

I - L'ACCOUCHEMENT, UN ÉVÉNEMENT À POTENTIEL TRAUMATIQUE¹

Introduction : la vulnérabilité des femmes en travail

« *The effect of a traumatic birth experience has the potential to disable women's healthy transition to motherhood and impair their sense of complete womanhood*”

Moyzakis W. 2004. Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence-Based Midwifery*. 2(1), p. 13.

« *I could see everything in the mirror : the forceps, the episiotomy, my whole body being laid open. Somehow I just wasn't there. I seemed to be floating around in the ceiling. It just really wasn't happening to me*”.

Reynolds JL. 1997. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth - *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* , vol 156, no 6, pp 831

L'accouchement constitue un événement important dans la vie d'une femme, un moment-charnière pouvant avoir un impact très positif, en soi et à plus long terme, comme nous le verrons ultérieurement dans ce document. Mais cet événement a priori normal comporte aussi en soi un potentiel de traumatisme, qui sera d'abord examiné ici. En effet, la revue de littérature révèle que l'accouchement peut constituer un événement traumatisant.^{i,ii,iii,iv} pour certaines femmes, et peut aussi réveiller d'anciennes blessures comme des épisodes de violence^v subie dans l'enfance ou ultérieurement, et notamment la violence sexuelle^{2,vi,vii,viii,ix}. L'accouchement mal vécu peut aussi donner lieu à des névroses, d'abord identifiées en 1978 par Bydlowski-Raoul Duval^{x,3}.

Une étude récente (Soderquist, Wijma et Wijma, 2002)^{xi} précise que la plupart des femmes identifiées comme ayant un SSPT ont eu un accouchement vaginal considéré comme normal. Une recension des écrits sur le sujet effectuée par Bailham et Joseph en 2003^{xii} confirme qu'un accouchement traumatisant peut donner lieu à un SSPT, pouvant être accompagné d'un évitement des relations sexuelles et de difficultés dans le rôle parental.

¹ Cet article a été écrit en 2006. Depuis, la violence obstétricale – qui a lieu durant l'accouchement et est reliée aux pratiques institutionnelles, aux attitudes d'intervenants, etc. – a commencé à être reconnue comme une forme de violence envers les femmes. Cette violence peut avoir un effet traumatisant pouvant aller jusqu'au syndrome de stress post-traumatique. En 2012, l'organisme international White Ribbon Alliance for Safe Motherhood créait, à l'aide d'un comité multidisciplinaire international, une charte des droits des femmes reliés à l'accouchement. Et l'Organisation mondiale de la santé a pris position sur la violence obstétricale en septembre 2014, aux Nations-Unies à New-York.

² Il sera question de l'impact de la violence sexuelle antérieure sur la grossesse et particulièrement, sur l'accouchement, dans la section suivante de ce document.

³ Cité par de Valors, 2003 : Bydlowski-Raoul Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr* 1978. 4 :321-328.

L'accouchement peut constituer un événement traumatisant pour plusieurs raisons, qui feront notamment l'objet de cette section, mais d'abord parce que les femmes enceintes sont dans une période vulnérable de leur vie, vulnérabilité accentuée par les caractéristiques d'un accouchement ou par ce qui peut s'y passer, en particulier lorsque l'accouchement est médicalisé ou lorsque les intervenant-e-s ne sont pas sensibles aux besoins des femmes durant ce moment de leur vie.

L'éducatrice prénatale et doula Penny Simkin souligne (1991)^{xiii} pourquoi une femme est vulnérable lorsqu'elle est en travail : les parties de son corps les plus intimes sont exposées, elle souffre physiquement, elle n'a plus la maîtrise de son corps. Elle est en sueur, elle tremble, elle gémit, il arrive qu'elle crie, et tout ceci avec des personnes étrangères autour d'elle.

Pour Shaw (1974)^{xiv}, l'accouchement implique aussi pour les femmes une incapacité à se protéger et à contrôler l'accès des autres à leur corps, au cours de cet événement intense et très douloureux. Les interventions – ou même ce qu'on appelle des « routines⁴ », soit des pratiques pas nécessairement fondées sur des données probantes comme la pose d'une intraveineuse, le branchement à une machine (le moniteur électronique fœtal), etc. – ont un caractère intrusif. Certaines femmes vivent ces gestes comme des agressions.

Le plus souvent, lorsqu'une femme accouche, c'est la première fois qu'elle est hospitalisée, l'inconnu peut donc faire peur. Et le fait d'être dans un hôpital l'amène à adopter le rôle d'une « patiente », même si elle n'est pas malade, contrairement au reste de la clientèle d'un centre hospitalier. Souvent, le personnel est débordé, parfois il est indifférent, et le médecin qui se présente vers la fin, pendant la poussée, de même que les infirmières pendant le travail, la femme en travail ne les connaît pas nécessairement (Vadeboncoeur, 2004^{xv}; Davis-Floyd 1992^{xvi}). De plus, l'accouchement peut présenter des caractéristiques qu'on associe par ailleurs dans la littérature sur les traumatismes à des événements traumatisants : il peut s'y produire des « événements soudains, non contrôlables, dangereux et imprévisibles » (Rachman, 1980, cité par Lyons^{xvii}, p. 127); ou encore des événements « soudains, pour lesquels on manque de préparation, qui peuvent constituer une menace pour la vie et entraîner une perte importante » (Lindy et al, 1987, cité par Lyons, p. 127).

A.L'incidence du syndrome de stress post-traumatique et du stress post-traumatique après un accouchement

Jusqu'en 1994 (année où le DSM-IV fut publié), on ne pouvait associer diagnostic de SSPT et accouchement, puisque l'un des critères permettant de le diagnostiquer était d'avoir vécu une « expérience en dehors de l'expérience humaine habituelle »⁵, ce qui n'est pas le cas pour l'accouchement. Mais en 1994, les critères changèrent, et peut-être l'étude publiée l'année d'avant d'une préceuseure, Janet Menage^{xviii}, contribua-t-elle à ce changement.

Même si le potentiel traumatisant de l'accouchement fut brièvement mentionné par quelques auteurs avant les années 90, tels Bydlowski et Raoul-Duval, c'est au cours de cette décennie que les premières études permirent d'en mesurer l'incidence. Parfois cependant, comme dans l'étude de Menage, il était impossible de dire si le traumatisme provenant de l'accouchement ou s'il était présent avant. L'étude de Menage, la première, relia officiellement accouchement et SSPT (6 % des 500 participantes de cette étude menée au Royaume-Uni). Mais le cinquième des

⁴ Il s'agit de pratiques hospitalières que l'on fait encore couramment dans plusieurs établissements.

⁵ Traduit de l'anglais par H.V.

femmes de cette étude ont vécu une expérience « très stressante » ou « terrifiante »⁶, qui les affectait encore au moment de l'enquête.

Ce que l'on a mesuré peut varier aussi, selon les études : parfois on mesure le stress post-traumatique, parfois on mesure le syndrome de stress post-traumatique (avoir tous les symptômes donc être diagnostiquée telle). Soet et coll. soulignaient en 2003^{xx} que les études sur le traumatisme psychologique relié à l'accouchement étaient rares et que la plupart des études portaient sur le développement du SSPT, négligeant d'investiguer si l'accouchement a été vécu comme traumatisant.

Au Canada Reynolds est le premier à avoir attiré l'attention de la communauté médicale sur cette question, lors d'une revue de littérature publiée en 1997 dans le CMAJ^{xx}. Il rapportait quelques études de cas ayant été publiées, ainsi que son expérience de médecin ayant eu parmi sa clientèle 6 femmes aux prises avec un SSPT relié à l'accouchement.

On estime généralement l'incidence du **SSPT après un accouchement entre 1.5 et 6 %**, l'incidence pouvant diminuer au fur et à mesure que le temps s'écoule. Toutefois, la proportion de femmes traumatisées par leur accouchement serait bien plus élevée. Par exemple, l'étude récente de Soet et coll. (2003)^{xxi} montre que si 1.9 % des participantes pourraient recevoir un diagnostic de SSPT, un autre **34 % des participantes avaient vécu l'accouchement comme traumatisant** et 40 % de celles-ci ont développé des symptômes de SSPT : 11.4 % éprouvent des manifestations d'intrusion, 27.2 % d'hypervigilance (*arousal*) et 4.9 % ont des comportements d'évitement (*avoidance*). Notons que cette étude comprenait 92 % de primipares, et que les taux d'interventions rapportés étaient élevés⁷ : 54.4 % de déclenchement artificiel du travail, 32 % de césariennes, 74.8 % de péridurales. Ces chercheurs ont aussi observé que 19 femmes ont rapporté des symptômes de SSPT sans percevoir leur accouchement comme traumatisant. Les auteures expliquent cette dernière observation en mentionnant la pression sociale qui laisse peu de place à l'expression de sentiments négatifs à l'égard de l'accouchement, le fait d'avoir à s'occuper d'un bébé et que certaines femmes aient pu avoir des symptômes de SSPT avant leur accouchement.

B.L'impact d'un accouchement traumatisant, à court et à long terme

« My reality is that I am scared, heart and womb. I need special care. My heart is fragile, and I am trying to protect it ». Beck 2004, Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth – The Aftermath. *Nursing Research*. 53(4), p. 222.

Pourquoi, un traumatisme ?

Nous avons vu qu'une femme en travail est dans un état de vulnérabilité. Or on sait qu'un traumatisme en général peut survenir quand la personne sent sa vie menacée (ou que celle d'un proche l'est); elle a peur, est terrifiée, et se sent impuissante à faire quoi que ce soit.

Peu d'études ont porté sur le traumatisme lui-même, pendant un accouchement. Toutefois, quelques études qualitatives, où l'on a interviewé des femmes traumatisées par leur accouchement, permettent de comprendre un peu plus pourquoi. Je traiterai donc des résultats de ces études avant d'aborder les « facteurs de risque » révélés par des études de type quantitatif.

⁶ J'ai parfois traduit, parfois pas traduit, les citations figurant dans ce document.

⁷ Un facteur qui a été associé au SSPT

L'étude d'Allen (1998)^{xxii}, qui a interviewé 20 femmes 10 semaines après la naissance de leur bébé, souligne que ces femmes traumatisées ont essayé de se faire rassurer ou d'obtenir des informations des intervenant-e-s ou de leur partenaire. Elles ont eu peur pour leur bébé, elles avaient de mauvais souvenirs d'un accouchement antérieur, elles ont eu le sentiment de ne pas être en contrôle et ont trouvé la douleur traumatisante.

L'étude phénoménologique de Beck, (2004)^{xxiii}, qui a interviewé 40 femmes de 4 pays du Commonwealth entre 5 semaines et 14 ans après leur accouchement, fait émerger quatre thèmes illustrant ce qui ne s'est pas passé durant leur accouchement et dont elles auraient eu besoin⁸ :

1. **Prendre soin de moi : était-ce trop demander ?** Menage 1993^{xxiv}; Wijma et al, 1997^{xxv}
2. **Communiquer avec moi : pourquoi cela a été négligé ?** Menage 1993; Creedy etcoll.2000^{xxvi}; Soet etcoll.2003^{xxvii}
3. **Fournir des soins sécuritaires : vous avez trompé ma confiance et je me suis sentie impuissante** Menage 1993; Czarnocka et Slade 2000^{xxviii}; Soet etcoll.2003.
4. **La fin justifie les moyens : aux dépens de qui toutefois ? et à quel prix ?**

En ce qui concerne le thème 4 (la fin justifie les moyens), les participantes soulignent qu'elles ont dû « tasser » ce qu'elles éprouvaient relativement à leur accouchement pour se centrer sur le « bébé en santé », élément sur lequel et les intervenant-e-s et l'entourage ont pu insister. Ce dernier thème est un élément nouveau, non révélé par les études antérieures.

Les effets sur les femmes : études phénoménologiques

1. L'étude de Beck : une vie rendue difficile

Les manifestations du traumatisme peuvent perdurer longtemps après la naissance du bébé. L'étude dont il vient d'être question était accompagnée d'une autre étude phénoménologique, par la même auteure (Beck, 2004)^{xxix}. Cette fois, sur les effets du traumatisme. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des entretiens avec 38 participantes ayant un SSPT :

1. **Voir un film : non, je ne veux pas y aller !**
Ces femmes avaient des reviviscences, des *flashbacks* durant le jour, et des cauchemars terrifiants la nuit; pendant 4 mois, pour l'une d'entre elles
Ces problèmes affectaient leur relation avec leurs enfants et leur conjoint (l'une revivait la situation traumatisante lorsqu'elle essayait de faire l'amour avec son conjoint)
2. **L'ombre de moi-même : trop 'sonnée' pour essayer de faire quelque chose**
Il était commun de ne rien ressentir, de ne pas réagir, et cela pouvait survenir tout de suite après l'accouchement et persister longtemps. Une femme se disait « vidée de son âme ».
3. **Vouloir des réponses à ses questions et parler, parler, parler**
Il s'agit d'un besoin intense, après un accouchement traumatisant. Ces femmes prenaient de fréquents rendez-vous avec leur intervenant-e, faisaient venir leur dossier obstétrical, lisaient des livres d'obstétrique, retournaient sur les lieux de l'accouchement et éprouvaient un intense besoin d'en parler, tout en recevant peu d'écoute; par contre, si elles se taisaient, elles avaient l'impression que cela nuisait à leur santé mentale.
4. **Le trio dangereux de la colère, l'anxiété et la dépression : une spirale descendante**
Ce que ces femmes vivaient était exacerbé; la colère devenait de la rage, ou alors on la retournait contre soi, et on se blâmait; l'anxiété se transformait en panique; et la dépression pouvait conduire à des idées suicidaires.

⁸ Je mentionne aussi pour chaque thème d'autres études en ayant fait état

5. **Isolement du reste du monde, en particulier des autres mères : rêves brisés**

Selon les entretiens de Beck le SSPT coupe trois avenues : le lien avec le bébé, parfois à long terme; le lien avec d'autres mères, qui n'ont pas vécu la même chose et le rêve d'avoir d'autres enfants

2. L'étude de Moyzakitis : critique des intervenants et effets sur les femmes et leurs relations interpersonnelles

L'étude de Moyzakitis^{xxx}, une petite étude qualitative avec 6 femmes interviewées 2 à 6 fois entre 6 et 12 mois après leur accouchement, fournit aussi un éclairage intéressant. Trois thèmes émergent de l'analyse des entretiens :

1. **des intervenant-e-s pas à la hauteur**

Ces femmes disent n'avoir pas reçu l'information ou les explications qu'elles auraient aimé avoir sur les interventions et sur ce qui se passait, et n'ont pas eu la possibilité de décider. Elles se sont senties impuissantes suite à « *un usage inapproprié du pouvoir par les professionnel-le-s* », dont l'utilisation qu'ils faisaient des connaissances qu'ils possédaient. Elles se sont senties obligées d'obéir. L'auteure souligne que l'« *authoritative knowledge*⁹ » est construit de façon à tasser les connaissances que les femmes ont de leur propre corps et cette mise de côté provoquait de la détresse chez elles. Finalement, ces femmes se sont senties peu soutenues et même trahies par les intervenant-e-s, qui manifestaient peu de « présence¹⁰ » et qui ne les défendaient pas. Kirkham (2001)^{xxxi} explique ce fait parce que la professionnalisation et la médicalisation des institutions aliènent les intervenant-e-s des femmes qu'elles sont censées aider.

2. **une image d'elles-mêmes négative**

Ces femmes se sont senties « aliénées d'elles-mêmes » et ce, pendant l'accouchement, comme l'une le décrit « *J'avais l'impression que je parlais aux murs. Personne n'écoutait ce que je disais... il y avait plein de choses qui se passaient et j'avais l'impression qu'elles n'avaient rien à voir avec moi* » (Moyzakitis, p. 11).

Des femmes parlaient d'agression, et même de viol, relativement à leur accouchement. Et qu'elles n'avaient pas été les mêmes, depuis. Une autre disait qu'après avoir tenté en vain de faire arrêter une intervention, d'avoir supplié qu'on lui donne 5 minutes pour se calmer, l'intervenant-e avait continué les sutures, et « *rendu là, je ne me rappelle plus de rien* » (« *I blanked out completely* »)(Moyzakitis, p. 11). D'autres se sont dit humiliées, avilies.

3. **des difficultés relationnelles**

Avec le bébé :

Toutes les femmes interviewées ont parlé des difficultés de relation avec leur bébé (parfois à long terme) et plusieurs les reliaient à ce qui s'était passé durant l'accouchement. Ces difficultés avec le bébé sont rapportées par plusieurs auteurs¹¹.

⁹ On peut traduire « *authoritative knowledge* », un concept développé à propos de l'accouchement par Davis-Floyd et Sargent, dans *Childbirth and Authoritative Knowledge*, 1997, par « les connaissances qui comptent, qui servent de base aux décisions et actions prises ».

¹⁰ La « présence » comme élément de soutien durant l'accouchement sera développée dans la section sur l'Accompagnement à la naissance.

¹¹ Lyons, dans sa revue de littérature (1998) mentionne que ces difficultés peuvent se manifester ainsi : sentir que le bébé n'est pas « à nous » (*disowning*), ne pas vouloir en prendre soin, ne pas l'aimer (le détester), éviter d'avoir des interactions sur le plan émotif avec le bébé, se sentir indifférente à son bébé.

Avec le conjoint¹²

Les participantes de l'étude de Beck décrivent des difficultés avec leur compagnon, incluant des problèmes sexuels, l'une soulignant que même s'il pouvait sur le plan pratique aider beaucoup, émotivement, pas nécessairement.

Avec leurs pairs

Ces femmes parlaient de leur sentiment d'isolement, de ne pouvoir parler de ce qu'elles avaient vécu avec personne, malgré un besoin important de le faire.

Autres effets possibles : névrose, dépression et moins d'enfants

Les difficultés de l'accouchement peuvent avoir d'autres effets. Si le *baby-blues* n'est qu'un état normal, de courte durée, il en va différemment pour les névroses et la dépression.

1. Les névroses post-traumatiques post accouchement^{xxxii} constituent un état durable : Canon-Yanotti, (1995), une analyste citée par De Valors^{xxxiii}, les définit ainsi : « *Ce sont des souvenirs de l'accouchement qui ne se refoulent pas ou ne se remettent pas à distance après deux ou trois jours de suites de couches...* ». De Valors y associe des accouchements violents (taux élevés de déclenchements, d'extractions instrumentales...) et est d'avis que ces interventions nuisent au 'devenir parent' : « *Comment devenir parent quand les soignants rejouent le rôle parental en décidant, déclenchant, 'extrayant' ? Aider au passage n'est pas interférer...* » (De Valors, 2003^{xxxiv}, p. 29). Les névroses seraient reliées à une grande difficulté d'attachement. La colère contre les intervenants pourrait être retournée contre le bébé.

Témoignage d'une cliente de De Valors :

« -Et votre petite fille ? à part cette peur, que ressentez-vous ?

-C'est la colère qui vient, à cause de l'accouchement : eux ils disent que ça s'est bien passé ! moi j'ai l'impression qu'ils me l'ont arrachée !... Moi je ne voulais pas être déclenchée, mais eux ils disaient que ça m'aiderait ! » (De Valors, 2003, p. 30)

Pour De Valors (2005)^{xxxv}, ce qui a été traumatisant, c'est que la maternité a reproduit en déclenchant (« ça va vous aider ») une situation vécue dans l'enfance et ayant entraîné de la colère chez cette femme, tout en banalisant (« ça s'est bien passé ») ce qui est une non-reconnaissance... Pour elle, la banalisation de ce qui se passe durant l'accouchement devient aussi dangereuse que la systématisation de l'hypermédicalisation .

Autre témoignage :

« Je ne comprends pas... La grossesse s'est bien passée... mon gynéco m'a dit que j'avais un bassin très large, que tout irait bien. Effectivement l'accouchement se passait bien quand le gynéco de garde a décidé brutalement à 19 heures de Césariser, disant que ça ne passerait pas... J'étais à 6 cm, le bébé allait bien, je ne comprends pas » (De Valors, 2003, p. 30).

L'expérience de De Valors montre que les traumatismes durant l'accouchement sont reliés au sentiment d'avoir été négligée, ou contrainte.

2. Des manifestations incapacitantes et de la dépression

Les manifestations de traumatisme ne sont pas faciles à vivre, pour ces femmes (*flashbacks*, cauchemars, ou images refaisant surface). Certaines études, rapporte Lyons (1998)^{xxxvi} ont aussi

¹² D'autres auteurs mentionnés par Lyons évoquent les difficultés sexuelles et relationnelles des femmes traumatisées par leur accouchement.

montré que des femmes traumatisées par leur accouchement pouvaient souffrir de dépression¹³. Mais parfois cette dépression a pu être présente antérieurement à l'accouchement. Lyons a trouvé une corrélation significative élevée entre des symptômes de stress post-traumatique et la dépression post-natale un mois après l'accouchement.^{xxxvii}

3. Moins d'enfants par la suite

Il se pourrait aussi qu'avoir une expérience négative d'accouchement aie un effet sur le désir d'enfant ou espace les naissances. En effet, une étude publiée en 2002 par Gottvall et Waldenstrom^{xxxviii} montre que plus de 2 fois plus de femmes dans cette situation n'ont pas eu d'autre enfant ensuite (en tout cas dans les 8 à 10 ans après, examinés dans cette étude) et qu'en moyenne, celles qui en ont un autre ont un intervalle de 4.2 ans entre les deux accouchements, contre 2.4 ans pour les femmes ayant eu une expérience positive d'accouchement. 38 % des femmes du premier groupe n'ont pas eu d'autre enfant.

Et l'impact sur le bébé ?¹⁴

Certains disent que oui le bébé peut être traumatisé lors de sa naissance (Verny, Irving, etc.) et des thérapeutes avancent que la naissance influence un être humain jusqu'à la fin de sa vie (livre *Songs from the womb*, etc.). Il se peut que cela soit vrai. Mais on manque d'études à ce sujet, même si des psychologues, psychanalystes, pédo-psychiatres, etc., reconnaissent - en particulier en Europe (Myriam Szejer, Françoise Dolto, Brigitte Dohmen...) qu'on devrait se préoccuper du bébé à partir du moment où il est conçu et non seulement à partir de sa naissance.

C. Facteurs de risque ou « prédicteurs »

Si les études phénoménologiques permettent de mieux comprendre ce que vivent les femmes relativement à leur accouchement ainsi que le traumatisme qui en est résultat, les études quantitatives permettent d'en savoir plus sur les facteurs de risque d'avoir un traumatisme durant l'accouchement. Selon Soet et coll (2003)^{xxxix}, ils peuvent être regroupés en 2 catégories : les facteurs antérieurs et les caractéristiques reliées à l'événement.

Facteurs antérieurs à l'accouchement

Soet et coll. (2003)^{xl} ont trouvé qu'une histoire de traumatisme sexuel antérieur, un faible soutien social, un état d'anxiété et plus de difficultés à traverser une épreuve (« *lower coping scores* ») peuvent augmenter le risque de vivre un accouchement de manière traumatisante. Le faible soutien social était un facteur de risque significatif pour le développement de symptômes de SSPT. Par ailleurs, un traumatisme comme la perte d'un enfant, avoir un bébé prématuré, avoir eu une fausse couche, avoir eu un accouchement antérieur traumatisant ont aussi été associés à l'accouchement traumatisant. (Foy, 1992, cité par Lyons, 1998)^{xli}.

Pour Wijma et coll (1997)^{xlii}, une maladie mentale, et être enceinte de son premier enfant étaient des facteurs prédictifs antérieurs. Et pour Lyons^{xliii}, une grossesse difficile peut aussi accroître la

¹³ Il arrive aussi que l'on prenne les symptômes de SSPT pour des symptômes de dépression. (Ayers et Pickering 2001), ce qui amène à des traitements inappropriés pour les femmes mal diagnostiquées.

¹⁴ Comme je l'ai mentionné au début de ce document, je ne traiterai pas de l'impact sur le bébé étant donné l'étendue du travail effectué sur l'importance de l'accouchement pour la mère. Il demeure que tout ce qui favorise la santé et le bien-être de la mère ne peut qu'avoir des effets positifs sur celui qu'elle porte ou sur le bébé après sa naissance.

vulnérabilité des femmes. L'étude longitudinale de van Son, Verkerk et coll (2005)^{xliv} montre une corrélation entre le fait d'avoir fait une dépression et un stress post-traumatique en post-partum.

Dans d'autres domaines que l'accouchement, pour McFarlane (1988 et 1989), cité par Lyons (1998a), être névrotique tel que mesuré par l'*Eysenck Personality Inventory* constituait un facteur de risque significatif pour le développement du PTSD. Et Soet et coll.(2003)^{xlv} ont trouvé que ces femmes manifestaient plus d'anxiété (« *higher trait and state anxiety* »).

Lyons, dans une étude sous presse^{xlvi}, a trouvé plus de PTS chez les femmes défavorisées. La même auteure (1998) cite aussi Quine, qui précise que **ces femmes se sentent moins soutenues et moins préparées à l'accouchement.**

Comme facteur protecteur, toutefois, Lyons rapporte le soutien social (par la famille)^{xlvii}

Facteurs reliés à l'accouchement

Les facteurs reliés à l'accouchement touchent plusieurs aspects, allant de ce qui est fait aux femmes en travail, aux attitudes et comportements des intervenant-e-s, en passant par leur expérience de la douleur et à ce qu'elles ont ressenti comme sentiments négatifs durant leur accouchement.

1. Niveau et type d'interventions obstétricales

Des études font état **des interventions obstétricales** comme facteur relié à l'accouchement traumatisant.

- Un niveau élevé d'interventions^{xlviii} est l'une des 2 variables associées de manière significative à des symptômes de traumatisme aigu. Il s'agit en particulier d'une césarienne d'urgence (non prévue), de l'application de forceps – aussi traumatisant que la césarienne – du recours à la ventouse et d'une analgésie importante en post-partum. Les femmes ayant eu plus d'interventions ont manifesté plus d'insatisfactions, en particulier relativement aux décisions prises, au fait qu'elles n'ont pas été consultées ou que leur préférence n'a pas été respectée ou encore que les interventions se sont avérées douloureuses^{xlix}.

- la césarienne et un taux d'interventions plus élevé^l
- le déclenchement artificiel du travail et l'épidurale^{li}
- la perception de soins non sécuritaires (interventions)^{lii}
- une étude montre un lien entre éléments stressants d'un accouchement et stress post-traumatique en post-partum^{liii}

Notons cependant que des auteurs^{liv,lv} soulignent qu'on peut avoir un accouchement « normal » aux yeux des intervenant-e-s et avoir été traumatisées

2. La qualité des interactions avec les intervenant-e-s et leur attitude

Nous avons vu que les études phénoménologiques révèlent l'importance pour les femmes de ce qui se passe avec les intervenant-e-s pendant le travail. Les études quantitatives confirment ces résultats :

- ce qu'avaient vécu les femmes avec les intervenant-e-s constituait un facteur significatif pouvant prédire le développement de symptômes de traumatisme^{lvi}
- un contact négatif avec les intervenant-e-s^{lvii}
- la perception de soins insatisfaisants fournis par les intervenant-e-s durant l'accouchement^{lviii}
- une perception négative des compétences professionnelles et techniques du personnel^{lix}
- le manque d'information, une attitude hostile de la part des intervenant-e-s et pas de consentement éclairé^{lx}

- un manque de soutien de la part des intervenant-e-s^{lxi}

3. La douleur de l'accouchement et une expérience pire que prévue

- les femmes traumatisées rapportaient de manière significative plus de douleur que les autres (1ère phase) ou plus de douleur dans la 2^e phase du travail^{lxii}, des douleurs importantes^{lxiii} ou des douleurs extrêmes^{lxiv}
- avoir une expérience pire que celle qu'on croyait avoir avant l'accouchement^{lxv}; dans cette étude, 45 % des femmes étaient dans cette situation et c'était elles qui avaient le plus de symptômes de stress post-traumatique un mois après

4. Des émotions difficiles

Avoir peur pour son bébé ou pour soi-même

Plusieurs chercheurs rapportent la peur qu'il arrive quelque chose au bébé ou qu'il meure (étude de Ryding)^{lxvi}, ou qu'elles-mêmes meurent, pendant l'accouchement, comme facteur de risque :

- 33 % des femmes disent que leur bébé était en détresse, 14 % ont eu peur qu'il meure et 10 % ont eu peur de mourir^{lxvii}

Perte de contrôle et impuissance

- avoir l'impression d'avoir perdu le contrôle soit de ce qui se passait soit d'elles-mêmes^{15, lxviii, lxix}
- s'être senties impuissantes^{lxx, lxxi}

Humiliation

- avoir subi des expériences avilissantes (*degrading*)^{lxxii}

D. La prévention du traumatisme de l'accouchement - recommandations

Des études ont identifié les facteurs de risque (ou facteurs 'prédictifs') de traumatisme pendant l'accouchement. Même si tout n'a pas été dit ni compris, il demeure qu'on en sait suffisamment pour proposer des pistes pour prévenir le risque de traumatisme ou à tout le moins pour tenter d'en diminuer les effets. Les auteurs retenus pour cette revue de littérature ont donc souvent suggéré, dans leurs publications, comment on peut prévenir ce risque.

On peut regrouper ces recommandations de deux manières, soit par les moments où l'on peut prévenir, soit par le type de prévention (a. primaire, b. secondaire, c. tertiaire). S'il est idéal de a) prévenir la survenue d'un traumatisme, on peut aussi b) le dépister et c) tenter d'en diminuer les effets, et aider la réhabilitation, comme le soulignent Ayers et Pickering^{lxxiii}. Je choisis la première manière de trier les recommandations, reliée à ce qu'on peut faire et à quel moment, car elle est plus fréquemment utilisée.

Durant la grossesse

Lyons (1998)^{lxxiv} suggère d'informer les femmes de manière réaliste sur l'accouchement, et de faire un retour sur les accouchements antérieurs si ceux-ci ont été difficiles. Reynolds (1997)^{lxxv} suggère de s'enquérir avec soin du passé de la cliente (anamnèse) et de vérifier si les femmes présentent des symptômes de SSPT. Creedy et coll.(2000)^{lxxvi} suggèrent de mieux préparer les

¹⁵ Le sentiment de perte de contrôle est, aussi, souvent mentionné dans les études sur l'insatisfaction des femmes relativement à leur accouchement, comme dans celle de Green et coll. (Green JM, Coupland VA, Kitzinger J. 1990. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth : a prospective study of 825 women. *Birth*. 17(1):15-24.) où elle est par ailleurs associée à plus de dépression post-natale.

femmes à l'accouchement en les informant aussi des taux d'interventions et des risques et avantages des interventions.^{16,lxxvii}

Durant l'accouchement :

Alors qu'on a tendance en obstétrique à viser essentiellement la santé physique de la mère et du bébé, il semble qu'il est important de tenir compte des besoins psychologiques des femmes en travail.

Les études phénoménologiques rapportées précédemment soulignent les besoins des femmes durant un accouchement : qu'on soit attentives à elles, qu'on s'occupe d'elles (« *caring* »), qu'on les traite comme des individus, uniques, qu'on leur offre soutien et qu'on les rassure, qu'on communique avec elles, que ce qu'on fait soit sécuritaire et qu'on ne se préoccupe pas seulement d'avoir au bout du compte un bébé en santé physique. L'importance de ces besoins, en 1999, a été corroborée au Québec par une étude exploratoire sur les besoins des femmes, étude qui confirme l'importance des attentes liées aux aspects affectifs, celles-ci occupant la première place dans le discours des répondantes; dans cette étude, les attentes reliées au soutien physique occupent le second rang, et celles qui sont reliées à l'information et au contrôle, la troisième place. **Le besoin relationnel, souligne Rocheleau (2001)^{lxxviii}, vient donc avant le besoin de bien-être physique et avant celui d'autonomie.**

Il faut être particulièrement sensible à la perte de contrôle possible ressentie par les femmes durant leur accouchement. Pour la prévenir, il importe selon Lyons (1998)^{lxxix} d'**informer** la femme et le couple pour qu'ils puissent **participer aux décisions**. Il faut aussi **demandeur la permission** avant de toucher la femme, de **la rassurer** en soulignant que, par exemple durant les examens vaginaux, on peut arrêter si elle le souhaite. Rassurer aussi relativement aux peurs qu'elle exprime. Par ailleurs, la **soutenir** s'avère très important, comme le souligne (elle le cite) Allen (1996) dont 18 femmes sur 20 qui avaient qualifié leur accouchement de très angoissant ('*distressing*') disent aussi avoir essayé d'avoir du soutien pratique et émotif pendant leur accouchement, sans succès¹⁷.

Pour Beck^{lxxx}, à l'admission il serait important que le personnel hospitalier demande aux femmes si elles éprouvent des peurs particulières relativement à l'accouchement, et si elles ont déjà accouché. Durant l'accouchement, il faut favoriser le sentiment de contrôle chez elles en leur offrant des options quand c'est possible¹⁸, en discutant avec elles de gestion de l'accouchement, en reconnaissant si leurs attentes sont bouleversées.

Reynolds (1997)^{lxxxi} met aussi l'accent sur la communication, sur les choix possibles, sur un bon contrôle de la douleur¹⁹. Il suggère d'être attentif à la possibilité que ce qui se passe durant

¹⁶ Ma thèse de doctorat et une revue de littérature que j'ai faite sur le choix éclairé en centre hospitalier montrent que le choix éclairé pourrait bien être une illusion lors de l'accouchement, en particulier en ce qui concerne la gestion de celui-ci, chasse gardée du personnel médical même dans les milieux progressistes (Vadeboncoeur, 2004a; Vadeboncoeur, 2004b in Grégoire et St-Amant, 2004).

¹⁷ La section de ce document *L'accompagnement à la naissance* traitera du soutien pendant l'accouchement.

¹⁸ J'ai toujours un peu de difficultés avec la précision d'offrir des choix « quand c'est possible », comme s'il y avait des choix possibles, et d'autres pas, ce qui laisse beaucoup de latitude aux intervenant-e-s et moins aux femmes (Vadeboncoeur, 2004a).

¹⁹ Certains auteurs insistent sur cet aspect. S'il est vrai que la douleur de l'accouchement peut être très importante, j'estime qu'elle peut être traumatisante particulièrement en l'absence de soutien continu physique et émotif pendant le travail, et aussi suite à des pratiques de routine ou autres reconnues pour accroître l'intensité et la fréquence des contractions (tels une rupture artificielle des membranes, la

l'accouchement peut être traumatisant pour certaines. Et Van Son et coll.^{lxxxii} précisent l'importance d'être attentif aux manifestations de dissociation pendant l'accouchement, et suggèrent de garder le contact avec la femme en travail. Ils croient qu'informer la femme pendant le travail (une façon de rester en lien) pourrait diminuer la possibilité de dissociation, en particulier lors d'interventions à caractère invasif.

Après l'accouchement

Selon Lyons (1998a)^{lxxxiii}, il est plus important d'offrir à la nouvelle accouchée un soutien (en général), de reconnaître qu'elle est en état de choc ou en transition, de répondre à ses questions, de l'écouter si elle a besoin de parler, que d'insister pour faire un « *debriefing* » (retour sur l'accouchement) tôt après la naissance du bébé, car les émotions sont à fleur de peau (« *raw* »), intenses et que de vouloir à tout prix revenir sur le sujet (debriefing) pourrait s'avérer bouleversant. Les femmes auraient aussi besoin, si nécessaire, que les intervenant-e-s s'excusent auprès d'elles si quelque chose n'a pas fonctionné. **Creedy et coll.^{lxxxiv} mentionnent aussi l'importance du soutien émotif aux femmes dans la période post-partum.**

Beck^{lxxxv} recommande quant à elle d'exercer une vigilance relativement à l'émergence possible de symptômes de traumatisme, en post-partum.²⁰ Et ajoute qu'un groupe de soutien pourrait s'avérer important. Et Van Son et coll.^{lxxxvi} recommande de surveiller les symptômes et de dépression postnatale et de SSPT.

Plusieurs auteurs sont d'avis que les femmes ont besoin de temps pour 'digérer' et intégrer leur expérience d'accouchement; parfois cela peut prendre jusqu'à la prochaine grossesse avant de s'apercevoir de l'impact psychologique d'un accouchement (Charles et Curtis 1994, *Birth Afterthoughts*, cité par Lyons, 1998a). Il faudrait que les nouvelles accouchées partent de l'hôpital avec au moins un no de téléphone et un organisme à contacter en cas de besoin, et qu'elles puissent bénéficier si nécessaire de visites à domicile.

Le médecin canadien Reynolds, quant à lui, suggère de considérer la possibilité d'une césarienne²¹ après un accouchement ayant créé un traumatisme.

Et la prévention... chez les intervenant-e-s :

Tout ceci, souligne-t-on, demande que les intervenant-e-s soient mieux formés. Beck^{lxxxvii} recommande que les intervenant-e-s connaissent les facteurs pouvant conduire à un SSPT durant un accouchement, et les symptômes de SSPT du prénatal au postnatal. D'autres soulignent

stimulation du travail au Syntocinon, et le déclenchement artificiel du travail). Il ne s'agit pas de vouloir éradiquer la douleur à tout prix, d'autant plus que des études (à retrouver) ont montré que des femmes peuvent avoir eu une perception négative de leur accouchement même suite à un accouchement sous péridurale. Le soulagement de la douleur n'est pas tout.

²⁰ Ceci m'apparaît difficile à faire puisque le post-partum à l'hôpital dure deux jours, qu'il n'y a pas de visite systématique à domicile ensuite, et que la visite au médecin 6 semaines après l'accouchement peut ne pas comporter de temps pour investiguer cet aspect, sans compter que ce ne sont pas tous les médecins qui sont sensibilisés à la question de l'accouchement traumatisant ou au SSPT. De plus, un SSPT prendrait quelque temps à émerger.

²¹ Il se pourrait que des femmes ayant été traumatisées par leur accouchement veuillent une césarienne ensuite. Toutefois, est-ce la meilleure façon de les aider à « guérir » leur traumatisme ? Il est possible de « guérir » d'un accouchement traumatisant en ayant un accouchement où l'on est soutenue, où l'on participe aux décisions, etc., comme en témoignent bon nombre de femmes ayant vécu un accouchement vaginal après césarienne (Vadeboncoeur, 1989) ou un accouchement correspondant plus à leurs attentes (Grégoire et St-Amant, 2004, *Au cœur de la naissance – Témoignages et réflexions sur l'accouchement*. Montréal : Les Editions du Remue-Ménage) et qui a un impact positif sur le reste de leur vie.

l'importance du soutien psychologique aux intervenant-e-s qui peuvent aussi être traumatisés lors d'un accouchement.

Si l'accouchement peut constituer un événement traumatisant, il peut aussi donner lieu à une re-traumatisation chez les femmes victimes d'un traumatisme antérieur. Depuis les années 90, depuis qu'on a découvert que l'accouchement en soi peut avoir un potentiel traumatisant, on a aussi fait le lien entre les agressions sexuelles durant l'enfance, l'accouchement et le post-partum et les symptômes de stress post-traumatique. En effet accoucher et avoir eu des agressions sexuelles comportent plusieurs similitudes, ayant trait aux régions du corps impliquées, à l'intensité de la douleur, au sentiment de perdre le contrôle sur ce qui arrive, et aux gestes ayant un caractère intrusif posés dans les deux cas. Et les deux phénomènes peuvent avoir des effets similaires, par exemple sur la relation avec le bébé et sur la santé mentale, à court et à plus long terme.

-
- ⁱ **Soet JE**, Brack GA, Dilorio C. 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth - *Birth*, 30(1), pp 36-46.
- ⁱⁱ **Ayers SM**, Pickering AD. 2001. Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. *Birth*. 28(2):111-118.
- ⁱⁱⁱ **Wijma K**, Soderquist J. & Wijma B. 1997. Posttraumatic disorder after childbirth : A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 : 587-597.
- ^{iv} **Menage J**. 1993. Post-traumatic disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures : A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. 11(4) : 221-228.
- ^v **Issokson**. Deborah. 2004. Effects of Childhood Abuse on Childbearing and Perinatal Health. Chap. 11 dans Kendall-Tackett K, *Health Consequences of Abuse in the Family : A Clinical Guide for Evidence-Based Practice*, p. 197-214.
- ^{vi} **Simkin P** & Klaus P. 2004. *When Survivors Give Birth : Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women*. Seattle, WA : Classic Day Publishing.
- ^{vii} **Seng JS.**, Sparbel, JH, Low, LK et coll. 2002. Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices : women's perspectives. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 47(5) : 360-370.
- ^{viii} **Tallman N.** & Hering, C. 1998. Child abuse and its effects on birth. *Midwifery Today* 45 : 19-21.
- ^{ix} **Rhodes N.** & Hutchinson S. 1994. Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors. *Birth* 21(4): 213-219.
- ^x **De Valors**, 2003. Du baby-blues aux névroses... et TPST post-accouchement. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. No 322 : 26-32
- ^{xi} **Soderquist J**, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:31
- ^{xii} **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: 159-168.
- ^{xiii} **Simkin P**. 1991. Just another day in a woman's life ? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*. 18(4):203-210
- ^{xiv} **Shaw NH**. 1974. *Forced Labor. Maternity Care in the United States*. New York : Pergamon Press.
- ^{xv} **Vadeboncoeur H**. 2004. *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : De quelle humanization parle-t-on ?* Thèse de doctorat. Sciences humaines appliquées. Université de Montréal.
- ^{xvi} **Davis-Floyd R** 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley : University of California Press.
- ^{xvii} **Lyons S**. 1998a. Post-traumatic disorder following childbirth : causes, prevention and treatment. In Clement S (Ed): *Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth*. Churchill Livingstone, Edinburgh. pp 123-143.
- ^{xviii} **Menage J**. 1993. op.cit.
- ^{xix} Soet JE, et coll. 2003. op. cit.
- ^{xx} **Reynolds JL**. 1997. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth - *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 156 (6): 831-835
- ^{xxi} Soet JE, et coll. 2003. op. cit.

-
- xxii **Allen S.** 1998. A qualitative analysis of the process, mediating variables, and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive Health and Infant Psychology*. 16 : 107-131.
- xxiii **Beck CT.** 2004a. Birth Trauma – In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1) : 28-35.
- xxiv Menage 1993. op. cit.
- xxv **Wijma K,** et coll. 1997. op. cit.
- xxvi **Creedy DK,** Shochet IM, Horsfall J. 2000. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*. 27(2):104-111.
- xxvii Soet et coll. 2003. op. cit.
- xxviii **Czarnocka J** et Salde P. 2000. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 : 35-51.
- xxix **Beck CT.** 2004b. Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth – The Aftermath, *Nursing Research*, 53(4) : 216-224.
- xxx **Moyzakitits W.** 2004. Exploring women’s descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence-Based Midwifery*. 2(1):8-14.
- xxxi **Kirkham M** and Stapleton H (eds) 2001. *Informed Choice in Maternity Care: An evaluation of evidence based leaflets*. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- xxxii De Valors, 2003. op. cit.
- xxxiii **De Valors MH.** 2005. De la globalité de la naissance – Grossesse psychique et hypermédicalisation. *Les Dossiers de l’Obstétrique*. No 342 : 4-12.
- xxxiv De Valors, 2003. op. cit.
- xxxv De Valors, 2005, op. cit.
- xxxvi Lyons, 1998a. op. cit.
- xxxvii **Lyons SJ.** 1998b. A prospective study of post-traumatic stress symptoms one month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (in press). Cité dans Lyons, 1998a. op. cit.
- xxxviii **Gottvall K,** Waldenström U. 2002. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction ? *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 109(3) : 254-260.
- xxxix Soet et coll. 2003, op. cit.
- xl Soet et coll. 2003. op. cit.
- xli Lyons, 1998. op. cit.
- xlii **Wijma et coll.** 1997. op. cit.
- xliiii Lyons 1998a. op.cit.
- xliv **Van Son M,** Verkerk G., Van der Hart, O. et coll. 2005. Prenatal Depression, Mode of Delivery and Perinatal Dissociation as Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress : An Empirical Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12 : 297-312.
- xlvi Soet et coll. 2003. op. cit.
- xlvi Lyons, 1998b. op. cit.
- xlvii Lyons, 1998a. op. cit.
- xlviii Soet et coll. 2003, op. cit.
- xliv Creedy DK, et coll. 2000. op. cit.
- l Creedy et coll. 2000, op. cit.
- li Lyons in press, 1998b. op. cit.
- lii Creedy et coll. 2000, op. cit.
- liii Van Son et coll. 2005
- liv **Kitzinger J.** 1992. Counteracting, not reenacting, the violation of women’s bodies: The challenge for perinatal caregivers. *Birth* 19(4):219-221.
- lv Smith et Michell 1996
- lvi Soet et coll. 2003, op. cit.
- lvii **Wijma et coll.** 1997, op. cit.
- lviii Creedy et coll. 2000, op. cit.
- lix Creedy et coll. 2000, op. cit.
- lx Menage 1993, op. cit.
- lxi Czarnoky et Slade 2000
- lxii Soet et coll. 2003, op. cit.

-
- lxiii Menage 1993, op. cit.
- lxiv Creedy et coll.2000, op. cit.
- lxv Lyons in press, 1998b, op. cit.
- lxvi **Ryding** EL, Persson A. Onell C. et coll. 2003. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 82(1):10-17.
- lxvii Lyons in press, op. cit.
- lxviii Allen, 1998, op. cit.
- lxix Czarnoky et Slade 2000, op. cit.
- lxx Menage 1993, op. cit.
- lxxi Soet et coll.2003, op. cit.
- lxxii Menage 1993, op. cit.
- lxxiii Ayers et Pickering 2001 op. cit.
- lxxiv Lyons 1998a, op. cit.
- lxxv Reynold 1997. op. cit.
- lxxvi Creedy et al. 2000. op. cit.
- lxxvii **Vadeboncoeur** H. 2004. La femme en travail peut-elle exercer son autonomie en centre hospitalier ? Dans Grégoire L. et St-Amant S. (sous la dir. de). *Au cœur de la naissance – Témoignages et réflexions sur l'accouchement*. Montréal : Éditions du Remue-Ménage.
- lxxviii **Rocheleau** L. 2001. *Étude exploratoire des attentes et des besoins des femmes en périnatalité*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université du Québec à Montréal
- lxxix Lyons, 1998a, op. cit.
- lxxx Beck 2004a. op. cit.
- lxxxi Reynolds 1997. op. cit.
- lxxxii Van Son et coll. 2005. op. cit.
- lxxxiii Lyons 1998a. op. cit.
- lxxxiv Creedy et coll. 2000. op. cit.
- lxxxv Beck 2004a. op. cit.
- lxxxvi Van Son et coll. 2005. op. cit.
- lxxxvii Beck 2004a. op. cit.