Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 120 (2022)

Heft: 11

Artikel: Le TSPT lié à l'accouchement : définition et prise en charge innovante avec le jeu Tetris

Autor: Fort, Déborah / Avignon, Valérie / Deforges, Camille

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1033364

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

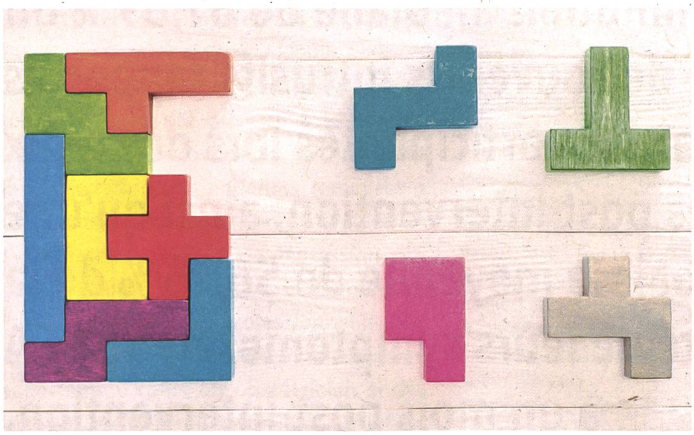
Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Le TSPT lié à l'accouchement: définition et prise en charge innovante avec le jeu Tetris

Dans cet article, Déborah Fort, Camille Deforges et Antje Horsch, psychologues, et Valérie Avignon, sage-femme clinicienne, rendent compte de l'état des connaissances actuelles sur les causes, symptômes et traitements du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A). Elles relaient également les résultats de la recherche innovante qu'elles ont menée sur le traitement du TSPT-A par l'utilisation du jeu Tetris.

TEXTE:
DÉBORAH FORT, VALÉRIE AVIGNON, CAMILLE DEFORGES, ANTJE HORSCH



AdobeStock

Contrairement à l'image idyllique dépeinte par la société, une naissance peut être traumatisante en cas de danger ressenti pour sa propre vie ou celle de l'enfant et, ainsi, avoir un impact délétère sur la santé mentale des parents (Benzakour *et al.,* 2019; Horesh *et al.,* 2021). A la suite d'une telle expérience, certaines personnes développent des symptômes du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A). Ces symptômes concernent 12,3 % de femmes après leur accouchement et 4,7 % d'entre elles remplissent même l'entièreté des critères diagnostiques du TSPT-A. Ce dernier peut également atteindre toute personne ayant assisté à l'accouchement: ainsi, environ 1,2 % des pères sont touchés par ce trouble (Heyne *et al.,* 2022).

Poser un diagnostic

Bien que des symptômes puissent apparaître très tôt, le diagnostic de TSPT-A est posé s'ils perdurent jusqu'à quatre semaines post-partum, et si l'accouchement a été perçu comme menaçant sa propre vie, celle de son enfant ou celle de son/sa partenaire *(American Psychiatric Association,* 2013). Pour remplir les critères diagnostiques du TSPT-A, chacune des catégories de symptômes suivantes doit être présente: 1) des souvenirs intrusifs répétés de l'accouchement (p. ex. des flashbacks du bloc opératoire), 2) l'évitement de ce qui rappelle la naissance (p. ex. les consultations gynécologiques ou les discussions à ce sujet), 3) une dégradation de l'humeur et des cognitions (p. ex. une profonde tristesse ou une incapacité à se souvenir de certains aspects de l'accouchement), 4) une «hyperréactivité» (p. ex. de l'irritabilité ou des comportements surprotecteurs envers son enfant). Par ailleurs, les symptômes doivent entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement quotidien *(American Psychiatric Association,* 2013). De nombreuses études montrent que le TSPT-A affecte à la fois la personne concernée et le système familial tout entier, comme la relation parent-enfant, le développement de l'enfant et la relation de couple (Cook *et al.,* 2018)[1]. En raison des importantes conséquences du TSPT-A à long terme, il est primordial d'encourager les parents à s'informer et à consulter un·e psychologue ou un·e psychiatre qui pourra établir un diagnostic.

Les traitements actuels

Les traitements actuellement proposés contre le TSPT sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et l'EMDR *(«Eye Movement Desentitization and Reprocessing»).*

Les TCC visent en particulier à remettre en question la signification biaisée pouvant être attribuée au traumatisme (par exemple «C'est de ma faute si ça s'est terminé en césarienne en urgence, j'aurais dû pousser plus fort») (Ehlers *et al.,* 2005). Le *National Institute of Health and Clinical Excellence* (2014), un organisme britannique reconnu et visant à promouvoir la santé et la qualité des soins, recommande les TCC pour le TSPT-A. Cependant, leur efficacité pour soigner le TSPT-A n'a été étudiée que dans une étude pilote, une étude de cas et un seul essai randomisé contrôlé (de Bruijn *et al.,* 2020).

Lors des séances d'EMDR, il faut se concentrer sur une image du traumatisme (p. ex. la salle d'opération), ainsi que sur les pensées (p. ex. «Je vais perdre mon bébé»), les sensations (p. ex. les crampes d'estomac) et les émotions (p. ex. l'anxiété) qui y sont associées tout en suivant des yeux les doigts du/de la thérapeute bougeant de droite à gauche (Shapiro, 1989). L'EMDR semble être une solution prometteuse pour combattre le TSPT-A, toutefois cette affirmation ne se base, à ce jour, que sur les données de deux études pilotes (de Bruijn *et al.,* 2020).

Leurs limites

Comme énoncé ci-dessus, une limitation majeure des traitements actuels du TSPT-A est l'insuffisance d'études de qualité pour attester de leur efficacité. De plus, ces traitements ont une accessibilité limitée du fait de leurs coûts élevés, car ils nécessitent des séances multiples, réalisées avec des psychologues ou psychiatres hautement formés. Puisque 23,1 % de la population suisse ne parle aucune langue nationale (Office fédérale de la statistique, 2020), l'accessibilité à ces traitements est de surcroît compromise du fait des compétences linguistiques requises. Par ailleurs, 27,2 % des patient·e·s avec un diagnostic de TSPT décident de ne pas terminer l'entièreté des séances de TCC (Fernandez *et al.,* 2015), et leur complétion ne s'accompagne de changements positifs significatifs que chez environ 50 % des patient·e·s (Loerinc *et al.,* 2015). Quant à l'EMDR, jusqu'à 36 % des patient·e·s décident de les arrêter prématurément, et de nombreux·euses patient·e·s ne rapportent pas de bénéfices (voir Schottenbauer *et al.,* 2008, pour une revue détaillée). Globalement, le fait que ces traitements nécessitent de raconter l'événe-

[1] Voir aussi à ce sujet Sandoz, V. *et al* (2022). Vécu traumatique de la naissance: quelles conséquences pour les familles? *Obstetrica;* 1-2. https://obstetrica.hebamme.ch

ment traumatique en détail et à plusieurs reprises pourrait être trop douloureux pour certain·e·s patient·e·s qui préféreraient stopper le traitement, compromettant ainsi fortement leurs chances de guérison.

Une utilisation innovante du jeu Tetris

Face au constat du nombre important de familles touchées par le TSPT-A et de l'absence de traitement bref, accessible et validé scientifiquement dans le contexte périnatal, l'objectif de notre groupe de recherche a été de développer une nouvelle alternative. C'est sur des travaux neuroscientifiques portant sur le reconsolidation de la mémoire que se base l'intervention que nous avons proposée à 18 femmes lors d'une étude pilote (Deforges *et al.,* 2022). Ces dernières avaient accouché entre 7 mois et 7 ans auparavant.

Pourquoi Tetris?

Lors d'un événement traumatique, le stress engendré impacterait les processus mnésiques, résultant en un souvenir trop profondément consolidé en mémoire (McGaugh, 2004), qui pourrait être à l'origine des symptômes du TSPT, tels que les souvenirs intrusifs (Visser *et al.,* 2018). Or, de récents travaux suggèrent qu'un souvenir, même solidement stocké dans notre mémoire à long-terme, peut redevenir labile et malléable s'il est réactivé – par exemple en le racontant dans certaines conditions bien précises (Lee *et al.,* 2017). Une fois redevenu labile, il serait possible d'agir sur un souvenir traumatique à l'aide d'une tâche visuo-spatiale sollicitant les mêmes ressources cognitives que celles que notre cerveau aurait utilisées pour le réinscrire et le reconsolider en mémoire à long-terme (Visser *et al.,* 2018). Il ne s'agit évidemment pas de *modifier* ou *supprimer* le souvenir, mais de réduire la force de son empreinte, afin qu'il suscite moins de détresse. Pour atteindre cet objectif, nous avons demandé aux participantes de notre étude de raconter leur accouchement (pour en réactiver le souvenir), puis de jouer à Tetris (pour interférer avec la reconsolidation du souvenir de cet accouchement traumatique), sur une console, lors d'une unique séance d'une heure. Nous avons choisi d'utiliser Tetris car il s'agit de l'une des tâches visuo-spatiales les plus étudiées pour lutter contre le TSPT. Les bénéfices de ce type d'intervention avaient tout d'abord été évalués pour la prévention du TSPT, c'est-à-dire en employant Tetris immédiatement après un traumatisme – réel ou expérimental (par exemple: Holmes *et al.,* 2010). Au moment du lancement de ce projet, en revanche, seule une étude clinique (Kessler *et al.,* 2018) avait employé Tetris pour réduire les symptômes de TSPT plusieurs années après l'évènement traumatique – et celle-ci n'avait pas été réalisée dans le contexte périnatal.

L'intervention a entraîné une diminution médiane de 81,89 % du nombre de souvenirs intrusifs rapportés par les participantes lors des deux semaines post-intervention, ainsi qu'une baisse moyenne de 56,76 % de la sévérité de leurs symptômes de TSPT-A à un mois post-intervention.

Des résultats préliminaires encourageants

Notre intervention a entraîné une diminution médiane de 81,89 % du nombre de souvenirs intrusifs liés à l'accouchement rapportés par nos participantes lors des deux semaines post-intervention, ainsi qu'une baisse moyenne de 56,76 % de la sévérité de leurs symptômes de TSPT-A à un mois post-intervention (Deforges *et al.,* 2022). Ces résultats très encourageants suggèrent les bénéfices de ce type d'intervention pour lutter contre le TSPT-A, et plus particulièrement contre les souvenirs intrusifs. Toutefois, cette étude pilote ne comprenait qu'un petit échantillon sans comparaison avec un groupe contrôle. C'est pourquoi, nous voulons confirmer ces résultats auprès de 90 participantes dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé en simple aveugle incluant une comparaison avec une liste d'attente (Fort *et al.,* 2022). Si l'efficacité de cette intervention est confirmée, il sera alors envisageable de l'implémenter dans les soins en post-partum. Ce type d'intervention aurait pour avantage d'avoir des effets thérapeutiques durables en une séance, tout en impliquant une charge financière et des compétences linguistiques minimes.

Rôle des sages-femmes en post-partum

Des approches très différentes dans l'abord du vécu de l'accouchement immédiat ont eu des résultats peu concluant (Gamble *et al.,* 2002; Rowan *et al.,* 2007). S'il n'y a actuellement peu ou pas de preuves scientifiques pour soutenir l'effet d'un débriefing formel dans la prévention de l'accouchement traumatique (Bastos *et al.,* 2015), les sages-femmes ont toutefois toute leur place dans la conduite d'entretiens sur le vécu de la naissance (Thomson *et al.,* 2021) – qui doivent être clairement différenciés d'un débriefing formel (Rowan *et al.,* 2007). Ainsi, une intervention associant un entretien structuré dans le post-partum immédiat suivi d'un autre 4 à 6 semaines après la naissance (Gamble & Creedy, 2009) diminue significativement les symptômes de TSPT-A et d'anxiété quatre mois après l'accouchement (Asadzadeh *et al.,* 2020; Taghizadeh *et al.,* 2008). Pourtant, faute de temps ou de formation, les sages-femmes ne peuvent fournir cette prestation pendant le post-partum immédiat (Gamble & Creedy, 2009). Au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), la prise en charge du vécu de l'accouchement a été mise en place en deux temps. En 2016, l'équipe du post-partum a pris le parti de permettre à toutes les femmes de raconter leur accouchement

durant le séjour au post-partum au travers de l'entretien psycho-éducatif (Razurel *et al.,* 2016). Plus de 50 % des femmes non allophones ont cette possibilité, chiffre imparfait mais à comparer aux 13,8 % de l'étude de Gamble & Creedy (2009). En mars 2020, la consultation «Votre accouchement, parlons-en!» a été ouverte à toutes les femmes ayant accouché au CHUV[2]. Avant la consultation, les patientes remplissent un questionnaire permettant d'évaluer les symptômes de TSTP et de dépression, objectivant ainsi la situation et permettant l'orientation vers des professionnel·le·s de la santé mentale. L'entretien, fait par une sage-femme (plus un obstétricien si demandé), se déroule selon une structure définie en collaboration avec la Pre Horsch, permettant de rechercher les facteurs pouvant favoriser un TSPT, d'accueillir le vécu de la patiente, de combler les lacunes dans l'histoire de l'accouchement et de permettre la compréhension des choix ou actions des soignant·e·s. Trois mois plus tard, la patiente reçoit le même questionnaire pour évaluer l'évolution et assurer un suivi par la sage-femme si besoin. Cette approche, similaire à celle décrite par Gamble & Creedy (2009) est en cours d'évaluation. ⊙

[2] Voir article p. 12 de la présente édition.

AUTEURES

Déborah Fort, psychologue, doctorante en Sciences de la vie sur l'étude ASTRAL *(tAckling intruSive Traumatic memoRies After chiLdbirth* au *Lausanne Perinatal Research Group).* Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine. deborah.fort@chuv.ch

Valérie Avignon, sage-femme clinicienne spécialisée et doctorante en Santé Publique sur l'étude PANP visant à évaluer la relation entre la préparation à la naissance, l'expérience de naissance et les symptômes de stress post-traumatiques liées à la naissance. Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne. INSERM U1290 RESHAPE, Université Claude Bernard Lyon 1.

Camille Deforges, psychologue, docteure en Sciences de la Vie et postdoctorante au sein du *Lausanne Perinatal Research Group.* Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne. camille.deforges@chuv.ch

Antje Horsch, psychologue, Professeure Associée, directrice du *Lausanne Perinatal Research Group* et vice-directrice recherche, investigatrice principale du projet ASTRAL (FNS IZCOZ0_205434). Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne. Consultante en recherche, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.

Références

***American Psychiatric Association* (2013)** Trauma- and Stressor-Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders

Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R. & Taremian, F. (2020) Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth;* 20(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1

Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. & Bick, D. (2015) Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev;* (4), CD007194. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2

Benzakour, L., Epiney, M. & Girard, E. (2019) Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. *Revue Médicale Suisse;* 15(637), 347-350. https://doi.org/10.53738/revmed.2019.15.637.0347

Cook, N., Ayers, S. & Horsch, A. (2018) Maternal post-traumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord;* 225, 18-31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045

de Bruijn, L., Stramrood, C. A., Lambregtse-van den Berg, M. P. & Rius Ottenheim, N. (2020) Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology;* 41(1), 5-14. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1593961

Deforges, C., Fort, D., Stuijfzand, S., Holmes, E. A. & Horsch, A. (2022) Reducing childbirth-related intrusive memories and PTSD symptoms via a single-session behavioural intervention including a visuospatial task: A proof-of-principle study. *J Affect Disord;* 303, 64-73. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.108

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005) Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther;* 43(4), 413-431. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006

Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. & Ramtahal, N. (2015) Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol;* 83(6), 1108-1122. https://doi.org/10.1037/ccp0000044

Fort, D., Deforges, C., Messerli-Bürgy, N., Michael, T., Baud, D., Lalor, J., Rimmele, U. & Horsch, A. (2022) Tackling intrusive traumatic memories after childbirth: Study protocol of a single-blind waitlist randomized controlled trial. Manuscrit en préparation.

Gamble, J. & Creedy, D. K. (2009) A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery;* 25(2), e21-30. https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.004

Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J. & Moyle, W. (2002) A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery;* 18(1), 72-79. https://doi.org/10.1054/midw.2001.0287

Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P. & Garthus-Niegel, S. (2022) Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev;* 94, 102157. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157

Holmes, E. A., James, E. L., Kilford, E. J. & Deeprose, C. (2010). Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: visuospatial Tetris versus verbal Pub Quiz. PLOS ONE; 5(11), e13706. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013706

Horesh, D., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2021). Childbirth-related PTSD: is it a unique post-traumatic disorder? J *Reprod Infant Psychol;* 39(3), 221-224. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1930739

Kessler, H., Holmes, E. A., Blackwell, S. E., Schmidt, A. C., Schweer, J. M., Bucker, A., Herpertz, S., Axmacher, N. & Kehyayan, A. (2018) Reducing intrusive memories of trauma using a visuospatial interference intervention with inpatients with posttraumatic stress disorder (PTSD). *J Consult Clin Psychol;* 86(12), 1076-1090. https://doi.org/10.1037/ccp0000340

Lee, J. L. C., Nader, K. & Schiller, D. (2017) An Update on Memory Reconsolidation Updating. *Trends Cogn Sci;* 21(7), 531-545. https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.04.006

Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J. & Craske, M. G. (2015) Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev;* 42, 72-82. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004

McGaugh, J. L. (2004) The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annu Rev Neurosci;* 27(0147-006X (Print)), 1-28. https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144157

***National Institute for Health and Care Excellence* (2014)** *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.* National Institute for Health and Care Excellence (UK).

Office fédéral de la statistique (2020). Langues. Relevé structurel. www.bfs.admin.ch

Razurel, C., Avignon, V., Gerdy, P. & Bouton, J. (2016) Postpartum psycho-educational interviews to promote adaptation in new mothers: A preliminary study. *Journal of Nursing Education and Practice;* 7(2), 1. https://doi.org/10.5430/jnep.v7n2p1

Rowan, C., Bick, D. & Bastos, M. H. (2007) Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing;* 4(2), 97-105. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00088.x

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008) Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry;* 71(2), 134-168. https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134

Shapiro, F. (1989) Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry;* 20(3), 211-217. https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6

Taghizadeh, Z., Jafarbegloo, M., Arbabi, M. & Faghihzadeh, S. (2008) The effect of counseling on post traumatic stress disorder after a traumatic childbirth [تأثیر مشاوره بر اختلال استرس پس از تروما، در زایمان تروماتیک]. *Hayat;* 13(4), 23-31. http://hayat.tums.ac.ir

Thomson, G., Diop, M. Q., Stuijfzand, S., Horsch, A., Lalor, J. G., de Abreu, W., Avignon, V. *et al.* (2021) Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge mapping exercise. *BMC health services research;* 21(1), 1206. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07238-x

Visser, R. M., Lau-Zhu, A., Henson, R. N. & Holmes, E. A. (2018) Multiple memory systems, multiple time points: how science can inform treatment to control the expression of unwanted emotional memories. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci;* 373(1742). https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0209