus témoin)

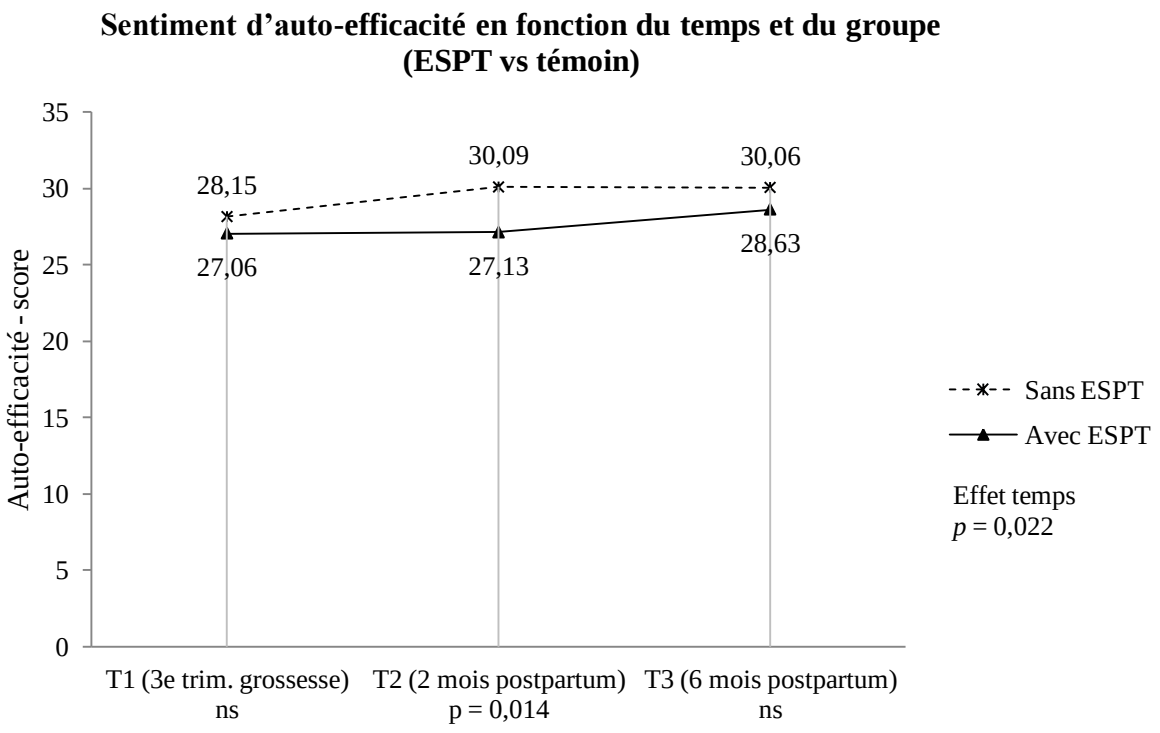

Figure 5 - Évolution du sentiment d'auto-efficacité en fonction du temps et du groupe (ESPT vs groupe témoin)

3.2.2. Stratégies de *coping*

L'ensemble des résultats concernant l'évolution de l'utilisation des stratégies de coping dans le temps et les différences entre les 2 groupes (risque d'un ESPT / non) sont donnés dans le Tableau 11.

Stratégies de coping	**N**	**T1** (3e trim. grossesse)	**T2** (2 mois postpartum)	**T3** (6 mois postpartum)	**Effet du temps**		**Effet du groupe**	
		Moyenne (σ)	**Moyenne (σ)**	**Moyenne (σ)**	**F**	***p***	**F**	***p***
Coping actif								
Sans ESPT	47	3,10 (0,51)	3,03 (0,71)	3,11 (0,65)		n.s.		n.s.
Avec ESPT	17	3,03 (0,21)	2,71 (0,77)	2,97 (0,48)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Planification								
Sans ESPT	47	3,12 (0,53)	2,99 (0,65)	3,02 (0,70)		n.s.		n.s.
Avec ESPT	17	3,15 (0,42)	2,88 (0,67)	2,97 (0,57)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Soutien instrumental								
Sans ESPT	47	3,27 (0, 63)	3,00 (0, 87)	2,96 (0, 88)	8,629	0,005	3,49	0,066
Avec ESPT	17	2,91 (0, 73)	2,76 (0, 97)	2,50 (1,03)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,06	n.s.	*p* = 0,08				
Soutien émotionnel								

Stratégies de coping	N	T1 (3e trim. grossesse)	T2 (2 mois postpartum)	T3 (6 mois postpartum)	Effet du temps		Effet du groupe	
		Moyenne (σ)	Moyenne (σ)	Moyenne (σ)	F	*p*	F	*p*
Sans ESPT	47	3,15 (0,79)	2,91 (0,87)	2,88 (0,90)	6,736	0,012		n.s.
Avec ESPT	17	3,35 (0,61)	3,56 (2,26)	2,85 (0,95)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Expression Sentiment								
Sans ESPT	47	3,04 (0,81)	3,03 (0,75)	2,62 (0,81)	10,667	0,002		n.s.
Avec ESPT	17	2,97 (0,48)	2,65 (0,89)	2,79 (0,81)				
Contrastes des groupes		n.s.	*p* = 0,09	n.s.				
Acceptation								
Sans ESPT	47	3,38 (0,38)	3,47 (0,55)	3,47 (0,56)		n.s.	8,393	0,005
Avec ESPT	17	3,29 (0,25)	3,00 (0,59)	3,06 (0,66)				
Contrastes des groupes		n.s.	*p* = 0,004	*p* = 0,02				
Déni								
Sans ESPT	47	1,80 (0,75)	1,37 (0,54)	1,55 (0,82)	5,761	0,019	7,029	0,010
Avec ESPT	17	2,18 (0,93)	1,97 (0,82)	1,76 (0,83)				
Contrastes des groupes		n.s.	*p* = 0,001	n.s.				
Blâme								
Sans ESPT	47	2,33 (0,70)	2,02 (0,79)	1,99 (0,82)	5,161	0,027	6,522	0,013
Avec ESPT	17	2,65 (0,88)	2,35 (0,88)	2,53 (0,74)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	*p* = 0,02				
Humour								
Sans ESPT	47	1,81 (0,75)	1,69 (0,73)	1,79 (0,98)		n.s.		n.s.
Avec ESPT	17	1,71 (0,59)	1,68 (0,75)	1,71 (0,71)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Religion								
Sans ESPT	47	1,87 (0,95)	1,59 (0,87)	1,68 (1,06)	3,881	0,053		n.s.
Avec ESPT	17	1,91 (0,89)	1,35 (0,61)	1,56 (0,77)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Distraction								
Sans ESPT	47	2,99 (0,63)	2,25 (0,88)	2,38 (1,06)	12,167	0,001		n.s.
Avec ESPT	17	2,82 (0,73)	2,06 (0,79)	2,62 (0,72)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Utilisation Substances								
Sans ESPT	47	1,00 (0,01)	1,09 (0,42)	1,21 (0,72)	4,480	0,038		n.s.
Avec ESPT	17	1,12 (0,28)	1,15 (0,34)	1,24 (0,66)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,005	n.s.	n.s.				
Désengagement comportemental								
Sans ESPT	47	1,56 (0,51)	1,59 (0,65)	1,71 (0,91)		n.s.	2,938	0,09
Avec ESPT	17	1,85 (0,70)	1,94 (0,68)	1,71 (0,53)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,07	*p* = 0,06	n.s.				
Réinterprétation positive								
Sans ESPT	47	2,93 (0,53)	2,99 (0,59)	2,96 (0,74)		n.s.	6,514	0 ,013
Avec ESPT	17	2,79 (0,59)	2,32 (0,85)	2,65 (0,81)				
Contrastes des groupes		n.s.	*p* = 0,001	n.s.				

n.s. Différence non significative

Tableau 11 - Moyennes des scores aux stratégies de coping à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (groupe ESPT postpartum)

Concernant le **coping actif** et la **planification**, l'**humour** et le **désengagement comportemental** aucun effet significatif n'a été constaté. Dans ce sens, il n'a pas été trouvé d'effet d'interaction entre le moment d'évaluation T1, T2, T3 et le groupe (ESPT versus témoin).

Nous présenterons ci-dessous les stratégies de coping pour lesquelles il y a soit un effet du groupe (ESPT ou non), soit un effet du temps (T1, T2, T3).

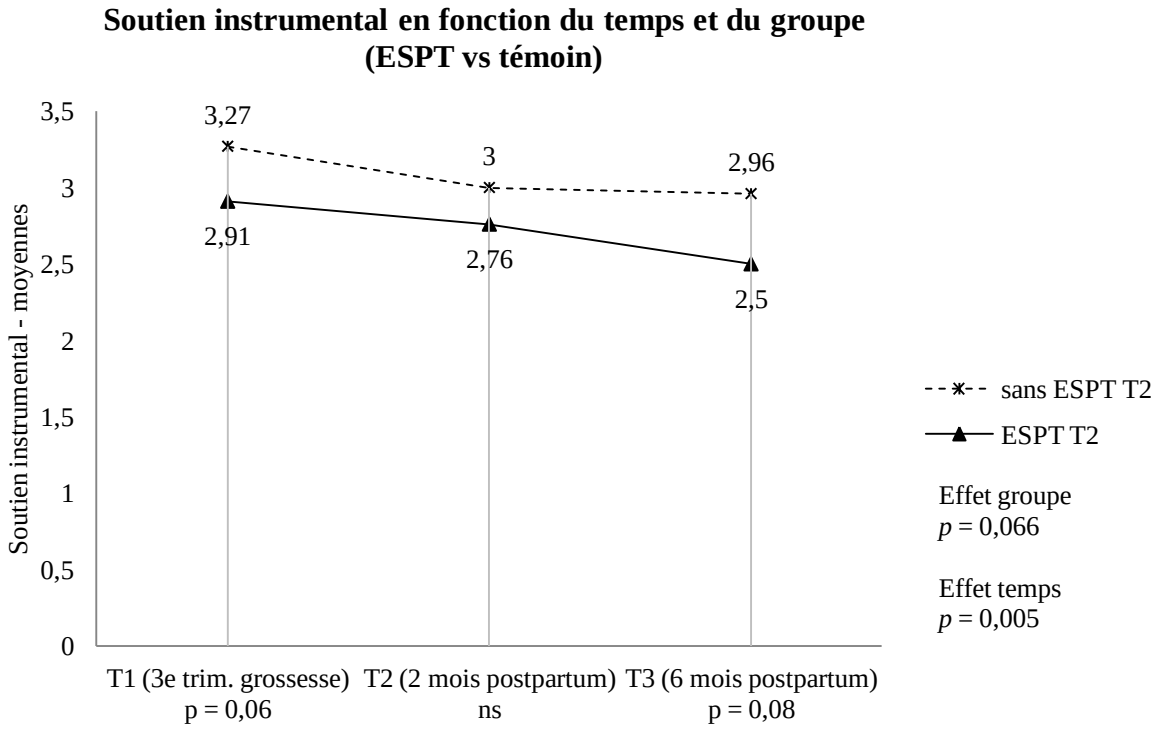

Figure 6 - Évolution des moyennes de soutien instrumental en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Il y a un effet de temps pour la stratégie de recherche du **soutien instrumental**. Généralement les femmes recherchent plus un soutien instrumental pendant la grossesse qu'à deux mois postpartum et encore moins à six mois postpartum. Une tendance existe également pour un effet de groupe, car pendant la grossesse, les femmes susceptibles de développer un ESPT post-accouchement utilisent moins le soutien instrumental, mais le seuil est supérieur à 0,05 (p = 0,063). Les effets sont illustrés dans la Figure 6.

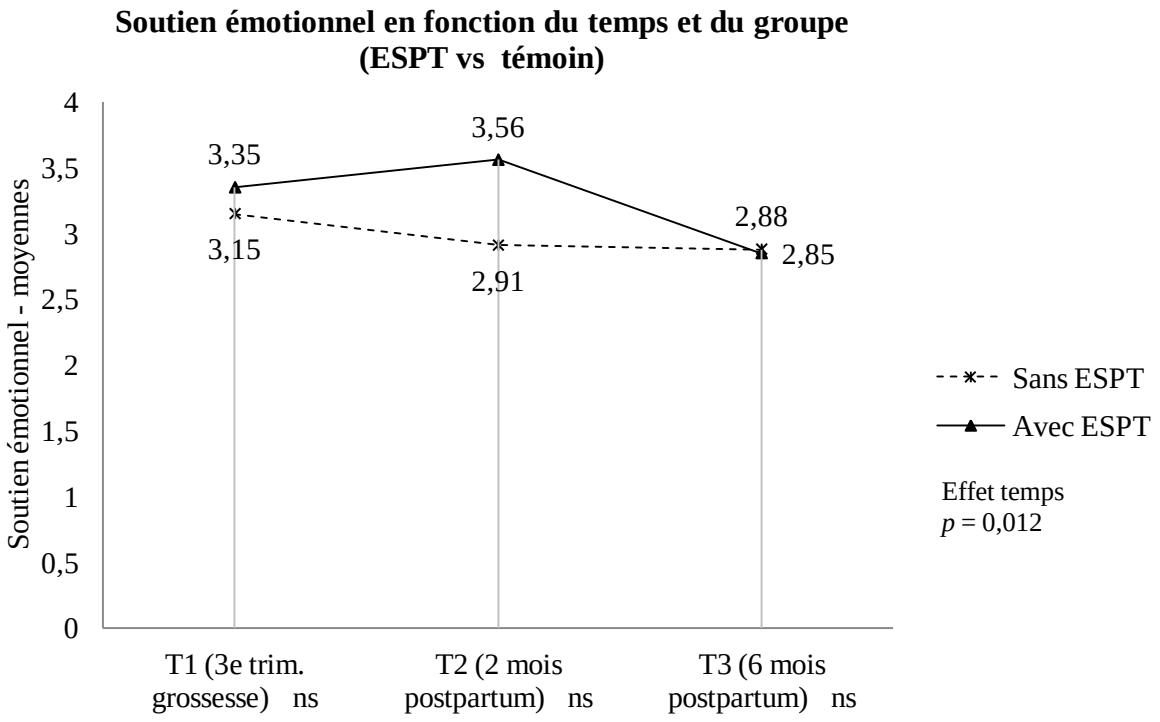

Figure 7 - Évolution des moyennes de soutien émotionnel en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Dans le même sens, concernant la recherche du **soutien émotionnel** un effet de temps apparaît : les femmes recherchent plus de soutien émotionnel surtout pendant la grossesse, et significativement moins en postpartum. La Figure 7 montre cet effet.

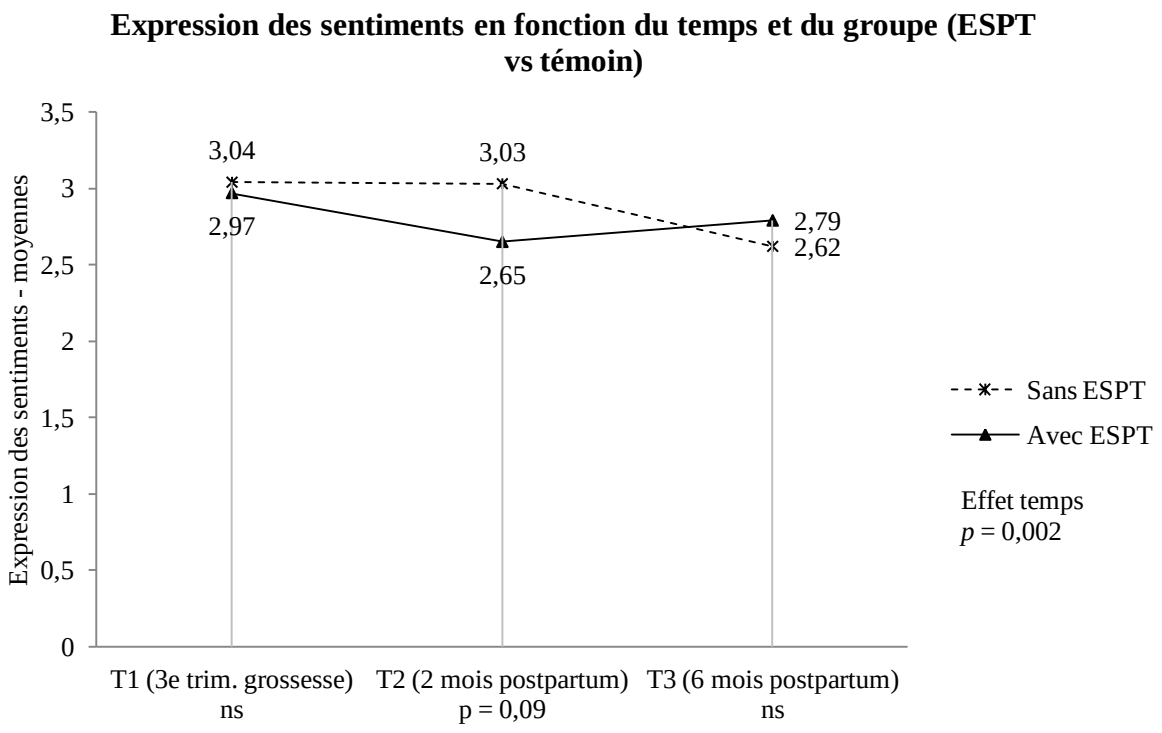

Figure 8 - Évolution des moyennes de l'expression des sentiments en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Pour l'**expression des sentiments**, nous trouvons un effet du temps, dans le même sens : en général, les femmes utilisent plus l'expression des sentiments pendant la grossesse qu'après l'accouchement (*cf.* Figure 8).

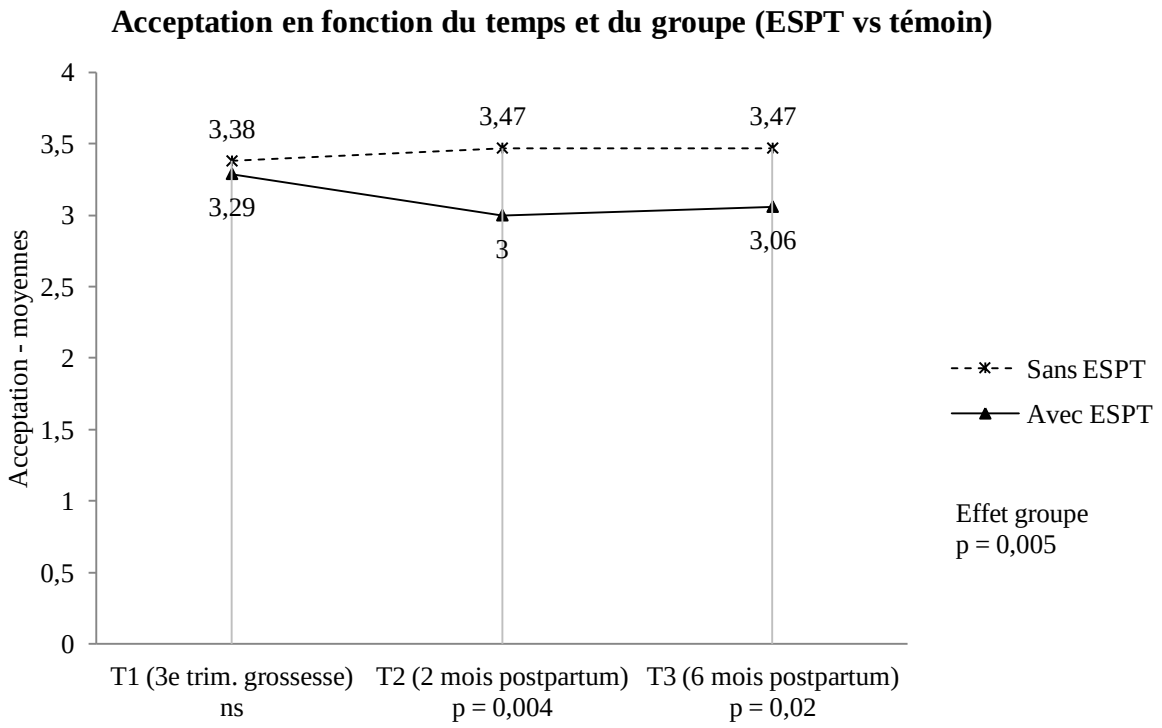

Figure 9 - Évolution des moyennes d'acceptation en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant l'**acceptation**, il n'existe pas un effet du temps, par contre, il y a un effet de groupe : les femmes présentant des symptômes d'un ESPT utilisent significativement moins la stratégie de coping « acceptation de la situation » que le groupe témoin à 2 et à 6 mois postpartum (*cf.* Figure 9).

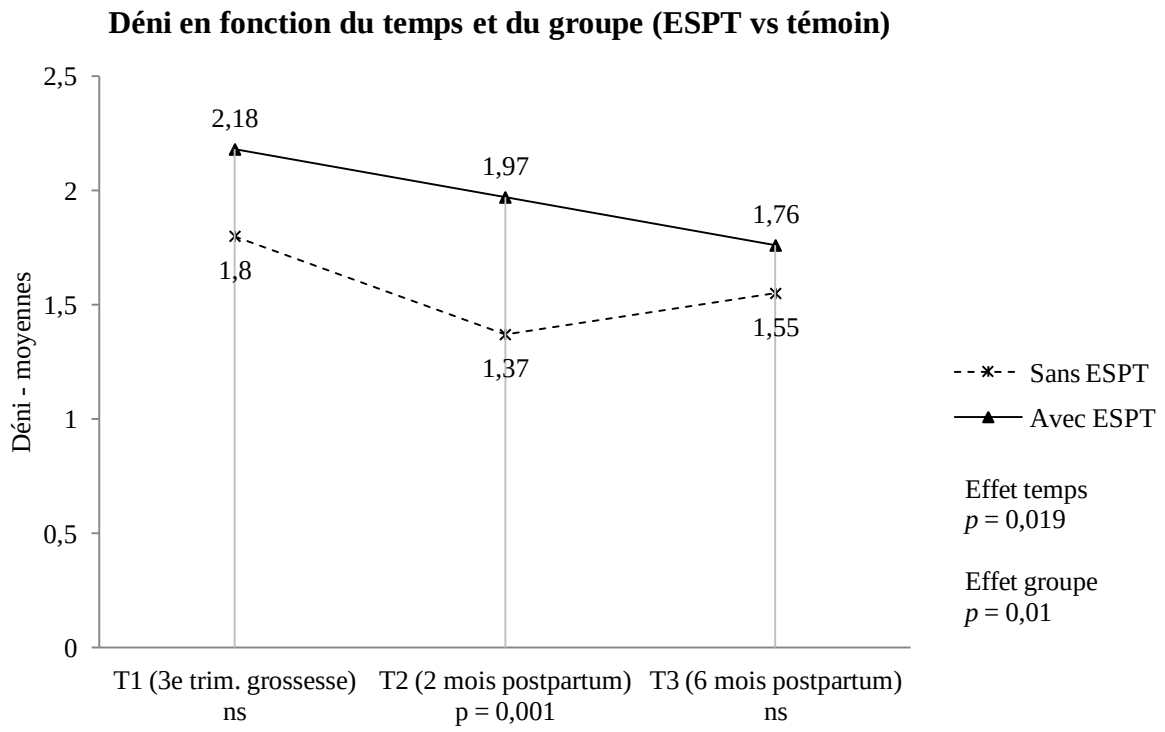

Figure 10 - Évolution des moyennes du déni en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant le **déni**, il existe un effet du temps, les femmes l'utilisent surtout pendant la grossesse et moins en postpartum. Il y a également un effet de groupe : deux mois après l'accouchement, les femmes présentant des symptômes d'un ESPT utilisent plus le déni que le groupe témoin (*cf.* Figure 10).

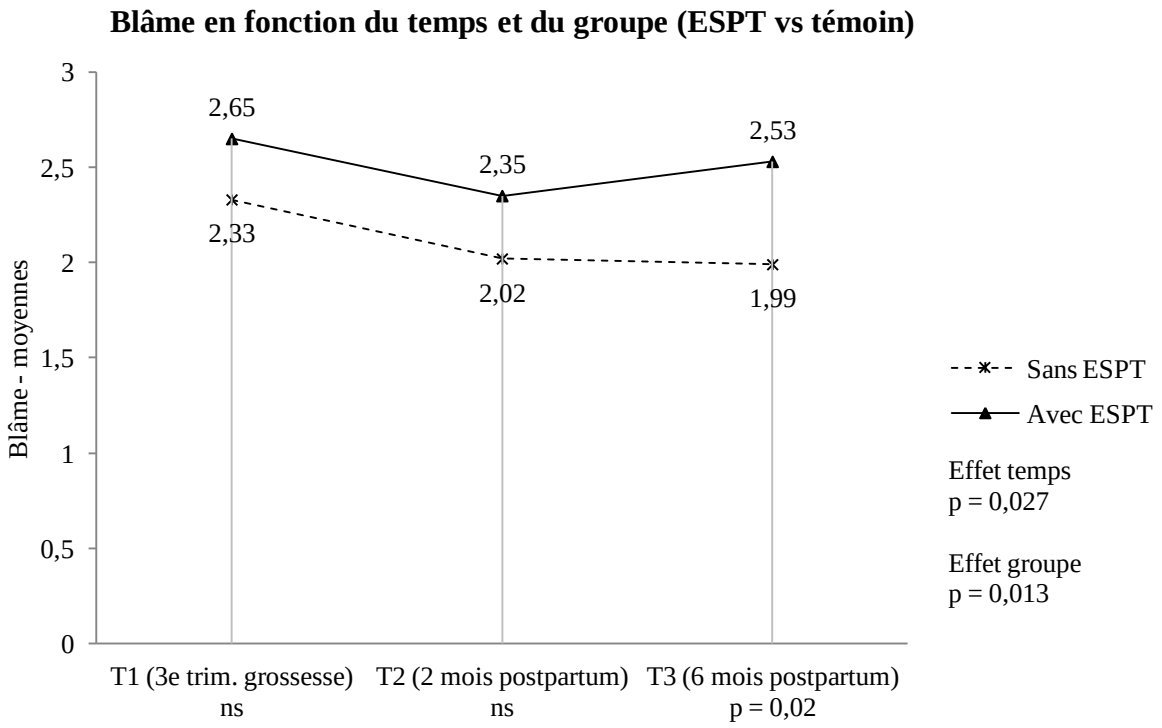

Figure 11 - Évolution des moyennes du blâme en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

L'utilisation du **blâme** diffère également par rapport aux différents temps d'évaluation et par rapport aux 2 groupes : l'effet du temps décrivant le fait que généralement les femmes utilisent le blâme surtout pendant la grossesse, moins à deux mois postpartum et encore moins à six mois postpartum. L'effet de groupe montre que les femmes présentant des symptômes d'un ESPT utilisent plus le blâme à six mois postpartum que le groupe témoin (*cf.* Figure 11).

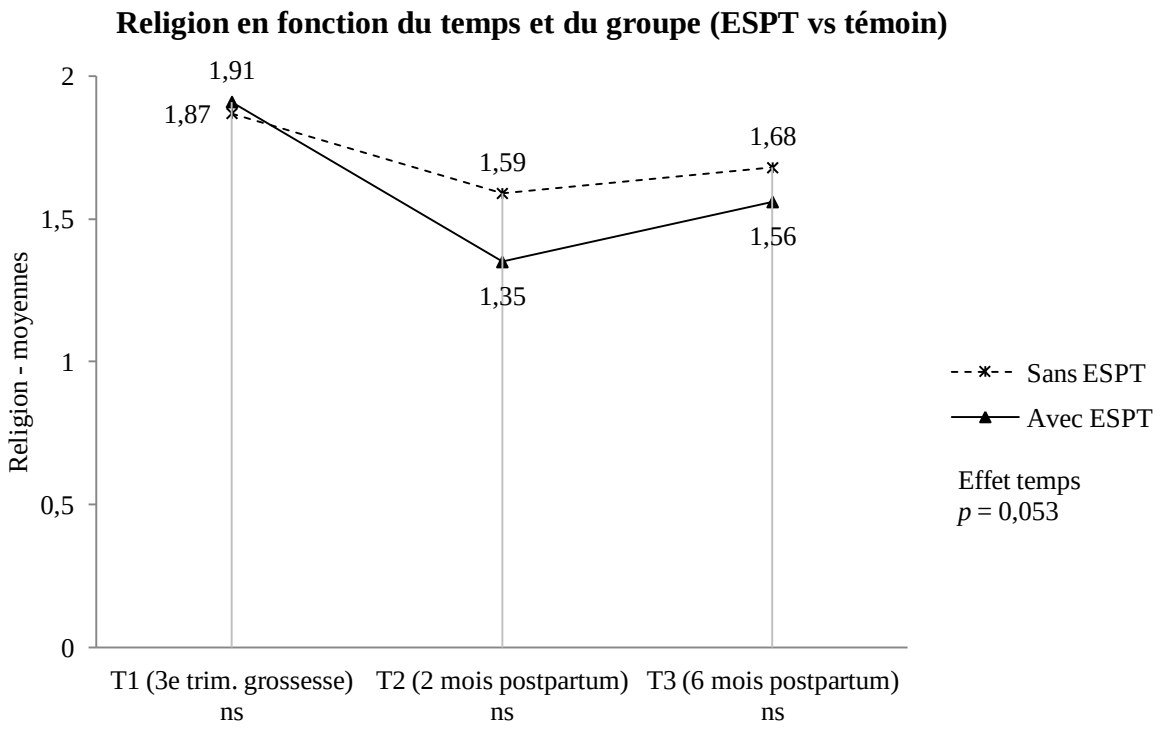

Figure 12 - Évolution des moyennes de la religion en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

En ce qui concerne la **religion** comme stratégies de coping, seule une tendance d'un effet de temps peut être constatée (*cf.* Figure 12). Il semble que les femmes utilisent la religion plus pendant la grossesse et à six mois postpartum que dans les premiers mois postpartum, mais le seuil est supérieur à 0,05 (p = 0,063).

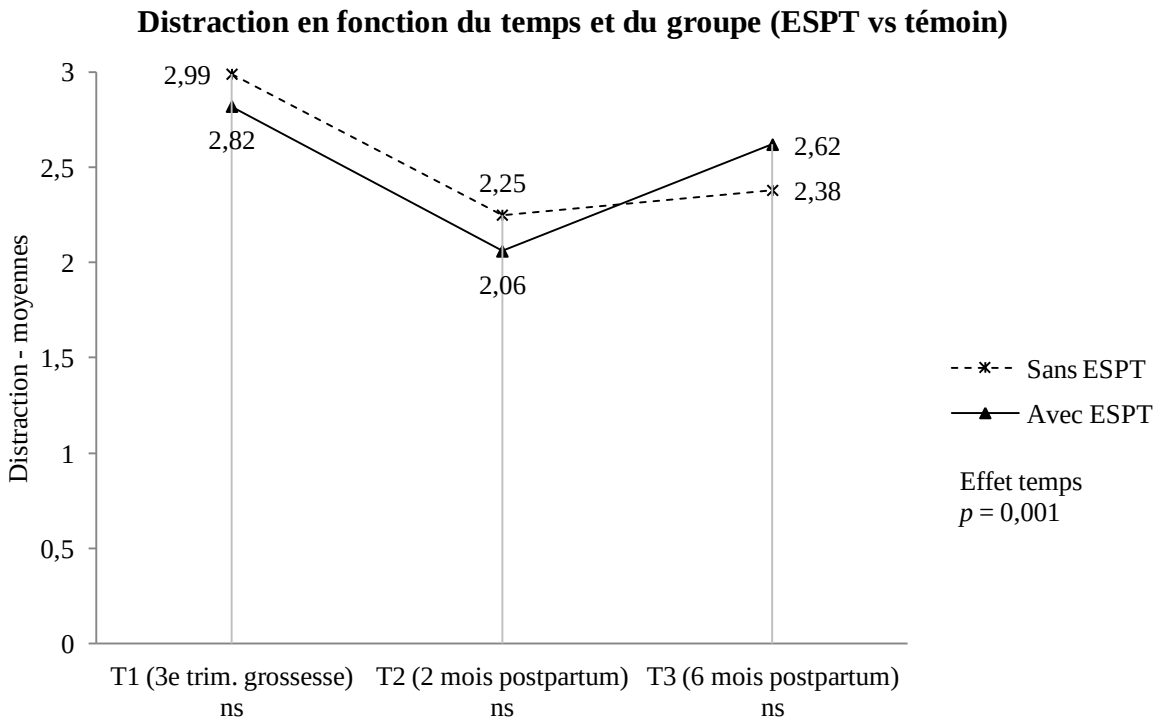

Figure 13 : Évolution des moyennes de la distraction en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

La **distraction** comme réponse d'adaptation diffère entre les moments d'évaluation. De manière générale, les femmes l'utilisent le plus durant le dernier semestre de la grossesse, beaucoup moins à 2 mois postpartum, et puis modérément à six mois postpartum (*cf.* Figure 13).

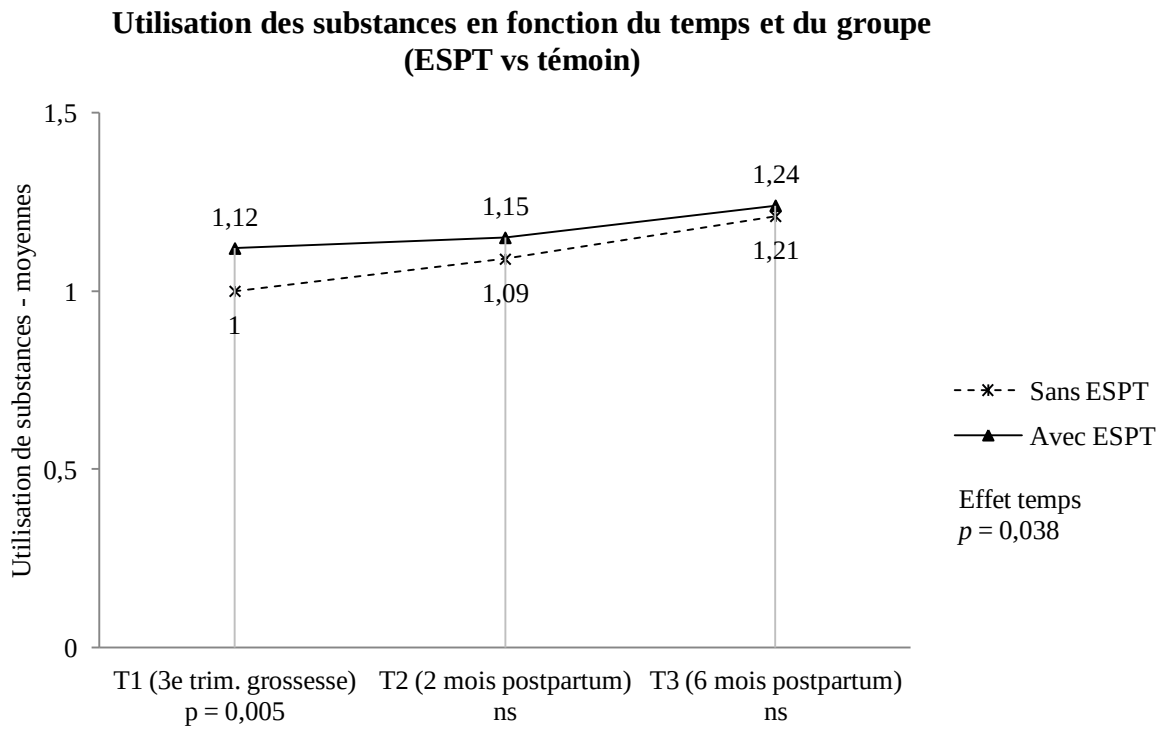

Figure 14 - Évolution des moyennes de l'utilisation des substances en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant l'**utilisation des substances**, il existe un effet de temps : généralement les femmes enceintes utilisent très peu de substances afin de faire face à un événement stressant, mais progressivement plus en postpartum. De plus, les deux groupes diffèrent durant la grossesse : les femmes présentant des symptômes cliniques d'un ESPT utilisent significativement plus des substances pour gérer une situation stressante (*cf.* Figure 14).

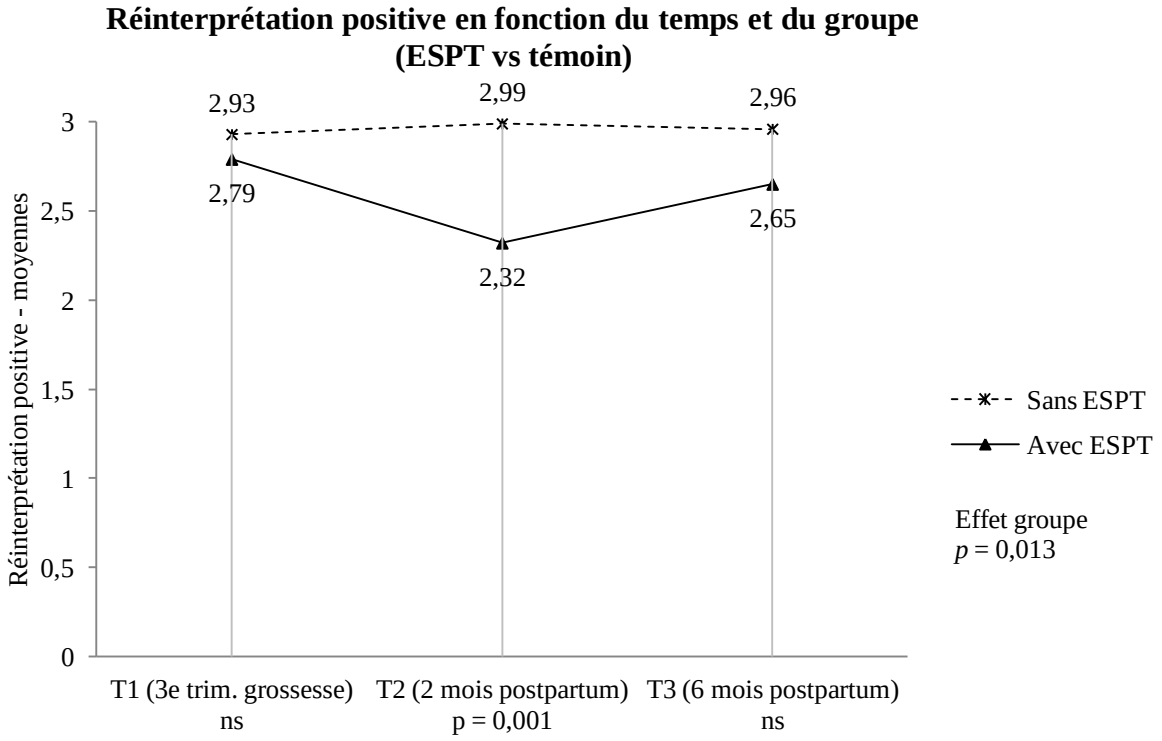

Figure 15 - Évolution des moyennes de la réinterprétation positive en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant la **réinterprétation positive** un effet de groupe peut être constaté : les femmes présentant des symptômes d'un ESPT utilisent moins la réinterprétation positive deux mois après l'accouchement (*cf.* Figure 15).

3.2.3. Qualité de vie

Les résultats des analyses concernant la qualité de vie et l'évolution dans le temps et des différentes évaluations en fonction de la présence ou non d'une symptomatologie d'ESPT postpartum, sont présentés dans le tableau ci-dessous (*cf.* Tableau 12).

Qualité de vie	**N**	**T1** (3e trim. grossesse)	**T2** (2 mois postpartum)	**T3** (6 mois postpartum)	**Effet du temps**		**Effet de groupe**	
		Moyenne (σ)	**Moyenne (σ)**	**Moyenne (σ)**	**F**	***p***	**F**	***p***
Fonctionnement physique								
Sans ESPT	54	58,30 (18,11)	91,20 (11,0 3)	88,61 (38,26)	51,662	0,001		n.s.
Avec ESPT	17	62,06 (17,14)	96,73 (38,81)	93,46 (7,69)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Limitations dues à l'état physique								
Sans ESPT	53	31,13 (33,58)	65,25 (36,64)	78,30 (68,02)	39,983	0,001	3,357	0,071
Avec ESPT	17	14,71 (19,88)	52,94 (41,35)	58,82 (40,45)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,061	n.s.	n.s.				
Douleur								
Sans ESPT	50	62,54(18,03)	77,64 (23,31)	85,84 (18,83)	58,302	0,001	5,754	0,019
Avec ESPT	17	54,76 (17,22)	68,12(24,92)	73,59 (19,23)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	*p* = 0,024				
Santé mentale								
Sans ESPT	51	63,22 (13,41)	58,67 (16,56)	67,92 (9,98)	6,904	0,011		n.s.
Avec ESPT	17	59,53 (13,56)	54,12 (14,08)	62,82 (13,69)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				
Limitations dues à l'état affectif								
Sans ESPT	49	68,71 (38,13)	76,19 (38,49)	89,80 (53,66)	9,355	0,003	4,282	0,043
Avec ESPT	17	45,10 (44,00)	43,14 (46,79)	82,35 (16,56)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,038	*p* = 0,005	n.s.				
Fonctionnement social								
Sans ESPT	54	59,72 (16,76)	79,17 (19,12)	76,62 (29,94)	20,416	0,001	5,981	,017
Avec ESPT	17	52,21 (12,68)	63,24 (22,74)	71,32 (22,43)				
Contrastes des groupes		n.s.	*p* = 0,006	n.s.				
Vitalité								
Sans ESPT	51	45,39 (13,85)	47,45 (16,19)	55,10 (13,58)	24,824	0,001	2,952	0,090
Avec ESPT	17	37,06 (14,04)	45,88 (16,13)	47,65 (19,77)				
Contrastes des groupes		*p* = 0,036	n.s.	n.s.				
Santé générale								
Sans ESPT	54	67,74 (16,356)	72,12 (18,68)	71,63 (29,25)	n.s.			n.s.
Avec ESPT	17	65,59 (18,61)	63,37 (20,65)	67,65 (17,88)				
Contrastes des groupes		n.s.	n.s.	n.s.				

* La différence des moyennes est significative au niveau 0,05 ; ** La différence des moyennes est significative au niveau 0,001.

Tableau 12 - Moyennes des scores de la qualité de vie à T1, T2 et T3 en fonction des groupes (ESPT postpartum)

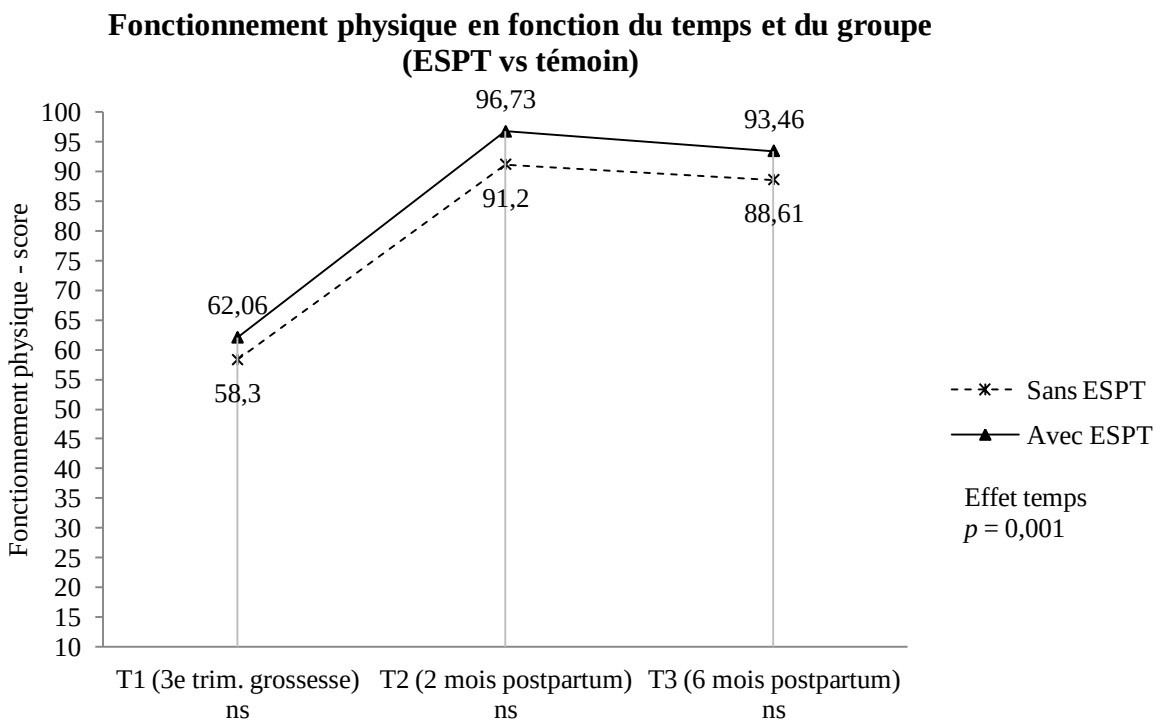

Figure 16 - Évolution du score de fonctionnement physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant la perception du **fonctionnement physique**, un effet du temps a pu être montré. Généralement les femmes décrivent des limitations importantes de toutes leurs activités physiques pendant la grossesse. Deux mois après l'accouchement, elles peuvent à nouveau poursuivre leurs activités quotidiennes sans difficultés (*cf.* Figure 16).

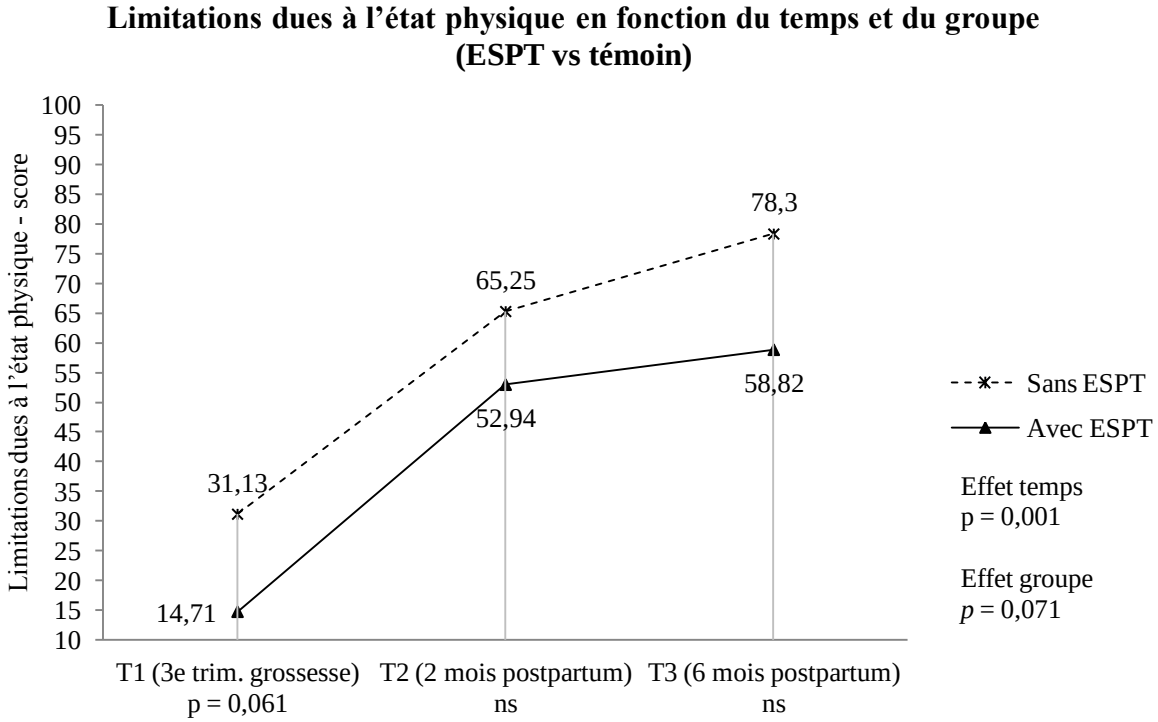

Figure 17 - Évolution du score de limitations dues à l'état physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Dans ce même sens, un effet du temps apparaît concernant la perception des **limitations dues à l'état physique** : les femmes rapportent plus de problèmes dans leurs activités habituelles en raison de leur état physique pendant le dernier trimestre de la grossesse qu'aux deuxième et sixième mois postpartum (*cf.* Figure 17).

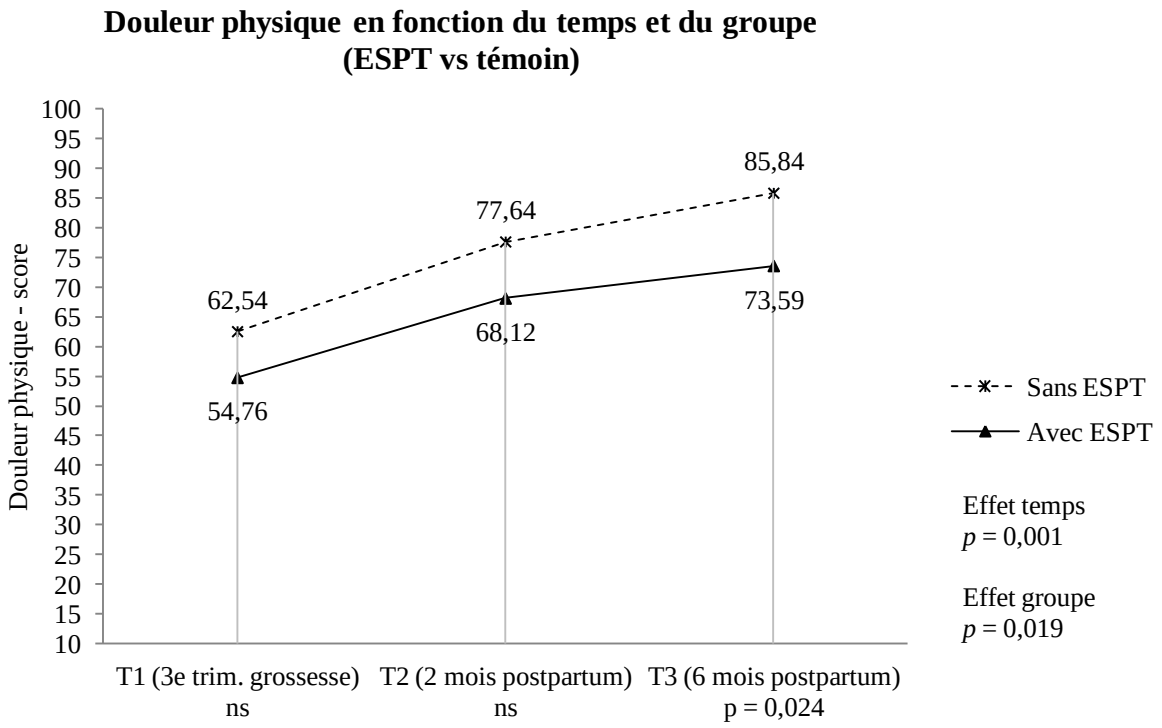

Figure 18 : Évolution du score de douleur physique en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Par rapport à la perception de la **douleur physique**, un score minimal signifie des douleurs très importantes, ainsi les femmes rapportent significativement plus de douleurs durant la grossesse que suite à l'accouchement (effet du temps). De plus, les deux groupes diffèrent à six mois postpartum concernant la perception de la douleur physique : les femmes présentant des symptômes d'un ESPT montrent une moins bonne qualité de vie en ce qui concerne l'intensité de la douleur physique que le groupe témoin (*cf.* Figure 18).

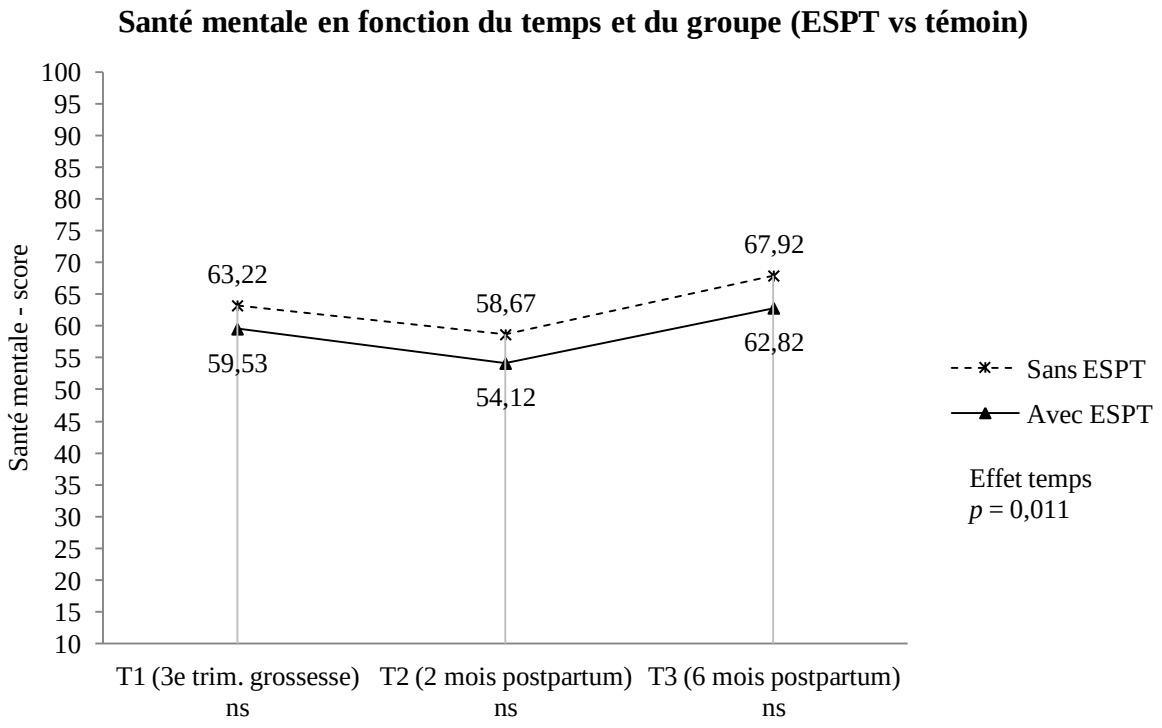

Figure 19 : Évolution du score de santé mentale en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant la **santé mentale** un effet du temps existe également avec une évolution spécifique à 2 mois postpartum. Les femmes présentent surtout une moins bonne santé mentale (nervosité ou dépression) à deux mois postpartum. Puis, une meilleure santé mentale peut être constatée à six mois postpartum (*cf.* Figure 19).

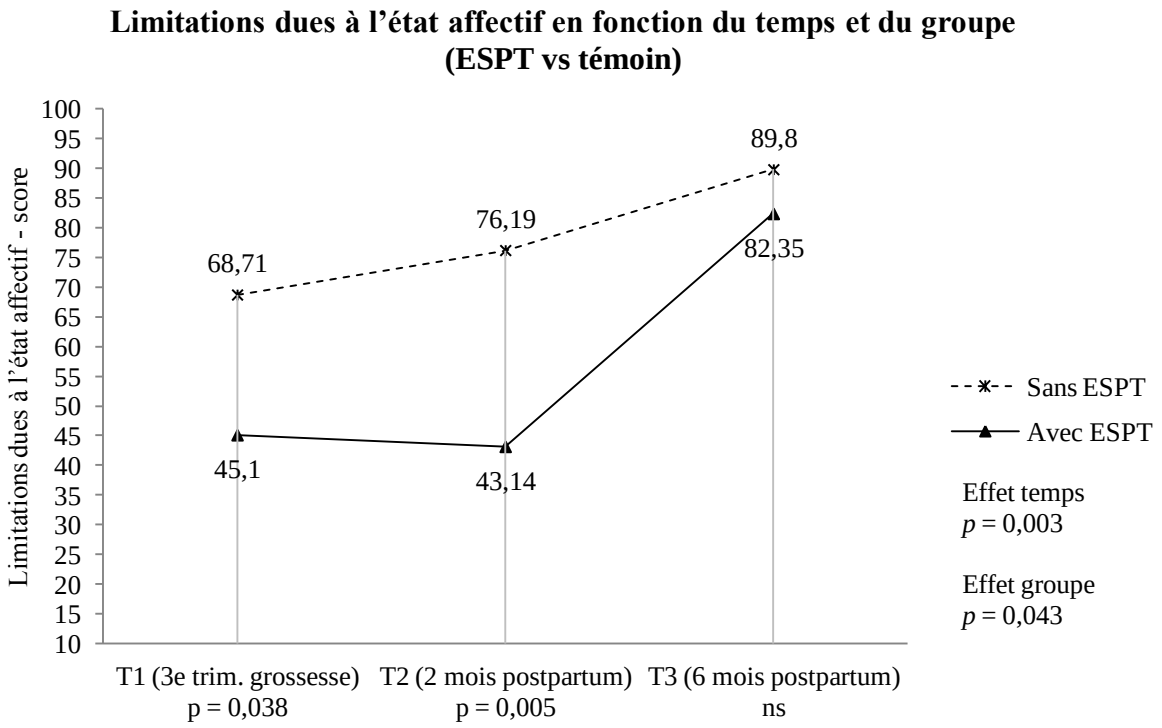

Figure 20 : Évolution du score de limitations dues à l'état affectif en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Par rapport à la qualité de vie associée aux **limitations dues à l'état affectif**, il existe un effet de temps et un effet du groupe. Généralement les femmes montrent une meilleure qualité de vie à six mois postpartum. De plus, les femmes avec des symptômes d'un ESPT se distinguent significativement des femmes témoin avec une moins bonne qualité de vie suite à des limitations dues à leur état affectif avant l'accouchement et à 2 mois postpartum. A six mois postpartum la différence entre les deux groupes n'est plus significative (*cf.* Figure 20).

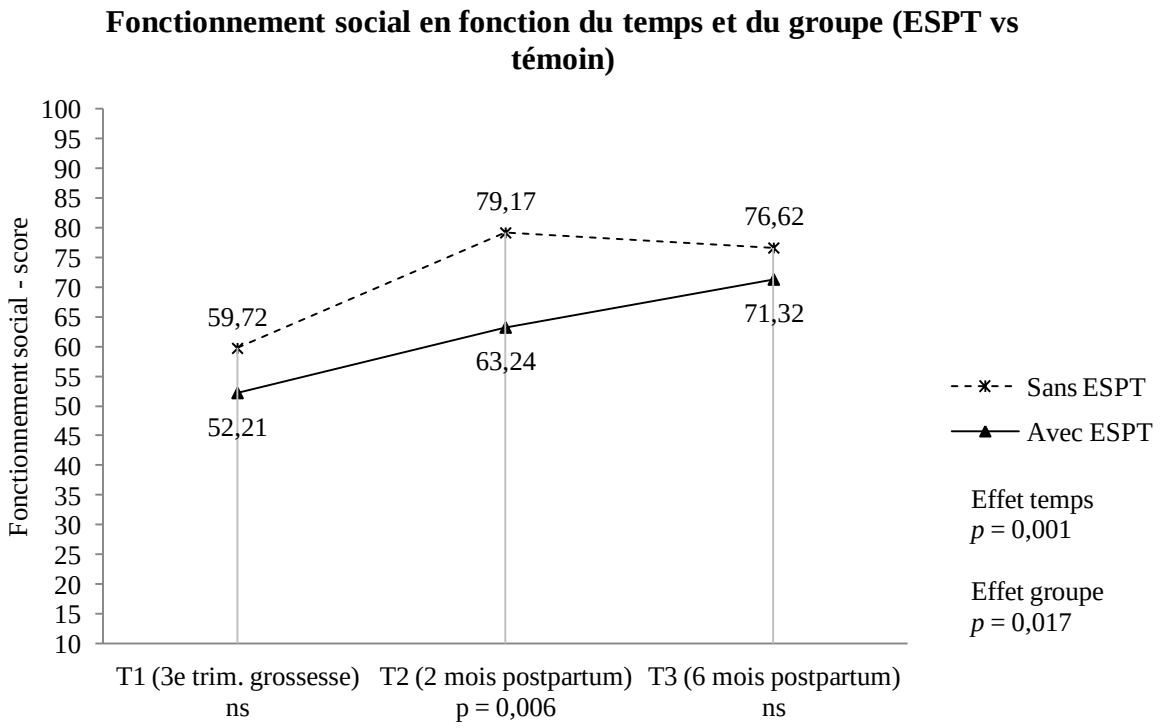

Figure 21 : Évolution du score de fonctionnement social en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

Concernant l'aspect de la qualité de vie décrit par le **fonctionnement social**, un effet de temps existe : pendant la grossesse les femmes décrivent des difficultés importantes dans la vie normale de relation avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels. Il existe également une différence significative entre les deux groupes, à 2 mois postpartum les femmes présentant les symptômes cliniques d'un ESPT décrivent plus de difficultés dans leurs relations sociales que le groupe témoin (*cf.* Figure 21).

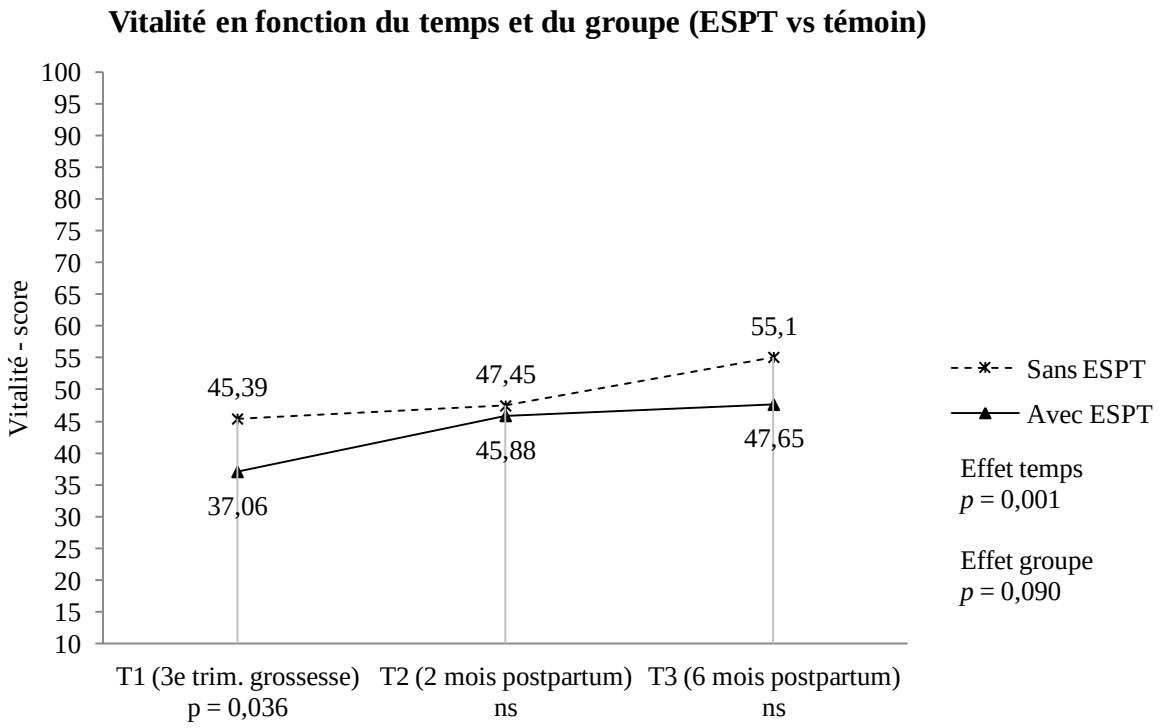

Figure 22 : Évolution du score de vitalité en fonction du temps et du groupe (groupe ESPT vs groupe témoin)

En ce qui concerne la qualité de vie exprimée par un sentiment de **vitalité**, il existe un effet du temps : généralement les femmes enceintes rapportent une moins bonne qualité de vie avec un sentiment de fatigue et d'épuisement permanent, par rapport à leur qualité de vie à six mois postpartum. De plus, pendant le dernier trimestre de la grossesse, les deux groupes diffèrent concernant la perception de leur vitalité : les femmes avec une symptomatologie d'un ESPT rapportent une moins bonne vitalité que le groupe témoin (*cf.* Figure 22).

Par rapport à la santé générale, aucun effet n'a pu être trouvé ni en fonction du temps, ni en fonction des deux groupes.

3.3. Résumé

L'échantillon à six mois postpartum est composé de 97 femmes. Parmi ces femmes, 11 d'entre elles présentent des symptômes d'ESPT (11,5%), indiquant une rémission chez 10 femmes depuis l'évaluation à 2 mois postpartum (T2). Une seule femme dépasse pour la première fois le seuil clinique d'un ESPT à 6 mois postpartum.

L'analyse longitudinale et multifactorielle a explicité des différences significatives entre les femmes avec des symptômes d'ESPT postpartum et le groupe témoin concernant le sentiment d'auto-efficacité, les stratégies de coping et la qualité de vie :

Le sentiment d'auto-efficacité est significativement plus faible à 2 mois postpartum chez les femmes appartenant au groupe « ESPT ».

Concernant les stratégies de coping les femmes présentant des symptômes d'un ESPT utilisent significativement moins l'acceptation (à 2 et à 6 mois postpartum) et la réinterprétation positive (surtout à 2 mois postpartum). Cependant, elles utilisent plus le déni (surtout à 2 mois postpartum) et le blâme (surtout à 6 mois postpartum).

Par rapport à la description de la qualité de vie, les femmes souffrant des symptômes d'un ESPT présentent une moins bonne qualité de vie suite à des limitations dans la vie quotidienne dues en particulier à leur état émotionnel (pendant la grossesse et à 2 mois postpartum). Les femmes du groupe « ESPT » décrivent également une moins bonne qualité de vie en ce qui concerne leur fonctionnement social (surtout par rapport aux deux premiers mois après l'accouchement).

3.4. Discussion

A six mois postpartum, 11,5% des femmes présentent des symptômes d'ESPT. Ceci pourra être expliqué par une rémission spontanée chez un nombre important de femmes (10 entre T2 et T3). Pourtant, il ne faut pas oublier que certains auteurs suggèrent que les femmes souffrant d'un ESPT sévère ne poursuivent pas leur participation à l'étude (Soderquist *et al.*, 2002). Une limite de cette étude est un nombre trop restreint de femmes ayant participé aux 4 temps d'évaluation (T1 à T4) afin d'étudier l'évolution des femmes depuis la grossesse jusqu'à un an postpartum et en fonction de la

présentation des symptômes d'un ESPT ou pas. Ainsi les analyses de ce chapitre se réfèrent uniquement aux trois premiers temps de l'évaluation.

Nos résultats à l'étude longitudinale, montrent que le sentiment d'auto-efficacité est significativement plus faible à 2 mois postpartum chez les femmes appartenant au groupe « ESPT ». Ce résultat est en lien avec la description très fréquente des femmes suite à un accouchement difficile d'être très déçues et particulièrement d'elles-mêmes. Un sentiment plus faible de l'auto-efficacité peut être également dû au sentiment de perdre tout contrôle et de ressentir une forte impuissance, ceci est très fréquemment rapporté par les femmes avec un accouchement traumatique.

Concernant l'évolution des stratégies de coping depuis la fin de la grossesse jusqu'à six mois postpartum, les résultats montrent que les femmes avec des symptômes d'un ESPT utilisent significativement moins l'acceptation et la réinterprétation positive. La moindre mise en place de ces deux stratégies empêche le développement d'un coping actif afin de résoudre le conflit induit par les stresseurs. De même, le fait qu'elles sont dans le déni des problèmes associés à leur situation empêche également la possibilité d'y faire face. A six mois postpartum, elles utilisent significativement plus le blâme, ceci est souvent associé à un sentiment de culpabilité et à un moindre ajustement. Le blâme est également très lié à la dépression du postpartum (DeTychey *et al*., 2004). En conclusion, elles utilisent moins les stratégies adaptatives que le groupe « témoin » suite à l'accouchement (voir aussi Soderquist *et al*., 2009 ; Ford *et al*., 2010). Une mauvaise adaptation psychologique provoque une moins bonne qualité de vie.

Ainsi, les femmes souffrant des symptômes d'un ESPT présentent une moins bonne qualité de vie suite à des limitations dans la vie quotidienne dues en particulier à leur état émotionnel (pendant la grossesse et à 2 mois postpartum). Elles décrivent également une moins bonne qualité de vie en ce qui concerne leur fonctionnement social, surtout pendant les deux premiers mois postpartum. Pour les femmes ayant subi un accouchement traumatique, leur vie a changé au moment de l'accouchement et elles n'arrivent plus à poursuivre des relations comme avant l'accouchement, elles décrivent souvent « un décalage » avec leur entourage qui se réjouit de la naissance de l'enfant. Les études sur les conséquences pour les femmes sont encore très peu développées (*cf.* sous- chapitre I 3.4).

4. Etat de stress post-traumatique un an après l'accouchement

4.1. Description de la population

A un an postpartum, 86 femmes ont répondu au questionnaire, ce qui représente 21,6% de notre échantillon évalué en prépartum. Six femmes sont de nouveau enceintes, elles ne sont pas inclues dans les analyses présentées ci-dessous. Les femmes ont répondu en moyenne à 12,90 mois (σ = 1,5 mois) après leur accouchement.

A un an postpartum, 81,9% des femmes disent qu'elles gardent un souvenir positif de leur grossesse et pour 70,2% d'entre elles, l'accouchement reste un souvenir positif. Dans notre échantillon, 79,1% des femmes retravaillent un an après l'accouchement et 20,9% sont mère au foyer, ceci correspond à leur choix pour 80,3% d'entre elles.

Dans notre population à 12 mois postpartum, 13 femmes (16,5%) présentent les signes cliniques d'un ESPT. En ce qui concerne la dépression postnatale, également 13 femmes montrent des scores cliniques de dépression postnatale (16,3%). La comorbidité entre les symptômes d'un ESPT postpartum et la dépression postpartum chez ces femmes est de 46,2%.

Un score clinique d'anxiété est relevé chez 31 femmes (38,8%). La comorbidité entre les symptômes d'un ESPT postpartum et une symptomatologie anxieuse est très élevée (69,2%).

4.2. Etude transversale à un an postpartum : comparaison entre les femmes présentant un ESPT à un an postpartum suite à l'accouchement et le groupe témoin concernant les moyennes aux échelles de stratégies de coping et aux échelles de qualité de vie.

4.2.1. Stratégies de *coping* à un an postpartum

Un an après l'accouchement, la comparaison des femmes sans et avec un Etat de stress post-traumatique montre que les deux groupes différent très peu dans leur choix de stratégies de coping. Les résultats concernant les différences des deux groupes sont mis en évidence dans le Tableau 13.

Stratégies de coping	**Femmes témoins** (N=60)		**Femmes avec ESPT** (N=13)		**U** (Mann-Whitney)	***p*** (*sign.*)
	Moyenne	**σ**	**Moyenne**	**σ**		
Coping actif	3,09	0,52	3,04	0,72	0,77	-0,292
Planification	3,02	0,62	3,19	0,48	-1,275	0,202
Soutien instrumental	2,98	0,77	3,08	0,81	-0,733	0,464
Soutien émotionnel	2,92	0,74	2,85	0,72	-0,327	0,744
Expression des sentiments	2,93	0,68	2,81	0,69	-0 ,455	0,649
Acceptation	3,18	0,68	3,31	0,52	-0,448	0,654
Déni	1,53	0,60	1,69	0,95	-0,130	0,897
Blâme	2,31	0,84	2,50	0,46	-0,928	0,353
Humour	1,73	0,76	1,77	0,78	-0,216	0,829
Religion	1,52	0,82	1,27	0,48	0,525	0,593
Distraction	**2, 35**	0,95	**2,85**	0,63	-1,843	**0,065**
Utilisation de substances	1,22	0,56	1,38	0,68	-1,134	0,257
Désengagement comportemental	**1,51**	0,61	**1,81**	0,52	**-1,973**	**0,048**
Réinterprétation positive	2,80	0,63	2,73	0,75	-1,165	0,869

Tableau 13 - Comparaison des moyennes aux échelles de stratégies de coping entre le groupe de 13 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à un an postpartum et le groupe témoin (66 femmes)

Les femmes avec un ESPT ont tendance à plus utiliser la distraction lorsqu'elles sont confrontées à un événement. Elles utilisent également de façon significative plus le désengagement comportemental. Ces deux processus évitent une confrontation à l'obstacle ou à la situation stressante, risquant d'entraîner une diminution des efforts actifs afin de résoudre la situation. Pour les douze autres stratégies de coping, les deux groupes ne diffèrent pas.

4.2.2. Qualité de vie à un an postpartum

Par rapport à la qualité de vie 12 mois après l'accouchement, des différences significatives entre les deux groupes persistent. Les résultats sont montrés dans le Tableau 14.

Qualité de vie	**Femmes sans ESPT** (N=66)		**Femmes avec ESPT** (N=13)		**U** (Mann-Whitney)	***p*** (*sign.*)
	Moyenne	**σ**	**Moyenne**	**σ**		
Fonction physique	94,45	10,90	93,24	9,50	-1,117	0,264
Limitations dues à état physique	**85,98**	28,12	**51,92**	33,01	**-3,690**	**0,001**
Douleur physique	**85,59**	17,31	**71,15**	20,17	**-2,397**	**0,017**
Santé mentale	62,55	11,04	57,54	13,52	-1,252	0,211
Limitations dues à l'état affectif	**89,39**	24,92	**61,54**	44,82	**-2,402**	**0,016**
Fonctionnement social	**82,77**	18,70	**60,58**	18,99	**-3,491**	**0,001**
Vitalité	50,45	15,34	44,23	14,84	-1,358	0,175
Etat de santé général perçu	75,66	38,17	65,62	21,62	-0,936	0,349

Tableau 14 - Comparaison des moyennes aux échelles de Qualité de vie entre le groupe de 13 femmes présentant un ESPT suite à l'accouchement à un an postpartum et le groupe témoin (66 femmes)

Les femmes manifestant des symptômes d'un ESPT ont une qualité de vie significativement moins bonne que le groupe témoin dans les quatre dimensions suivantes : elles ressentent plus de contraintes à cause de leur état physique et de leur état affectif ; elles subissent plus de douleurs physiques et décrivent un moins bon fonctionnement social. Ainsi, les femmes souffrant de symptômes de stress post-traumatique présente une forte dépréciation de leur qualité de vie au niveau physique, affectif et social à un an postpartum.

4.3. Régression : analyses des facteurs prédictifs d'une symptomatologie d'ESPT à un an postpartum.

Une analyse de régression linéaire a été conduite pour prédire le risque de développer des symptômes cliniquement significatifs d'un stress post-traumatique à un an postpartum. Les variables retenues pour les modèles sont celles qui se sont avérées significatives lors des corrélations.

Il est important d'expliciter qu'aucune variable de l'évaluation à six mois postpartum (T3) n'est liée à la symptomatologie de stress post-traumatique à 12 mois postpartum.

Les résultats des analyses de régression sont présentés dans le Tableau 15. Les variables les plus puissantes, introduites dans notre modèle sont : les complications durant une grossesse précédente, la dépression durant la grossesse (T1) et deux stratégies de coping mises en place suite à l'accouchement (T2) : le blâme et la réinterprétation positive.

Facteurs prédictifs d'un ESPT 1 an postpartum	R^2	R^2aj.	ΔR^2	β
Etape 1	0,221	0,204		0,47**
Complications pendant une grossesse antérieure				
Etape 2	0,299	0,268	0,078	
Complications pendant une grossesse antérieure				0,43**
Dépression prépartum				0,28*
Etape 3	0,491	0,444	0,192	
Complications pendant une grossesse antérieure				0,34*
Dépression prépartum				0,18
Blâme				0,29*
Réinterprétation positive				-0,40**

(1) * p<0,05 ; ** p<0,01 (bilatéral) ; (2) Régression pondérés par la variable « grossesse programmée »

Tableau 15 - Régression - prédicteurs d'une symptomatologie d'un ESPT à un an postpartum.

La survenue d'une complication lors d'une grossesse précédente explique 20,4% de la variance concernant le risque d'un ESPT à un an postpartum (β = 0,47**). Dans une seconde étape, nous avons introduit le score de dépression en prépartum qui permet d'expliquer en plus 7,8% de la variance (β = 0,28*). Dans une troisième étape, les stratégies de coping : auto-blâme et réinterprétation positive de la situation ont été introduites dans le modèle, elles permettent d'expliquer en plus 19,2% de la variance (respectivement : β = 0,29* et β = -0,40**). Au final, les facteurs prédictifs expliquant 49,1% de la variance du risque d'un ESPT à un an postpartum sont : (1) les antécédents

obstétricaux et gynécologiques lors d'une grossesse précédente, (2) la présence d'affects dépressifs en prépartum et (3) dans les premières semaines postpartum la mise en place d'un sentiment de culpabilité, d'auto-blâme chez la femme et une difficulté/ une incapacité à pouvoir réinterpréter la situation de manière positive.

4.4. Effet de médiation des stratégies de coping entre la perception du soutien par l'équipe soignante et le risque ESTP à un an postpartum

Suite aux résultats précédents, une question nous est apparue sur l'influence de la valeur prédictive à long terme des stratégies de coping utilisées dans les premières semaines postpartum. Il semblerait que la manière dont la femme fait face à la situation suite à l'accouchement pourrait avoir un impact sur un risque d'ESPT à un an postpartum. Ainsi la moindre utilisation de la réinterprétation positive et l'utilisation de la stratégie dysfonctionnelle de l'auto-blâme nous ont fait choisir ces 2 stratégies comme facteurs médiateurs. Suite aux résultats du chapitre 2.4, et à la revue de la littérature, la perception du soutien apporté par les soignants a été introduit comme prédicteur.

Bien que la réinterprétation positive comme stratégie de *coping* utilisée à 2 mois postpartum puisse prédire une partie de l'ESPT post-accouchement à un an postpartum (β = -0,389 ; p<0,005), cependant elle n'est pas lié au prédicteur (perception du soutien apporté par les soignants), nous ne pouvons donc pas tester l'effet médiateur de cette stratégie de coping.

Par contre, pour le blâme comme médiateur, les conditions pour tester une médiation sont remplies puisque (1) la relation entre le prédicteur (la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante) et le médiateur (le blâme) et (2) la relation entre le médiateur et le critère (score à l'échelle PPQ) sont significatives (β = -0,160 et β =0,308 ; p<0,05) ainsi que l'effet indirect entre le prédicteur et le critère, également significatif (β = -0,287 ; p<0,05). Les modèles de régression et de médiation sont présentés dans le Tableau 16.

	β	t	*p*	R^2	R^2aj.	ΔR^2
Modèle 1				0,087	0,067	
Relation avec les soignants (2 mois postpartum)	-0,294	-2,090	0,042			
Modèle 2				0,160	0,123	0,054
Relation avec les soignants (2 mois postpartum)	-0,258	-1,869	0,068			
Blâme (2 mois postpartum)	0,273	1,980	0,050			

a. Variable dépendante : score PPQ T4

Tableau 16 - Médiation de la stratégie de coping « auto- blâme » sur la relation entre le prédicteur (la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante) et le critère (score à l'échelle PPQ) à 12 mois postpartum

Dans le premier modèle, le prédicteur (la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante) explique 6,7% de la variance du score PPQ (risque ESPT postpartum à 12 mois postpartum). Lorsque le deuxième modèle est testé, la variance expliquée (R^2 ajusté) passe de 6,7% à 12,3%, ainsi l'introduction dans le modèle du blâme augmente de 5,4 % la variance expliquée. Le modèle est illustré par la figure 23 ci-dessous.

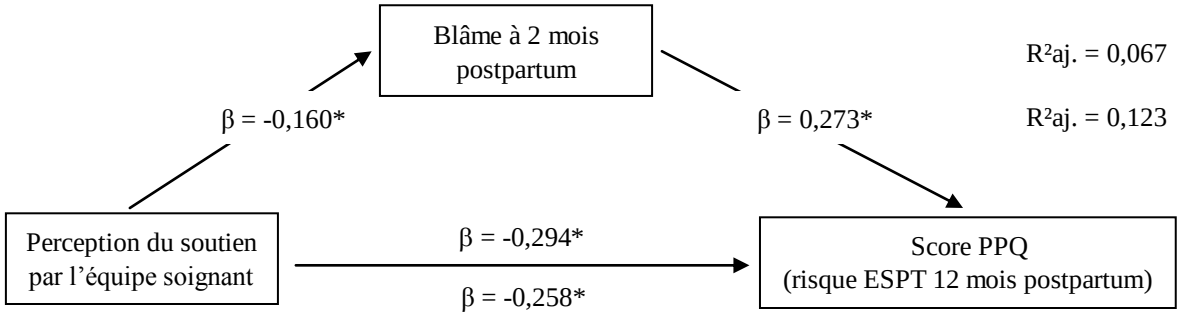

Figure 23 - Médiation - La stratégie de coping auto-blâme comme médiateur de la relation entre la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante à T2 et le score PPQ (ESPT) à un an postpartum

4.5. Résumé

Un an après l'accouchement, notre population est constituée de 80 femmes. Parmi celles-ci, 13 d'entre elles (16,5%) présentent des symptômes d'un ESPT postpartum. Parmi ces dernières, 46,2% présentent une comorbidité avec la dépression et 69,2% une comorbidité avec l'anxiété. Les femmes manifestant un risque d'un ESPT à un an postpartum et les femmes du groupe « témoin » diffèrent pour deux stratégies de coping à T4 : les femmes du groupe « ESPT » utilisent significativement plus la distraction et le désengagement comportemental. Des différences concernant la qualité de vie persistent également entre les deux groupes à un an postpartum : les femmes présentant les symptômes d'un ESPT témoignent d'une moins bonne qualité de vie au niveau physique, affectif et social.

La régression linéaire effectuée, afin de prédire les symptômes sévères d'un ESPT à un an postpartum, met en évidence trois facteurs prédictifs. Les antécédents obstétricaux-gynécologiques (1), la présence d'affects dépressifs en prépartum (2) et l'utilisation de la stratégie de coping d'auto-blâme et sa difficulté à pouvoir réinterpréter la situation de manière positive (3) expliquent 49,1% de la variance du risque d'un ESPT à un an postpartum.

Les résultats de l'analyse de médiation montrent un effet de la stratégie de coping auto-blâme sur la relation entre la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante à T2 et le score du PPQ, indicateur d'un ESPT à un an postpartum (T4).

4.6. Discussion

Un an après l'accouchement, 80 femmes ont répondu à notre questionnaire et 13 présentent un risque d'ESPT. Néanmoins, une limite de l'étude est le nombre restreint des femmes ce qui n'a pas permis d'effectuer toutes les analyses souhaitables afin de prédire le risque d'un syndrome de stress post-traumatique. Même avec un petit échantillon de femmes présentant des symptômes d'un Etat de stress post-traumatique, les résultats montrent une différence significative dans leur choix de stratégies d'adaptation dans le sens d'un évitement (ou d'un comportement évitant) ou de se confronter avec un obstacle (désengagement comportemental & distraction). De plus, un

an après l'accouchement, elles présentent toujours une moins bonne qualité de vie que les autres mamans.

L'analyse de régression, dans l'objectif d'extraire des facteurs prédictifs pour un risque d'ESPT postpartum à un an, a mis en évidence un résultat très intéressant : deux groupes de facteurs peuvent être retenus (1) les antécédents obstétricaux et psychoaffectifs et (2) la façon dont la femme s'adapte aux difficultés dans la période postnatale en particulier les stratégies de coping qu'elle met en place à 2 mois postpartum. De façon plus détaillée, la régression linéaire effectuée, afin de prédire les symptômes sévères d'un ESPT à un an postpartum, met en évidence trois facteurs prédictifs. Les antécédents obstétricaux-gynécologiques (1), la présence d'affects dépressifs en prépartum (2) et l'utilisation de la stratégie de coping d'auto-blâme et sa difficulté à pouvoir réinterpréter la situation de manière positive (3) expliquent 49,1% de la variance du risque d'un ESPT à un an postpartum. Les deux facteurs prénataux sont bien établis dans la littérature (Andersen *et al.*, 2012). Par contre, les stratégies d'adaptation n'avaient pas été étudiées comme prédicteur jusqu'à présent. En référence au modèle de Slade (2006) on pourrait les désigner comme facteurs qui maintiennent les symptômes d'un ESPT.

De plus, les résultats montrent encore, même à un an postpartum, un lien important entre la perception du soutien à l'autonomie par l'équipe soignante et le score du PPQ, indicateur des symptômes cliniquement significatifs d'un ESPT et l'effet médiateur de la stratégie d'auto-blâme. Plus la femme se reproche d'avoir « échoué » pendant l'accouchement, plus cela renforcera l'importance du soutien par les professionnels.

5. Recherche qualitative « ACCOUSOIN »

Les résultats quantitatifs de cette recherche ont donné lieu à plusieurs réflexions cliniques ; l'objectif de ce travail a été de fournir des données concernant les avancées théoriques et pratiques dans le domaine de la périnatalité et la prise en charge des femmes ayant développé un ESPT consécutif à leur accouchement. Premièrement, nos résultats en lien avec la littérature montrent l'importance du soutien par l'équipe soignante durant l'accouchement et en suite de couches pour (1) le vécu de l'accouchement ; (2) le risque de développer un ESPT postpartum. Pourtant, à notre connaissance, il n'existe actuellement aucune étude s'intéressant aux connaissances et aux représentations des soignants concernant l'ESPT postpartum. Ainsi les professionnels ne sont qu'assez rarement amener de diagnostiquer ce type de trouble, les difficultés associées et leurs conséquences. De ce fait, ils ont du mal à proposer une prise en charge adaptée.

L'objectif de notre étude qualitative appelé « ACCOUSOIN » a été d'étudier les connaissances et les représentations des professionnels de la périnatalité en rapport avec l'ESPT postpartum chez leurs patientes.

Cette étude a pu avoir lieu grâce à la collaboration avec la maternité de Nancy et le Docteur Rachel Vieux. L'analyse du contenu était réalisée en plusieurs étapes de façon indépendantes par deux experts Mademoiselle Rita Luz et moi-même.

Cette analyse qualitative a fait l'objet d'une soumission d'article :

George, A. ; Luz., R. ; Vieux., R. ; Spitz., E., (2013). Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth: Perception in health professionals, *Birth*, (soumis)

Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth: Perception in health professionals

Astrid George[a,*],

MS,Psychologist, PhD candidat

Rita Luz[a,b],

MS, Psychologist, PhD student

Rachel Vieux[b,c],

MD, PhD

Elisabeth Spitz[a],

MS, Psychologist, Professor in health Psychology

a. University of Lorraine, APEMAC – EPSaM, EA4360, 57006 Metz, France

b. University Maternity Ward, Neonatal Department, 54000 Nancy, France

c. University of Lorraine, APEMAC, EA4360, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

***Corresponding author:** Astrid George, Équipe de Psychologie de la Santé-Metz (EPSaM), UFR Sciences Humaines et Arts, Ile du Saulcy BP 30309, 57006 Metz cedex 1, France. Tel.: +623431452 ; Fax: +33 387 31 57 83; *e-mail address*: astrid.george@voila.fr

This work was funded by European Regional Development Fund (ERDF), Lorraine Region co-financing and the MSH (Maison des sciences de l'Homme, Lorraine) and FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portugal).

Abstract

Background: Childbirth is a crucial life event, and 3.1% women suffer from posttraumatic stress disorder (PTSD) within the first postpartum year. Literature highlights the role of health professionals in physical and psychological care giving and handling. To increase support provided from health professionals, it may be useful to study how these latter recognize and understand their patients' distress. Today, there is no evidence of a good perception of health professionals on PTSD following childbirth. If there is no common concept of postnatal PTSD, this implicates that the diagnosis may not be made, disabling to lead surveys or to offer counseling or psychotherapy. The aim of the present qualitative study was to evaluate the representation and knowledge of perinatal health professionals on postpartum PTSD. Semi-structured interviews were conducted.

Method: A qualitative analysis was performed. Semi-structured interviews were conducted.

Results: Participants were 4 Gynecologists, 3 pediatricians, 2 midwives and a psychiatrist. Content analyses showed three main categories in professionals' perceptions: 1.Health professionals' representation of delivery as a stressful event which could become traumatic under some circumstances; 2. Health professionals' representation of postpartum posttraumatic stress disorder; 3.Cognitive dissonance between theoretical knowledge of postpartum PTSD and clinical experience.

Conclusion: Perinatal health professionals are aware of the symptoms and clinical occurrence of postnatal PTSD, but without a theoretical framework. Yet postpartum PTSD persists predominantly associated with special obstetrical or psychopathological situations.

Keywords

Childbirth, PTSD, health care professionals

Introduction

Childbirth is characterized as a major and in most cases positive life event. However, women may experience birth as a traumatic event and about 20-48 % of them experience symptoms of posttraumatic stress in postpartum (1;2;3).

According to diagnostic criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-revised (DSM-VI-R), PTSD essentially involves three distinct clusters of symptoms (4): (1) intrusive re-experiencing of the event (e. g. flashbacks), (2) persistent avoidance of reminders or any stimuli associated with the event, (3) increased arousal. For an event to be traumatic, it must be perceived as life threatening for themselves or for another person and generate intense fear, helplessness, or horror. The duration of symptoms should be at least one month, and with negative impact of daily functioning.

Literature highlights that a small but however consistent number of women develop posttraumatic stress disorder (PTSD) within the first year after childbirth. Indeed, prevalence rates vary from 2.8 to 5.6% at six weeks postpartum (5) and 3.1% six months after delivery (6).

Postpartum is a special time as it is a very specific developmental time point. Hence, PTSD in postpartum period has specific consequences, on the mother, her child, their dual bonding, and her partner (7;8). PTSD following childbirth may therefore become a major public health issue (9).

The role of health professionals in physical and psychological care giving and handling is crucial (10; 11). Support behaviors and mutual understanding in medical staff and patient are recognized as important protective factors. Furthermore, lacks of empathy and of support surely are risk factors in the development of PTSD following childbirth (10). Though it is important to stress the crucial role of health professionals, it may only be useful if these latter recognize their patients' distress. Ayers & Pickering (12) emphasize risk of "misdiagnosed"

women within women with diagnosis of postpartum depression, although they are suffering from postpartum PTSD. Today, there is no evidence for a good perception of health professionals of postpartum PTSD. If this truly is the case, the fact that PTSD following childbirth is no common concept means the diagnosis may not be made, disabling to lead surveys, or to offer counseling or psychotherapy to women. Literature about postpartum PTSD exists, but mainly case studies or pilot studies on how to deal with it (13; 14). However, we couldn't find research investigating the role of health professionals to detect difficulties in psychological adaptation to traumatic childbirth experience.

The aim of the present qualitative study was to evaluate the representation and knowledge of perinatal health professionals on postpartum PTSD.

Method

In this qualitative study, perinatal health professionals were interviewed by a health psychologist. The semi-structured interview guide was constructed to explore representation and knowledge of postpartum PTSD, its consequences, how to detect it, and what to offer to distressed women. Participants were recruited from a local level III maternity ward. Interviews were recorded, taped and transcribed. A qualitative content analysis of transcripts was conducted by two independent raters (first and second author). Transcripts were read repeatedly to identify all statements about postpartum PTSD representation and knowledge to compile a coding schedule. Themes were then discussed by both independent raters, and presented to all co-authors for agreement on the final schedule presented in this article.

Results:

Our population was composed of 10 participants: 4 Gynecologists, 3 Pediatricians, 2 midwives and a Psychiatrist. Four were men and six women. They were aged 29 to 62 years (median

44.5). They had practiced for 0.5 to 31 years (median 16). Interviews were 16.5 minutes long (range: 8-43.5).

Content analysis results are classified into two main categories: health professionals' representation of childbirth as traumatic, and their representation of postnatal PTSD.

1. *Health professionals' representation of childbirth as traumatic*

a. *Dichotomization: "normal birth" and "traumatic birth"*

All participants agreed about the fact that birth is a challenging life event which is characterized by experiencing stress and anxiety. Moreover, some moderating variables were proposed to explain the stressful nature of birth: a lack of preparation or knowledge, wrong expectancies, lack of support, first child birth, unknown, pain, duration, effects of epidural anesthesia, physical effort, and anticipation of potential problems.

b. *Risk factors for traumatic birth experience*

Furthermore, under some circumstances a shift happens from normal to traumatic birth. Health professionals consider three main risk factors for shifting from normal to traumatic birth:

i. *Intrapartum events*

Firstly, occurrence of intrapartum obstetrical events and emergencies were presented as the most important trigger of traumatic birth experience, often resumed as "circumstances of birth"(HP1). All kind of medical events in mother and baby could trigger traumatic birth experience (e.g. neonatal death, preterm birth, preeclampsia, intervention such as forceps, perineal lesion, etc.). Sometimes, the term "traumatic" may induce confusion between psychological trauma and physical trauma (*« well, sometimes, it goes on very well, sometimes there are nonetheless some perineal lesions in women »HP1).*

Some participants stressed that the way the medical staff handles the event occurring during delivery could moderate the degree of perception of the trauma due to the obstetrical intervention (« You must really calm down things, calm down people, then, it's like any human activity in emergencies, if there is a problem, it's the obstetrician's role, and what people have difficulties to do *… »(HP2) ; « Mmmh, you can have a patient, who had a difficult delivery with instrumental extraction, forceps, something, which might appear very difficult to us, and which is difficult, but since we could explain to the patient what was going on, when we saw her again, two months later, [she] told me "my delivery was great .» (HP10).*

ii. Women's psycho(patho)logy

Secondly, in health professionals' perception, psychological characteristics of the women may induce a traumatic birth experience: in terms of psychopathology (*« Ladies, who are stressed since their delivery, well, they were stressed before and this was a trigger. »,HP5)*, past experiences, developmental crises (*« Well, I think that there are women, who might be …heum, overwhelmed, exceeded by all that, heum, and experienced all this like a stress, indeed, I guess that this is really possible .»HP7)* or lack of self-regulation (« *… who, achieve to control themselves, and those…heum… who, …who don't control themselves…»*HP7).

iii. ***Socio-professional environment***

Thirdly, health professionals present environmental factors as moderators of birth experience: familial and professional support during birth (*« Then, it all depends on the environment: are midwives rather reassuring, or not,… does, does the women have good company/ in the way I think environment helps or doesn't for a good development … »(HP 6)« in terms of birth experience, it might be a good experience according to the people who were there at delivery … »HP 10)).*

c. *Discrepancy in perception*

Furthermore, health professionals describe a discrepancy between their perception of birth and the women's experience of birth (« And well, it's true, that there other ladies/women, for us it was awful and who would state, « It was ok » . »(HP5) ; « There are patients, discovering, describing deliveries as something…heum…terrible, and finally if you get back to the discharge letter, the report, for us, nothing extraordinary has happened. »(HP4)).

As described above health professionals consider that birth experience can be influenced by objective or subjective factors. They indeed consider medical events to be objective, and all other factors experienced by women as subjective. Some health professionals restrain the possibility of negative birth experience only to occurrences of obstetrical or pediatric/neonatal events. Some participants claim to be unable to understand psychological suffering following childbirth if the infant is healthy (*« …when they have a healthy child, finally they get out without any sequel, I have difficulties to imagine, that they might have bad memories »(HP4))*. *« I admit that I have never been very interested by this topic, because it's something, that I… well, even if I…I hear it often, I have a tiny little difficulty to understand. »(HP4).*

2. *Health professionals' representation of postpartum posttraumatic stress disorder :*

Level of knowledge on postpartum PTSD

Participants had different levels of knowledge on postpartum PTSD as a postpartum/perinatal psychopathology. Indeed, for some participants, postpartum PTSD was almost unknown (*« No, sincerely I have never ever heard about stress… »HP5)*. Others thought postpartum PTSD was a kind of postnatal depression (*« But I don't know if this is postnatal depression »HP3)*. And others know PTSD as a psychopathology, and think this general knowledge may be transposed into the perinatal context (*« I don't know… a posttraumatic stress syndrome, we know it for*

many other things such as aggression, and all this, thus it is transposable for every kind of event creating trauma.»HP7). Finally, a few participants associated PTSD with the occurrence of a major medical event during delivery (such as death or severe injury).

Participants who ignored postpartum PTSD did not know it could be diagnosed. For the others, formal information or diagnostic methods for postpartum PTSD were described as none existent or unavailable.

3. Dissonance in theoretical vs. clinical knowledge

Despite the absence of theoretical knowledge regarding the disorder, participants had a good clinical expertise on postpartum PTSD (*« …no, honestly I have never seen, heard about it. But I see some every day ! »(HP5))* Health professionals were unable to express a clear and accurate explanation about the concept of posttraumatic stress disorder following delivery. Clinical symptoms due to posttraumatic PTSD were hence rarely recognized as so. However, though they did have a good theoretical knowledge regarding its consequences, and the help that could be proposed to women concerned with stress, they could rarely help these women as postpartum PTSD was not diagnosed.

For professionals, consequences of postpartum PTSD can be classified in three consecutive groups of difficulties: a) difficulties in relationship with significant others (partner and baby); b) difficulties in personal concerns (such as body perception, sexuality, self-esteem); c) difficulties in life project (funding a family or having other children). To detect PTSD following delivery, professionals declare trusting women's statement after birth, or during the next pregnancy. Other professionals declare to be alerted thanks to a personal sensitivity. Describing the way to handle women suffering from PTSD after birth, they enumerated the care and counseling by psychologists, psychiatrics or psychosocial institutions. Most of the professionals thought that confronted with women concerned by posttraumatic PTSD, they could provide professional

care thanks to their personal resources such as: listening, valorization, speaking or approving women's suffering, if they could take time for this.

Discussion

This study is the first to look at health care professional's perception of birth experience and provides interesting preliminary findings. It shows that health professionals recognize delivery as a stressful, life changing event, and that under specific conditions it may be experienced by women as traumatic. These conditions are grouped in three major factors: medical events, *psycho(patho)logy* of the women and environment during birth.

Moreover, this study emphasizes that these factors are not equally considered by health professionals. Traumatic birth is mainly associated with medical events, as the main reason for a birth to be experienced as traumatic. Furthermore, a traumatic birth experience is often (mis)understood as a physical lesion that occurs during delivery, probably related to a bias induced by the professional. In the same way, psychological trauma and physical trauma are frequently expressed as interchangeable or as two events linked by a causal relation (physical trauma provokes a psychological trauma). This representation of what a traumatic birth experience is, induces health professionals to develop a vague, inaccurate conceptualization of postpartum PTSD.

Further qualitative studies can provide an insight on this dimension of knowledge, specifically in what refers to the representation of trauma, birth experience and postpartum PTSD.

Taking this overlapping of concepts/representations? in consideration, health professionals' assumption that physical trauma and medical intervention during delivery is a major trigger of traumatic birth experience is still in line with literature (15; 16; 17), as well as the moderating role attributed to the medical staff's actions during emergencies (18; 19;20).

Health professionals described a certain level of discrepancy between their own and women's experiences of childbirth. This may be explained by three factors. Firstly, childbirth includes a

socio-cultural dimension through which it is seen as a major, positive and desirable life event for every woman. In this sense, it may be difficult for health professionals to understand and, even, to accept that women might have a traumatic experience of birth in the absence of objective reasons for that, as medical events.

Secondly, health professionals mainly consider biomedical criteria in postpartum well-being evaluation. This way, they are focused more on physical and medical (objective) aspects of childbirth and less on the subjective dimension of birth/delivery experience. Psychosocial and environmental factors are described by health professionals as influencing variables but they are considered secondarily in what refers to childbirth/delivery-related outcomes.

Finally, literature highlights that it is not the severity of birth events alone that allows to determine the development of PTSD, but women's perception of the event (21). On the other hand, health professionals tend to associate the quality of childbirth/delivery with the level of physical distress. Thus, the contrast between women's criteria to evaluate their experience of childbirth/delivery and those of health professional's, justifies the discrepant perceptions of childbirth as expressed by health professionals. Literature pointed out that the most important risk factor is subjective distress during delivery (17).

The impossibility to accurately recognize and name the dimensions of psychological functioning misleads health professionals in what refers to diagnostic and treatment of potentially or declared psychopathological conditions during perinatal period. Some perinatal psychopathologies are well described and are, then, more easily detected, diagnosed and followed in a specialized consultation. On the contrary, postpartum PTSD is not yet sufficiently known in a way that allows women suffering from this psychopathological condition to get specialized counseling and therapy as soon as possible.

Health professionals have a good perception about what to do if something is going wrong and what to do in order to help women dealing with it. However, the lack of knowledge and the misunderstanding of postpartum PTSD as a postpartum psychopathology lead many cases to

remain unrecognized or receive an incorrect diagnosis, even when explicit clinical signs are present. This is in accordance with Ayers & Pickering (12) findings: the authors emphasize the risk of “misdiagnosed” women, within women with diagnosis of postpartum depression, although they are suffering from postpartum PTSD.

In 2012, 822 000 women underwent childbirth in France, which means that 25482 women may have experienced a traumatic birth and might have developed a postpartum PTSD. Our results are a main concern on health care issues and should be taken into consideration in order to improve mental healthcare in the perinatal context.

Bibliographie

1. Creedy DK, Schochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. Birth: Issues in Perinatal Care. juin 2000;27(2):104‑111.

2. van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe, I, Pop, V. Prenatal depresssion, mode of delivery, and perinatal dissociation as predictor of postpartum posttraumatic stress : an empirical study. Clin Psychol Psychotherapy, 2005; 12:297.

3. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. J Psychosom Obstet Gynaecol. juin 2006;27(2):91‑97.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

5. Olde E, Van der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. Clinical Psychology Review. janv 2006;26(1):1‑16.

6. Alcorn KL, O’Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. Psychol Med. nov 2010;40(11):1849‑1859.

7. Parfitt YM, Ayers S. The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple’s relationship and parent-baby bond. J. Reprod. Infant Psychol. 2009;27(2):127‑142.

8. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. Journal of Anxiety Disorders. mai 2011;25(4):520‑530.

9. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth.Birth.Mars 2003; 30(1):36-46.

10. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum « hotspots ». Psychol. Health. 2012;27(10):1166‑1177.

11. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. Journal of Anxiety Disorders. mars 2009;23(2):260‑268.

12. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth: Issues in Perinatal Care. juin 2001;28(2):111‑118.

13. Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. J. Psychosomat. Obstet. Gynecol. sept 2010;31(3):113‑122.

14. Stramrood CAI, Van der Velde J, Doornbos B, Paarlberg KM, Schultz WCMW, Van Pampus MG. The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Posttraumatic Stress following Childbirth. Birth-Issue Perinat. Care. mars 2012;39(1):70‑76.

15. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. Clin. Obstet. Gynecol. sept 2004;47(3):552‑567.

16. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. Clin. Psychol. Rev. mai 2003;23(3):409‑448.

17. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta Obstet. Gynecol. Scand. nov 2012;91(11):1261‑1272.

18. Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. J. Psychosomat. Obstet. Gynecol. déc 2007;28(4):239‑242.

19. Beck CT. Birth Trauma and Its Sequelae. J. Trauma Dissociation. 2009;10(2):189‑203.

20. Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. Br. J. Health Psychol. nov 2007;12:491‑509.

6. Le Protocole ACCOUNOVA[15]

En Lorraine, nous avons pu constater qu'un pourcentage important (16,5%) de femmes souffrent de symptômes cliniquement significatifs d'un ESPT jusqu'à 12 mois après l'accouchement.

Ces femmes expriment une moins bonne qualité de vie et ont un risque très élevé de présenter une comorbidité avec d'autres troubles affectifs. Selon la revue de la littérature la prise en charge avec l'EMDR est une des méthodes de référence. Nous avons ainsi développé un protocole de recherche permettant d'évaluer l'efficacité de cette psychothérapie grâce à un essai randomisé et contrôlé.

Nous partons de l'hypothèse que la méthode EMDR est appropriée dans les cas d'un ESPT induit par l'accouchement, car le stress posttraumatique est induit par un moment ciblé, celui de l'accouchement. Il s'agit d'un événement unique, isolé et précis, qu'on appelle d'après L. Terr un trauma de type I. Le but du traitement est d'aider les femmes à se libérer des souvenirs traumatiques grâce à l'orientation vers un traitement adaptatif de l'information et d'évaluer l'efficacité d'une intervention psychothérapeutique ciblée sur un événement précis : l'accouchement.

Le protocole a été publié:

George, A. ; Thilly , N., Rydberg, J.A.; Luz., R. ; Spitz., E., 2013, Effectiveness of EMDR treatment in PTSD after childbirth: a randomized controlled trial protocol

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, DOI: 10.1111/aogs.12132

[15] Je tiens à remercier Eva Zimmermann, experte dans le domaine du ESPT postaccouchment pour pour les préciex échanges que j'ai eu avec elle.

AOGS
ACTA Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

AOGS RESEARCH PROTOCOL

Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing treatment in post-traumatic stress disorder after childbirth: a randomized controlled trial protocol

ASTRID GEORGE[1], NATHALIE THILLY[2,3], JENNY A. RYDBERG[1], RITA LUZ[1] & ELISABETH SPITZ[1]

[1]Health Psychology, University of Lorraine, EA 4360 APEMAC, Metz, [2]Lorraine University, Paris – Descartes University, EA 4360 Apemac, Nancy, and [3]CIC-EC CIB6 Inserm Clinical Epidemiology and Evaluation, Nancy, France

Correspondence
Elisabeth Spitz, Health Psychology, University of Lorraine EA 4360 APEMAC, Ile du Saulcy, Metz 57006, France. E-mail: elisabeth.spitz@univ-lorraine.fr

Conflict of interest
The authors have stated explicitly that there are no conflicts of interest in connection with this article.

Received: 13 February 2013
Accepted: 24 February 2013

DOI: 10.1111/aogs.12132

Key words: Traumatic childbirth, post-traumatic stress disorder, protocol, eye movement desensitization and reprocessing

Abbreviations: EMDR, eye movement desensitization and reprocessing; PTSD, post-traumatic stress disorder.

Introduction

A traumatic experience of childbirth is an important public health issue (1,2). Approximately 1–2% of women suffer from post-traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth (3). To date, no large research project has attempted to evaluate psychotherapeutic interventions for women suffering from PTSD after childbirth in a randomized controlled trial (4). Qualitative pilot studies and clinical expertise suggest that eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment is a highly successful psychotherapy for women suffering from traumatic birth (5,6). Moreover, EMDR is internationally recognized and recommended as one of the interventions of choice in PTSD treatment. The aim of this publication is to present the research protocol of a controlled randomized trial to evaluate the effectiveness of EMDR for PTSD following childbirth and the optimal time for initiating such therapy.

Material and methods

Participant characteristics

Participants consist of adult women suffering from PTSD following a live infant birth during the last 2 months. These women should not present any psychiatric history, addiction or PTSD before or during pregnancy. Screening for PTSD is performed by clinical interview and self-reporting questionnaires assessing PTSD in general (Impact of Event Scale (7)), and specifically for the postpartum period (Perinatal Post-traumatic Stress questionnaire (8)).

Sampling procedure

The procedure is illustrated in Figure 1. At time zero (T0) women presenting with PTSD are recruited by health professionals such as midwives, nurses and physicians during the postpartum period, especially during perineal re-education. At the first visit, a physician and a psychologist investigator conduct a clinical interview to identify eligibility and exclusion criteria. The woman is fully informed of the study design and procedure, receives written information and gives informed consent. The women are free to accept or to refuse to participate in the presented study. Eligible women who accept to participate are asked to complete the following self-reporting questionnaires: Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale (HADS-A) (measures of anxiety), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (depression), Brief cope (coping) and Medical Outcome Study Short

© 2013 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Form (MOS-SF-36) (Quality of Life) questionnaires. Women are then randomly assigned to one of two groups: (i) the experimental group receiving usual care plus eight sessions of EMDR psychotherapy within 2 months or (ii) the control group receiving the usual care available in France (treatment as usual). Six months after childbirth, EMDR psychotherapy is proposed for this group (delayed EMDR therapy).

Usual care in France is defined as a postpartum medical control and the possibility of visits with a midwife, perineal rehabilitation and a monthly pediatric visit.

Eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) is a technique consisting of a structured treatment protocol. During treatment, the woman is asked to focus on memories of the traumatic event (thoughts, emotions, sensations, etc.), while engaging in bilateral stimulation (eye movements, tones or hand tapping). The aim is to engage a process of self-regulation and adaptive information processing (4).

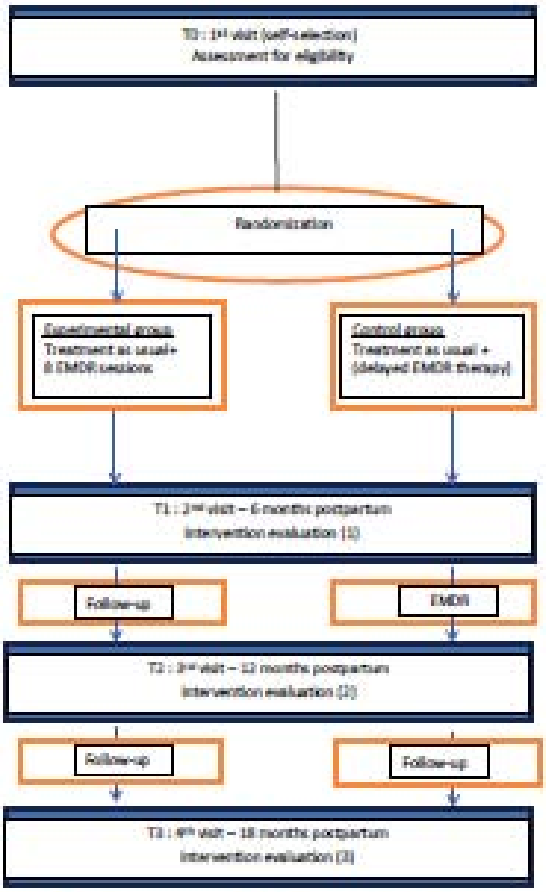

Figure 1. Study procedure. EMDR, eye movement desensitization and reprocessing.

First evaluation of intervention (T1)

Six months after birth, all participating women are contacted and asked to describe the memory of their birth experience and to complete the above-mentioned questionnaires (HAD-A, EPDS, Brief cope, SF-36) again. At T1, while women of the experimental group (group 1) have completed the EMDR therapy, women in the control group are initiating this therapy (group 2). T1 includes the follow-up for group 1 and the beginning of EMDR treatment for group 2.

Second evaluation of intervention (T2)

Twelve months after the traumatic birth the same evaluation as before at T1 is used. At T2, women of the control group have completed the EMDR therapy. T2 includes follow-up for both groups.

Third and last evaluation of intervention (T3)

Eighteen months postpartum and follow-up for the long-term evaluation of effectiveness of treatment.

Judgment criteria

The effect of EMDR treatment will be measured by comparing the change of scores (after intervention – before intervention) obtained with the four above-mentioned questionnaires between the two groups.

Discussion

In conclusion, we propose a trial to assess the effectiveness of EMDR treatment after traumatic birth experience and (determine) the optimal time to initiate such therapy. We seek to offer a standard intervention with proven effectiveness.

Funding

The study has been approved by the ethics committee. (Le Comité de Protection des Personnes – CPP EST II gave approval the 10.11.2011). CPP n°10-561. Etude Accounova. This research was funded by the European Regional Development Fund (ERDF), Lorraine Region co-financing and the MSH (Maison des sciences de l'Homme, Lorraine, USR 3261 CNRS).

References

1. Starkison HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal

 © 2013 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92: 318–24.

2. McDonald S, Slade P, Spiby H, Iles J. Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. J Psychosom Obstet Gynecol. 2011;32:141–6.
3. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91:1261–72.
4. Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of posttraumatic stress disorder after childbirth: a review. J Psychosom Obstet Gynecol. 2010;31:113–22.
5. Sandström M, Wiberg B, Wikman M, Willman A-K, Högberg U. A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. Midwifery. 2008;24:62–73.
6. Stramrood CAI, Van der Velde J, Doornbos B, Marieke Paarlberg K, Weijmar Schultz WCM, Van Pampus MG. The patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. Birth. 2012;39:70–6.
7. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. Can J Psychiatry. 2003;48:56–61.
8. Pierrehumbert B, Borghini A, Forcada-Guex M, Jaunin L, Müller-Nix C, Ansermet F. Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. Ann Méd-Psychol, Rev Psychiatr. 2004 Nov;162:711–21.

7. L'étude « follow up » EMDR

En parallèle avec l'étude « ACCOUNOVA » et en coopération avec Eva Zimmermann, formateur, facilitateur et superviseur EMDR, une étude qualitative a débutée, concernant les effets bénéfiques de l'EMDR pour des patientes résidant en Suisse et ayant subi un stress posttraumatique postpartum. Les femmes sont contactées suite à leur thérapie avec Eva Zimmermann, pour un entretien semi-directif (grille d'entretien, *cf.* Annexe F).

Par la suite, une analyse de contenu sera effectuée.

V. PRESENTATIONS CLINIQUES

1. Le protocole au défi de la pratique

La prise en charge des femmes ayant développé un ESPT post-accouchement se déroule à l'hôpital-clinique Claude Bernard à Metz, grâce à une convention de collaboration entre la clinique et le laboratoire EPSaM. Les consultations sont assurées par moi-même et une seconde psychologue associée à la recherche pour assurer la prise en charge sur Forbach (Moselle). L'information de la possibilité de prise en charge a été diffusée à Metz et à Forbach ; nous avons informé la PMI, les maternités, des cabinets de sages-femmes et des associations parentales. L'étude était présentée comme la continuité de la recherche sur l'Etat de stress post-traumatique postpartum et proposait une prise en charge pour les femmes ayant souffert d'un accouchement difficile.

L'objectif ici est de présenter et de discuter les premières expériences et implications cliniques intermédiaires de la mise en place du protocole. D'abord deux présentations cliniques seront proposées, puis une discussion résumera notre expérience en fonction des spécificités et des défis rencontrés, afin de pouvoir rapporter nos réflexions cliniques.

Pour la présentation de ces 2 cas, les deux femmes ont été informées et elles ont généreusement donné leur consentement pour cette présentation.

2. Présentation de cas : Madame A.

La première femme présentée ici est âgée de 27 ans, primipare, mariée et employée. Elle a été adressée par la psychologue du service de la maternité qui lui avait proposée de me contacter afin de participer à l'étude suite à un accouchement par césarienne en urgence. Lorsqu'elle se présente pour le premier entretien avec son mari, son bébé à quatre semaines, elle est très motivée à participer à une recherche pour un doctorat comme elle dit, « au moins, ça servira à quelque chose ». Elle est très marquée par l'accouchement, pleure beaucoup et ne se sent pas à l'aise avec le bébé. Elle décrit le

bébé comme très éveillé mais aussi comme un nourrisson qui pleurait énormément en suite de couches et qui était très agité. Souvent interrompue par ses pleurs, elle est presque incapable de décrire son accouchement et elle est submergée parfois par les reviviscences. Le fait de revenir près de l'endroit où elle a accouché, près de la maternité, pour réaliser l'entretien a été difficile pour elle.

Les facteurs traumatisants, pour cette femme, ont été : la césarienne, qui a été vécue comme un échec pour cette femme en tant que future mère et aussi la césarienne en tant qu'événement qu'elle craignait le plus et qui était associé à une peur ancienne de toute intervention médicale ; la solitude et la peur lors de l'intervention ; la perte de contrôle et un sentiment d'inexistence pour le corps médical. De plus, elle exprime un profond sentiment d'injustice par rapport au déroulement de la naissance de son enfant.

Durant cette première séance, l'objectif est de rencontrer la patiente (et son conjoint si possible), de leur expliquer le déroulement et le cadre de la recherche. Par la suite la jeune femme est invitée à réfléchir sur sa participation ou non à l'étude. Si elle souhaite participer à l'étude, elle reçoit une notice d'information (*cf.* Annexe J) qui résume par écrit toutes les informations fournies à haut voix, elle doit remplir un consentement éclairé (*cf.* Annexe J).

Madame A. est très favorable pour participer à l'étude et revient la semaine suivante. Durant les premières séances, une anamnèse clinique approfondie est effectuée. Mais, avant de débuter la désensibilisation à l'aide de la stimulation bilatérale, il a été nécessaire que la patiente acquière des capacités de gestion de ses émotions afin de ne pas être submergée par les sensations liées au souvenir de l'accouchement. Dans cet objectif, il existe des techniques variées que l'on peut adapter aux patients (voir par exemple H. Delucchi « Manuel des techniques de stabilisations »[16]). Avec Mme A., l'installation d'un « lieu sûr » a été réalisée facilement.

Suite aux informations et à la stabilisation, la patiente a donné son accord pour commencer le protocole standard. Ainsi, la problématique actuelle et les souvenirs du passé associés ont été identifiés. Dans le cadre d'une thérapie complète, il aurait été indiqué de travailler sur toutes les différentes cibles du passé, puis sur les situations du

[16] Présenté par l'auteur au cours d'une formation à Metz

présent et enfin sur l'anticipation des situations du futur. Mais dans le cadre de cette étude et selon notre contrat thérapeutique, nous avons décidé de travailler uniquement sur l'accouchement. Ceci a été explicité à la patiente.

Afin de traiter l'accouchement, le protocole R-TEP (Shapiro & Laub, 2009)[17] a été utilisé pour le trauma récent. Ce protocole permet d'extraire les *hotspots* [18] et de les traiter successivement.

Au cours des séances, différents moments de l'accouchement ont été désensibilisés au fur et à mesure puis réintégrés en tant que souvenirs plus neutres.

Durant les premières séances, une difficulté avec la mise en place de l'allaitement resurgissait souvent, interférant avec le traitement, parce que cette expérience renforçait le sentiment d'être une mère incompétente.

Progressivement l'état affectif de Madame A. s'améliore de semaine en semaine, elle pleure moins, elle arrive de plus en plus à s'occuper de son enfant et commence à ressentir une joie, un bonheur et une fierté de voir son enfant grandir.

Tout au long du traitement, d'autres facteurs interfèrent régulièrement, ce sont des déclencheurs (*trigger*) dans son entourage ou dans les médias (grossesse, naissance, baptême, etc.). Au fur et à mesure du traitement, Madame A va pouvoir se détacher de son rituel autour du jour de la semaine où son enfant est né, un vendredi. Ainsi, pendant les premiers mois, tous les vendredis, elle veillait à porter son enfant à l'heure exacte de l'accouchement et pleurait beaucoup. Elle en viendra à oublier de faire ce rituel.

Actuellement, la perturbation est descendue jusqu'à 2 (très faible perturbation). On peut formuler l'hypothèse qu'il s'agit d'un score écologique pour elle maintenant, à six mois postpartum, parce que le deuil de son accouchement rêvé n'est pas encore accompli.

Les séances avec madame A. se poursuivent actuellement Par la suite le scénario du futur sera installé. Elle est aujourd'hui sortie d'une détresse aiguë, elle ne se sent plus handicapée dans sa vie quotidienne et envisage le projet d'un deuxième enfant.

[17] L'auteur remercie Madame J.A. Rydberg pour la formation personnelle

[18] Les pensées très perturbantes liées au trauma

3. Présentation de cas: Madame B.

Madame B. est âgée de 28 ans, mariée et employée. Elle a pris connaissance de l'étude par une personne de son entourage qui connaissait notre recherche. Elle a accouché de son premier enfant sept mois avant la première séance. Lors de la première séance, elle décrit sa souffrance, associée aux reproches et regrets qui la poursuivent depuis son accouchement. Les symptômes d'un ESPT sont surtout de l'ordre de l'intrusion (flashbacks, cauchemars) et de l'évitement (les femmes enceintes lui rappellent son accouchement, elle préfère ne pas les rencontrer).

L'anamnèse clinique montre que Madame B a suivi une psychothérapie pendant son adolescence, qu'elle estime avoir été bénéfique pour elle. Un événement négatif au niveau relationnel l'a particulièrement marquée, mais il reste jusqu'à présent sans impact psychopathologique ou social.

En préparation de la désensibilisation, la mise en place d'un « lieu-sûr » lui a été également proposée et elle a apprécié cette forme d'autorégulation du stress.

Suite aux effets positifs de l'emploi du protocole R-TEP avec la patiente précédente, il a été appliqué dès le départ avec madame B. Au début du traitement, Madame B. décrivait une perturbation de 7 (sur une échelle de 0 à 10, où le zéro représente aucune perturbation et 10 une très grande perturbation). Les perturbations associées aux différentes cibles[19] (c'est-à-dire les *hotspots* du trauma), diminuent de façon rapide, la patiente s'apaise. A la fin de trois séances, Madame B. ne ressentait plus de perturbation en relation avec son accouchement, elle disait « non, c'était comme ça, c'était tout simplement la naissance de mon enfant et maintenant elle est là ». Suite à la clôture du traitement, elle décrivait se sentir « libérée » d'un poids qu'elle avait porté pendant sept mois.

[19] Point of disturbance dans le R-TEP

4. Discussion

Suite à ces deux présentations de cas, de nombreuses réflexions cliniques émergent : une première question porte sur le moment le plus adéquat pour débuter la prise en charge d'un ESPT postpartum. Une prise en charge précoce dans la période du postpartum immédiat (premier mois postpartum) serait bénéfique pour la mère ou faut-il attendre quelque mois afin ne pas intervenir dans le processus de l'adaptation naturelle de la mère pendant les premières semaines postpartum. L'étude de cas de Madame A a montré qu'une prise en charge précoce pouvait avoir une influence positive sur la relation mère-enfant et pour le bon rétablissement de la mère, surtout si elle est à la recherche d'aide.

Une seconde question concernait le choix du protocole EMDR (standard versus R-TEP) pour ce contexte très spécifique de l'accouchement. Le protocole standard (passé-présent-futur) est approprié car il fournit également des informations amnésiques sur l'histoire des événements associés à l'événement actuel. Cependant, pour le contexte de cette recherche, qui vise l'accouchement comme événement unique, le R-TEP s'est montré plus approprié, surtout, dans une prise en charge précoce.

Plus généralement, il faut constater que les femmes avec un ESPT complet suite à l'accouchement semblent avoir de grandes difficultés à faire la démarche de rechercher de l'aide. Ainsi, le rapport entre le nombre de femmes invitées par les sages-femmes lors de consultations après l'accouchement à participer à l'étude et à bénéficier de la prise en charge et le nombre de femmes ayant fait réellement la démarche pour bénéficier de cette prise en charge est d'une patiente sur cinq qui s'engage dans un travail psychothérapeutique sur le vécu éprouvant de son accouchement.

De plus, les femmes, avec un syndrome de stress post-traumatique sévère, font le plus souvent partie du groupe « drop out » (Söderquist, 2006). Dans notre étude, une patiente avec un ESPT complet adressée par un gynécologue et accompagnée de son conjoint, est venue à un premier rendez-vous ; elle avait été très encouragée par le praticien et par son mari. Cette patiente qui n'a pas fait un choix complètement

autonome de participer à l'étude avait expliqué dès le début de la séance ne pas « vouloir parler de ça ». Elle ne poursuivra pas le protocole.

D'autre part, il faut rester également vigilant car l'accouchement peut réactualiser des traumatismes plus anciens qui vont empêcher la désensibilisation ciblée sur l'accouchement et qui doivent être traités en amont, hors du protocole de recherche.

VI. PERSPECTIVES

1. Un premier objectif de cette recherche était de poursuivre les études autour du développement d'un ESPT postnatal en Lorraine de façon quantitative

Les résultats de cette étude ont pu montrer qu'en général, les femmes en Lorraine vont plutôt bien suite à leur accouchement. Cependant, il y a un pourcentage important de femmes avec une symptomatologie d'un Etat de stress post-traumatique postpartum (19,6%). Le suivi longitudinal de notre étude a pu souligner qu'un taux important (11,5%) persiste jusqu'à un an après l'accouchement. Ces femmes montrent une qualité de vie significativement moins bonne que les femmes sans symptômes d'un ESPT. Un atout pour des recherches future pourrait être de rencontrer les femmes ayant présenté des scores cliniquement significatifs d'un ESPT afin de compléter le diagnostique avec un entretien standardisé et ainsi approfondir les connaissances sur les caractéristiques cliniques de ce trouble.

L'étude des stratégies de coping utilisées par les femmes durant la période périnatale a apporté des résultats intéressants avec des implications au niveau empirique, mais aussi psychothérapeutique. Les connaissances sur ces stratégies pourront permettre de décrire un profil des femmes à risque et des facteurs de prévention pendant la grossesse et aussi durant le prépartum précoce. De plus, les stratégies utilisées par les femmes avec un ESPT postpartum ne sont pas les mêmes que celles utilisées par les femmes avec une dépression postpartum (deTychey *et al.*, 2005). L'élaboration de deux profils de façon la plus distincte possible pourrait être envisagée dans des recherches futures. Par rapport à l'évaluation des stratégies de coping dans des situations spécifiques, une publication est en cours de préparation pour une validation du Brief Cope auprès des femmes enceintes.

Suite à nos résultats sur les facteurs pathogènes d'un développement d'un ESPT postpartum, c'est plus particulièrement le rôle de l'équipe soignante et son lien avec le sentiment d'efficacité personnelle de la femme qui méritent notre attention. Nous envisageons de mettre en place une étude qualitative sur les attentes personnelles et professionnelles, à la fois de la femme mais également des soignants lors de l'accouchement afin de saisir le contraste qui peut apparaitre entre ces personnes qui

vivent un moment intense ensemble. Notre évaluation qualitative afin de connaître les représentations des soignants sur le développement d'un état de stress post-traumatique suite à l'accouchement a été un premier pas vers l'intégration du point de vue des soignants.

Par ailleurs, à l'aide d'une approche quantitative, nous réalisons actuellement la validation de l'échelle *modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ)*, utilisée dans notre recherche. Cette échelle évalue la perception par la femme du soutien à l'autonomie qu'elle reçoit de la part de l'équipe soignante lors de l'accouchement. Cette échelle évalue donc le soutien des soignants pour que la femme reste autonome durant l'accouchement à travers le sentiment de respect qu'elle ressent, à travers le renforcement positif de son sentiment de contrôle et à travers les preuves de sa compétence qu'elle perçoit de la part des soignants.

Il sera également intéressant d'essayer de conceptualiser au niveau théorique les différentes éléments de la relation entre la parturiente et les soignants (le soutien affectif et instrumental ; l'empathie ; le respect, etc.).

De plus, il serait important d'évaluer de façon approfondie les conséquences du développement d'un ESPT sur la relation de la mère à l'enfant pendant la première année postpartum (Ayers & Wells, 2007 ; Davies *et al.*, 2008), le développement psychoaffectif du bébé et l'évolution du couple (Ayers *et al.*, 2006 ; Moreau *et al.*, 2009). Une étude publiée en 2012 évoque la possibilité d'un effet bénéfique sous forme d'un développement personnel suite à un accouchement traumatique, dans le sens d'un *posttraumatic growth*, ainsi une perspective plus optimiste pourrait être source de futures recherches (Sawyers et al. 2012).

2. **Un deuxième objectif de cette recherche était d'élaborer un protocole de prise en charge des femmes présentant un ESPT consécutif à l'accouchement, afin d'évaluer l'effet d'une prise en charge psychothérapeutique (thérapie EMDR) des femmes en souffrance.**

Suite à nos résultats, la nécessité d'une prise en charge peut être constatée. Bien que notre étude ait pu montrer un besoin, nos premières expériences de la proposition d'une prise en charge du traumatisme révèlent également une forte réticence des femmes à accepter cette aide. Ainsi, il serait intéressant de rechercher les entraves qui empêchent ces femmes de demander ou d'accepter de l'aide. Différentes hypothèses sont envisageables : le manque d'information, de moyens financiers, le manque de force physique ou bien un sentiment de honte, de culpabilité spécifique à la période périnatale. Dans notre étude, nous nous posons la question de savoir quelles sont les motivations qui empêchent les femmes de bénéficier de l'aide proposée.

Un protocole de prise en charge avec l'EMDR et de son évaluation, ainsi que les premières expériences d'utilisation du protocole ont été présentés. Les démarches pour l'évaluation d'une psychothérapie sont longues et complexes, mais elles sont nécessaires afin de pouvoir améliorer les connaissances sur les traitements psychothérapeutiques, aider les femmes, mais aussi mieux comprendre les troubles et leur survenue afin d'adapter la prise en charge. Dans le futur, notre protocole devra évoluer et intégrer également les apports d'autres approches psychothérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

Abiodun, O. A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *165*(5), 669-672.

Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *113*(3), 284-288. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological medicine*, *40*(11), 1849-1859. doi:10.1017/S0033291709992224

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1261-1272. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x

Andrews-Fike, C. (1999). A review of Postpartum Depression. *Primaty Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, *1*(1), 9-14.

Arizmendi, T. G., & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of psychosomatic research*, *31*(6), 743-756.

Ayers, S, & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, *28*(2), 111-118.

Ayers, Susan. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical obstetrics and gynecology*, *47*(3), 552-567.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20(1),79-92.

Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, *11*(4), 389-398. doi:10.1080/13548500600708409

Ayers, S. (2007a). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *34*(3), 253-263. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x

Ayers S. (2007b). Post-traumatic stress disorder. In J. Cockburn & M. E. Pawson (Eds) *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynaecology: Clinical management. London*: Springer-Verlag.

Ayers S, Wright DB, & Wells N. (2007) Post-traumatic stress in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 25(1), 40-50.

Ayers, Susan, Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *29*(4), 240-250. doi:10.1080/01674820802034631

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, *8*(2), 159-168. doi:10.1080/1354850031000087537

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *166*(4), 525-528.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Barczak, P., Kane, N., Andrews, S., Congdon, A. M., Clay, J. C., & Betts, T. (1988). Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic. A validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *152*, 698-700.

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

Beck, C. T. (2009). Birth trauma and its sequelae. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *10*(2), 189-203. doi:10.1080/15299730802624528

Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing research*, *59*(4), 241-249. doi:10.1097/NNR.0b013e3181e501fd

Beech, B. A., & Robinson, J. (1985). Nightmares following childbirth. British Journal of Psychiatry , 147 , 586

Berger, M. (1998). *Psychiatrie und Psychotherapie* (1. A.). München: Urban & Fischer Verlag.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, *52*(2), 69-77.

Bloor RN, Jones RA: Post-traumatic stress disorder and sexual dysfunction. Br J Sex Med 1988;5,170–171.

Bolger N. (1990). Coping as a personality process : a prospective study.Journal of Personality and Social Psychology, 59, 525-537.

Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *35*(11), 1136-1142. doi:10.1016/j.gyobfe.2007.09.014

Bradley, Rachel, & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(1), 19-42. doi:10.1080/02646838.2010.513047

Bradley, Rebekah, Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American journal of psychiatry*, *162*(2), 214-227. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.214

Unger, U. & RAmmsayer, (2001). „Himmelhochjauzend zu Tode betrübt“: Eine literaturübersicht zum postpartum blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In T. Brähler, E. &U.Unger (Hrsg.). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (Neuausgabe.). Psychosozial-Verlag.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 748-766.

Bydlowski M, Raoul-Duval A (1978) Un avatar psychique méconnu de la puerperalité: la névrose traumatique post obstétricale. Perspectives Psychiatriques 4: 321-328.

Bydlowski, M., & Candilis-Huisman, D. (1998). *Psychopathologie périnatale*. Presses universitaires de France.

Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), Psicologia da Gravidez e da Maternidade (pp. 17-49). Coimbra : Quarteto Editora.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior. New York: Springer-Verlag.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol’s too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, *4*(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *27*(2), 91-97.

Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression,development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. BrJ Psychiatry 1987;150:782–6.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35–51. doi:10.1348/014466500163095

Da Costa, J. (s. d.). On irritable heart. A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences, *61*(17-52).

Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *69*(2), 305-316.

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. doi:10.1002/imhj.20197

Dayan, J, Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., & Baranger, E. (1999). [Antenatal depression, a risk factor for prenatal delivery]. *Presse médicale (Paris, France: 1983)*, *28*(31), 1698.

Dayan, Jacques. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Masson.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and selfdetermination in human behavior*. New York: Plenum.

De Noose, L., Garnier, S., & Richelle, J. (2011). Dépression prénatale et engagement thérapeutique : Approche clinique et projective. *Psychologie clinique et projective*, *n° 17*(1), 159-187. doi:10.3917/pcp.017.0159

De Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*(3), 323-326. doi:10.1016/j.jad.2004.11.004

DeMier, R. L., Hynan, M. T., Harris, H. B., & Manniello, R. L. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, *16*(4), 276-280.

DeMier, R. L., Hynan, M. T., Hatfield, R. F., Varner, M. W., Harris, H. B., & Manniello, R. L. (2000). A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *Journal of clinical psychology*, *56*(1), 89-100.

Denis, A., & Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *19*(4), 116-119. doi:10.1016/j.jtcc.2009.10.002

Deutsch, H. (1975). *La psychologie des femmes, tome 2 : Maternité*. Presses Universitaires de France - PUF.

Dorn, A., (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) nach Entbindung. Ein Modellentwurf zu subjektiven und objektiven Einflussfaktoren auf der Grundlage einer explorativen Studie*. Shaker Verlag ISBN: 3-8322-1817-3

Dunne, T., & Farrell, D. (2011). An investigation into clinicians' experiences of integrating EMDR into their clinical practice. *Journal of EMDR Practice and Research*, *5*(4), 177-188. doi:10.1891/1933-3196.5.4.177

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345.

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, *66*(10), 2142-2153. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x

Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Schouten, E. G. W. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General hospital psychiatry*, *28*(5), 414-417. doi:10.1016/j.genhosppsych.2006.07.001

Esquirol, E. (1858). De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. In *Des maladies mentales considérées sous les rapports médicale, hygiénique et médico-légal* (Baillière). Paris.p. 230-273.

Farrell, D., & Keenan, P. (2013). Participants' Experiences of EMDR Training in the United Kingdom and Ireland. *Journal of EMDR Practice and Research*, *7*(1), 2-16. doi:10.1891/1933-3196.7.1.2

Ferenczi, S. (1918). Psychanalyse des névroses de guerre (trad. fr.). In *Oeurvres complètes* (Payot.). Paris (1974).

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, *99*(1), 20-35.

Foa , EB Steketee, G. Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, 155-176.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (s. d.). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD.* (Guilford Press.). New York.

Fones, C. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *The Journal of nervous and mental disease*, *184*(3), 195-196.

Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of anxiety disorders*, *23*(2), 260-268. doi:10.1016/j.janxdis.2008.07.009

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & health*, *26*(12), 1553-1570. doi:10.1080/08870446.2010.533770

Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of anxiety disorders*, *24*(3), 353-359. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.008

Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips (Studienausgabe Bd II ed.)* (Fischer.). Frankfurt.

Gaugue-Finot, J., Devouche, E., Wendland, J., & Varescon, I. (2010). Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *58*(8), 441-447. doi:10.1016/j.neurenf.2010.09.001

Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, *46*(2), 212-219. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x

Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *17*(1), 15-24.

Green, M. M., McFarlane, A. C., Hunter, C. E., & Griggs, W. M. (1993). Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *The Medical journal of Australia*, *159*(8), 529-534.

Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *13*(2), 83-89. doi:10.1016/S0924-9338(98)80023-0

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2009). EMDR Works . . . But How? Recent Progress in the Search for Treatment Mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(3), 161-168. doi:10.1891/1933-3196.3.3.161

Hansenne, M., Charles, G., Pholien, P., Panzer, M., Pitchot, W., Gonzalez Moreno, A., & Ansseau, M. (s. d.). Mesure subjective de l'impact d'un événement: traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. *Psychologie médicale*, *25*(1), 86-88.

Haour, F., & Servan-Schreiber, D. (2009). Les bases neuroscientifiques de l'EMDR . In J. Cottraux (Ed.), TCC et Neurosciences (pp.187-202). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum « hotspots ». *Psychology & health*, *27*(10), 1166-1177. doi:10.1080/08870446.2011.649755

Herman, J. (1992). Complex PTB: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5, 377-391.

Hodnett, E D, Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (3), CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766

Hodnett, Ellen D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, *186*(5 Suppl Nature), S160-172.

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *176*, 83-85.

Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, *79*(935), 505-510, quiz 508-510.

Horowitz, M. J., Wilner, N. R. & Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale. A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209 -218.

Horowitz, M. J., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Kaltreider, N. B., & Wilner, N. R. (1986). Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, *143*(5), 582-589.

Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early human development*, *79*(2), 81-91. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of anxiety disorders*, *25*(4), 520-530. doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.006

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of clinical psychology*, *58*(1), 113-128.

Lepine, J.p., Godchau, M., Brun. P. &, Lempérière, T. (1985). Evaluation de l'anxiétét et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Medico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.

Janet, P. (1887). *L'automatisme psychologique.* (Alcan.). Paris.

Janoff-Bulman , R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In CR Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 15-35)

Jomeen, J., & Martin, C. R. (2004). Is the hospital anxiety and depression scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy? *Psychology & Health*, *19*(6), 787-800. doi:10.1080/0887044042000272895

Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of traumatic stress*, *13*(1), 101-113. doi:10.1023/A:1007777032063

Karimova, G., & Martin, C. (2003). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale during pregnancy. *Psychology, health & medicine*, *8*(1), 89-103. doi:10.1080/1354850021000059296

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *150*, 662-673.

Keogh E., Ayers S., & Francis H. (2002). Does Anxiety Sensitivity Predict Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth? A Preliminary Report. *Cognitive Behaviour Therapy*, *31*(4), 145-155. doi:10.1080/165060702321138546

Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*(09), 1351-1360. doi:10.1017/S0033291708002900

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.

Klaus M & Kennel J (1976) *Maternal–infant bonding*. C.V. Mosby, Saint Louis.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82,1–25. doi:10.1037/h0076171

Knapp L. Childbirth satisfaction: The effects of internality and perceived control. *The Journal of Perinatal Education.* 1996;5(4):7–16.

Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C.-S., & Ferreri, F. (2010). Management of posttraumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *31*(3), 113-122. doi:10.3109/0167482X.2010.503330

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Springer.).New York

Lee, C. W., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The Active Ingredient in EMDR: Is It Traditional Exposure or Dual Focus of Attention? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(2), 97-107. doi:10.1002/cpp.479

Leeds, L., & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26*(2), 108-122. doi:10.1080/02646830701688299

Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire ds propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1.1). Rev Epidem Sante Pub1 1995;43 :371-9.

Lev-Wiesel, R., Chen, R., Daphna-Tekoah, S., & Hod, M. (2009). Past traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms? *Journal of women's health (2002)*, *18*(1), 119-125. doi:10.1089/jwh.2008.0774

Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16, 91-105.

Maercker, A. (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Springer DE.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *27*(2), 81-90.

Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (JB Baillière.). Paris.

Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of affective disorders*, *79*(1-3), 113-126. doi:10.1016/S0165-0327(02)00362-2

Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of clinical psychology*, *58*(1), 23-41.

McCrae R.R. et Costa P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. Journal of Personality, 54, 385-405.

McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(3), 141-146. doi:10.3109/0167482X.2011.596962

Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *Journal of affective disorders*, *133*(1-2), 1-15. doi:10.1016/j.jad.2010.10.009

Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of post-traumatic stress disorder. J Reprod Infant Psychol 1993;11:221–228.

Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing research*, *32*(4), 202-207.

Merger, R., & Melchior, J. (2001). *Précis d'Obstétrique. 6ème édition*. Masson.Paris

Missonnier, S., Blazy, M., Boige, N., Presme, N., & Tagawa, O. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Elsevier. Masson.

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, *12*, 88. doi:10.1186/1471-2393-12-88

Moleman, N., van der Hart, O., & van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *180*(4), 271-272.

Moreau, A., Kopff-Landas, A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2009). Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *37*(3), 236-239. doi:10.1016/j.gyobfe.2008.07.019

Muller, L., & Spitz, E. (2003). [Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population]. *L'Encéphale*, *29*(6), 507-518.

Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). J Reprod Infant Psychol. 1990;8(2):99-107.

Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British journal of health psychology*, *12*(Pt 4), 491-509. doi:10.1348/135910706X120627

O'Hara, M W, Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*, *48*(9), 801-806.

O'Hara, Michael W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Women's Health Issues*, *5*(2), 75-76. doi:10.1016/1049-3867(95)92852-V

O'Hara M, Swain A. 1996. Rates and risks of postpartum depression - a meta-analysis. International Review in Psychiatry 8:37-54.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD

symptoms following childbirth. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *6*(3), 125-142. doi:10.1300/J229v06n03_06

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, *26*(1), 1-16. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.002

Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen Neurosen* (V. von Auguste Hirschwald.). Berlin.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127-142. doi:10.1080/02646830802350831

Paul, T. A. (2008). Prevalence of posttraumatic stress symptoms after childbirth: does ethnicity have an impact? *The Journal of perinatal education*, *17*(3), 17-26. doi:10.1624/105812408X324534

Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004a). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *162*(9), 711-721. doi:10.1016/j.amp.2003.10.017

Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004b). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *162*(9), 711-721. doi:10.1016/j.amp.2003.10.017

Quinnell, F. A., & Hynan, M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): a preliminary study. *Journal of traumatic stress*, *12*(1), 193-199. doi:10.1023/A:1024714903950

Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *156*(6), 831-835.

Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *21*(4), 213-220.

Rohde, A. (2001). Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Der Gynäkologe*, *34*(4), 315-323. doi:10.1007/s001290050717

Rohde, Anke, & Dorn, A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch ;* Schattauer Verlag.

Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(8), 1285-1298.

Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *25*(4), 246-251.

Sack, M., Lempa, W., & Lamprecht, F. (2001). [Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *51*(9-10), 350-355. doi:10.1055/s-2001-16898

Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A.-K., & Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, *24*(1), 62-73. doi:10.1016/j.midw.2006.07.008

Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, *31*(6), 733-741.

Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R., & Smith, H. (2012). Posttraumatic growth after childbirth: a prospective study. *Psychology & health*, *27*(3), 362-377. doi:10.1080/08870446.2011.578745

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries . European Journal of Psychological Assessment, 18,242–251.

Schubert, S. J., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2011). The efficacy and sychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of anxiety disorders*, *25*(1), 1-11. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.024

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. **(1995)**. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Seedat, S., Stein, D. J., & Carey, P. D. (2005). Post-traumatic stress disorder in women: epidemiological and treatment issues. *CNS drugs*, *19*(5), 411-427.

Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2008). L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *37*(5), 435-440. doi:10.1016/j.jgyn.2008.04.005

Servan-Schreiber, D., & Cornil, L. (2010). *Manuel de formation à la thérapie EMDR* (Institut Français d'EMDR.). Paris.

Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *The American journal of psychiatry*, *155*(5), 630-637.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford.

Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of clinical psychology*, *58*(1), 1-22.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. Journal of EMDR Practice and Research, 1, 68-87.

Shapiro E & Laub B. (2009). The New Recent Traumatic Episode Protocol (RTEP). In: Luber M, editor. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations. New York: Springer Publishing; p.251—270.

Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109*(10), 1154-1163. doi:10.1016/S1470-0328(02)00968-0

Slade, P, MacPherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, *32 (Pt 4)*, 469-483.

Slade, Pauline. (2006). Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *27*(2), 99-105.

Söderquist, J, Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *116*(5), 672-680. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x

Söderquist, J, Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *23*(1), 31-39.

Söderquist, Johan, Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *27*(2), 113-119.

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003a). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.), 30*(1), 36-46.

Söndergaard, H. P., & Elofsson, U. (2008). Psychophysiological Studies of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(4), 282-288. doi:10.1891/1933-3196.2.4.282

Sorenson, D. S., & Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in psychiatric care*, *46*(1), 14-25. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x

Stramrood, C. A. I., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.), 39*(1), 70-76. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x

Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *180*, 205-209.

Susan, A., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of affective disorders*, *119*(1-3), 200-204. doi:10.1016/j.jad.2009.02.029

Tarquinio, C. (2007). La thérapie EMDR dans sa prise en charge du traumatisme psychique,*Trauma and stress*, *7*, 107-20.

Tarquinio, C., Brennstuhl, M. J., Reichenbach, S., Rydberg, J. A., & Tarquinio, P. (2012). Early treatment of rape victims: Presentation of an emergency EMDR protocol. *Sexologies*, *21*(3), 113-121. doi:10.1016/j.sexol.2011.11.012

Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J. A., Schmitt, A., Mouda, F., Lourel, M., & Tarquinio, P. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, *62*(4), 205-212. doi:10.1016/j.erap.2012.08.006

Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*(5), 266-273. doi:10.1016/j.neurenf.2004.03.008

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 142-148. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005

Terr, L. C. (1989). Family anxiety after traumatic events. *The Journal of clinical psychiatry*, *50 Suppl*, 15-19.

Tham, V., Christensson, K., & Ryding, E. L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *86*(9), 1090-1096. doi:10.1080/00016340701507693

Tham, V., Ryding, E. L., & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, *1*(4), 175-180. doi:10.1016/j.srhc.2010.06.004

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, *17*(2), 147-156. doi:10.1080/10673220902899714

Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *178*, 556-560.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T.-C., Vance, K., … Baum, A. (1999). Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims. *American Journal of Psychiatry*, *156*(4), 589-595.

Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., … Roelandt, J.-L. (2008). [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)]. *L'Encéphale*, *34*(6), 577-583. doi:10.1016/j.encep.2007.11.006

Van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American journal of psychiatry*, *146*(12), 1530-1540.

Van Etten, M. L. T. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *5*(3), 126-144.

van Son M., Verkerk G., van der Hart O., Komproe I., Pop V (2005).Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress:an empirical study. Clin Psychol Psychotherapy.;12:297.

Vythilingum, B. (2010). Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD? *Archives of women's mental health*, *13*(1), 49-50. doi:10.1007/s00737-009-0118-x

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, *47*(5), 471-482.

Waldenström, U., Borg, I. M., Olsson, B., Sköld, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *23*(3), 144-153.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30 :473-483.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*, *19*(3), 295-311. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.001

Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*(2), 107-120. doi:10.1080/02646830600643874

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*, *11*(6), 587-597.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow. R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians. Patient Education & Counseling, 57(1), 39–45.

Williams, M. L. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *26*(6), 728-34. doi:10.1037/0278-6133.26.6.728

Wisner, K. L., Peindl, K. S., Gigliotti, T., & Hanusa, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*(3), 176-180.

Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie* (2. Ndr. 2011 d. 1. Auflage 2006.). Schattauer Gmbh.

Yehuda, R., McFarlane, A. C., & Shalev, A. Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, *44*(12), 1305-1313.

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *29*(1), 61-71. doi:10.1080/01674820701804324

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2011). Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(5), 435 - 439.

Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K., Golding, J. M., … Browner, W. S. (1997). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military medicine*, *162*(10), 661-665.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Zilberg, N. J., Weiss, D. S., & Horowitz, M. J. (1982). Impact of Event Scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of consulting and clinical psychology*, *50*(3), 407-414.