

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Band:** 103 (2005)  
**Heft:** 6

**Artikel:** L'accouchement traumatique et ses suites  
**Autor:** George, Lisa  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950055>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 17.11.2024

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

## EDITORIAL

*Je crois que toute sage-femme a dans son souvenir un accouchement difficile après lequel elle s'est demandée «mais comment cette femme pourra-t-elle désirer un autre enfant?» Pour ma part, j'en ai vécu*



*plusieurs et ceux-ci ont été, pour la plupart, des accouchements instrumentés, des forceps. Comment oublier cette douleur, ces cris et cet enfant que l'on extrait avec force et dans le*

*sang d'une épisiotomie sans fin. Comment, après une telle «agression», le corps et l'esprit peuvent-ils oublier? Avec qui la femme va-t-elle pouvoir partager cela? Certainement pas avec son conjoint qui est, la plupart du temps, aussi «secoué» qu'elle. Avec son gynécologue lors du contrôle post-partum? Peut-être, mais les consultations se déroulent parfois si vite... Souvent, le bonheur apporté par l'enfant va suffire à mettre de côté, durant quelque temps, ces douloureux souvenirs. Mais le traumatisme est là et ne demande qu'à refaire surface, se manifestant à nouveau lors de la grossesse suivante. Alors, comment libérer ces femmes? Que leur offrir et quand? C'est les questions auxquelles Lisa George, sage-femme, a tenté de répondre au travers de son mémoire. A l'heure où nous parlons du stress post-traumatique et où, lors de chaque drame, on ne manque pas de nous préciser que des «psychologues sont arrivés sur place pour la prise en charge des victimes», qu'avons-nous à offrir, nous professionnels de la santé, au sein même de nos hôpitaux? La naissance d'un enfant peut parfois être difficile, voire traumatique, pour une femme, pour un couple. Il est temps de le reconnaître et de s'y intéresser.*

*C. Finger*  
Christine Finger

Jusqu'à trois femmes sur dix

# L'accouchement

**Qu'est-ce qu'un accouchement traumatique? Lisa George y a consacré son mémoire de fin d'études. Elle y recense le peu de littérature (en majorité anglaise) consacrée à ce sujet et elle indique quelques pistes d'interventions possibles aussi bien durant le post-partum que lors des grossesses suivantes.**

«**TRAUMA**» signifie en grec «blessure». Dans le langage courant, «traumatisme» est utilisé de manière assez large pour parler d'un événement difficile à vivre, ainsi que de la réaction qui s'en suit. Par souci de clarté, je distingue l'événement traumatique de la réaction post-traumatique.

Selon l'American Psychiatric Association (1994), un événement est qualifié de «traumatique» si deux critères sont présents:

1. la personne a vécu ou a été témoin d'un événement «durant lequel elle-même ou d'autres individus sont morts ou ont été grièvement blessés, ou ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou durant lequel l'intégrité physique de la personne ou celle d'autrui ont été menacée»;
2. sa réaction à l'événement est caractérisée par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Par «réaction post-traumatique», j'entends toutes les manifestations psychologiques qui apparaissent suite à l'événement traumatique.

## Causes d'un accouchement traumatique

- L'histoire personnelle de la femme: Un accouchement précédent déjà traumatique, un passé d'abus sexuel ou de viol, une psychopathologie préexistante, une tendance anxieuse, un manque de statut social, des attentes élevées par rapport à l'expérience de la naissance.
- Le vécu subjectif de l'accouchement: Une perception d'hostilité ou de manque de respect venant des professionnels présents lors de l'accouchement; une communication de pauvre qualité de la part de ces professionnels; un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sur les événements, une impression de ne pas avoir pu prendre part aux décisions; le sentiment d'avoir été traitée comme un objet ou un «morceau de viande», l'impression d'avoir été seule et abandon-

née, le sentiment d'avoir été violée et privée de sa dignité; la perception d'un manque de compétences professionnelles et techniques du personnel; un manque de soutien de la part du partenaire; la peur pour la survie de l'enfant.

Il existe un certain tabou autour des expériences négatives liées à la maternité. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles

l'accouchement traumatisant est souvent passé sous silence. Il est surprenant de constater qu'environ un tiers des femmes (25 à 33%) estiment que leur accouchement était traumatisant et présentent des symptômes d'un traumatisme lié à l'accouchement (Creedy et al., 2000; Murphy et al., 2003). Il est donc important de connaître les effets de tels accouchements sur les femmes qui les ont vécus. Le père aussi peut avoir été traumatisé et, s'il ne l'a pas été, il a besoin de patience pour endurer la souffrance de sa compagne. Il doit être informé et soutenu.



**Lisa George**, sage-femme diplômée de l'école de Berne, auteure du mémoire «Des mamans moins heureuses. L'accompagnement de la femme suite à un accouchement traumatisant» (2004, 30 pages + annexes), travaille depuis novembre 2004 en salle d'accouchement au Centre Hospitalier de Bienne.

## Effets d'un accouchement traumatique

- Echec et confiance en soi ébranlée: Souvent, la femme traumatisée se souvient de son accouchement avec déception. Elle ressent colère, douleur, tristesse et parfois connaît une certaine amnésie. Elle a l'impression d'avoir échoué et sa confiance en elle est ébranlée. Elle peut se sentir trahie par son corps et même le détester. Si elle a eu le sentiment d'avoir été violée lors de son accouchement, elle vit ensuite sa sexualité très difficilement. Il peut arriver que tout rapport avec le partenaire soit impossible ou que même l'insertion d'un tampon devienne impensable.
- Lien difficile avec le partenaire: Il se peut qu'il ait lui-même vécu un traumatisme lors de l'accouchement, ou qu'il ait de la peine avec sa compagne traumatisée. Sa réponse peut être de se plonger dans son travail. Il arrive qu'il ait de la peine à supporter le fait que sa partenaire veuille



# traumatique et ses suites

Photo: Susanna Hufschmid

**Un traumatisme lié à l'accouchement a un impact considérable sur le vécu de la grossesse suivante ainsi que sur le choix du prochain mode d'accouchement. Il semble que ce soit le motif majeur pour un choix de césarienne chez les femmes ayant déjà au moins un enfant.**

parler et reparler de l'événement. Ce qui risque d'augmenter le sentiment d'isolement de la femme. La relation de couple est affectée négativement. Parfois, le stress et les chamboulements mènent à la séparation.

- Relation mère-enfant affectée: La femme peut négliger cet enfant qui lui rappelle l'accouchement. Elle évite les interactions émotionnelles avec lui. Elle ressent de la colère ou de la haine envers cet enfant, qu'elle perçoit comme étant la cause de son traumatisme. En même temps, elle peut se sentir coupable d'avoir ces pensées. L'allaitement peut être difficile, parfois il ne fonctionne pas. Ce qui est vécu comme un deuxième échec.

Dans les heures ou les jours qui suivent un événement traumatique, les personnes concernées sont souvent en état de choc. Beaucoup sont en état d'éveil exagéré et manifestent, en même temps, une sorte de détachement émotionnel. D'autres sont désorientées et ne savent plus ce qui est arrivé. Il se peut qu'elles présentent des symptômes tels que tremblements, pâleur, accélération de la respiration.

Ensuite, trois réactions se mettent en place: pensée intrusives, évitement et hyperexcitabilité. Si la femme alterne des phases intrusives (où elle pense à son expérience et en parle beaucoup) et des phases d'évitement (où elle évite toute pensée, personne ou objet se rapportant à l'événement déclencheur), cela signifie qu'elle est en train d'intégrer son traumatisme. Durant quelques jours qui suivent l'accouchement

traumatique, l'évitement total est un mécanisme de protection tout à fait normal. Après environ deux semaines, l'hyperexcitabilité diminue, mais les pensées tournent presque uniquement autour de l'événement. La femme peut sembler dépressive et peureuse. Ses émotions sont changeantes. Elle dort mal et se réveille brutalement de ses cauchemars. Progressivement, après environ quatre semaines, son intérêt pour la vie quotidienne revient. L'événement prend encore beaucoup de place dans ses pensées. Il est encore son sujet de conversation principal. Ses émotions ont toutefois perdu leur intensité envahissante. Après environ trois mois, la femme a de plus en plus de forces pour regarder le passé avec un œil nouveau et pour attendre les temps à venir de manière positive.

## Apparition de troubles psychiques post-traumatiques

Si la femme reste dans le comportement d'évitement, l'intégration est impossible et peut conduire à des troubles psychiques post-traumatiques qui prennent la forme d'un état de stress post-traumatique (en anglais «post-traumatic stress disorder» ou PTSD) ou d'un état de stress aigu. Le début du PTSD peut suivre l'événement traumatisant après une phase de latence de quelques semaines, quelques mois, voire quelques années. D'où la difficulté d'entrer en contact avec ces femmes. Chez un petit nombre de personnes, ce trouble peut devenir chronique et conduire à une modification durable

## Vécu

### Quand le bonheur tant attendu devient cauchemar

C'est une femme que la veilleuse a perçue comme étant triste et renfermée depuis son arrivée le soir précédent. Elle est là pour une césarienne. Elle en a fait la demande, car elle a été traumatisée par la naissance de son premier enfant. En consultant son dossier, je constate que l'accouchement précédent s'est déroulé de manière physiologique. Seule la période d'expulsion était plus longue que la norme. Cela éveille ma curiosité, mais il ne semble que ce n'est pas le moment d'aborder le sujet avec la femme. Je décide de ne pas me laisser impressionner par son silence et son regard vide et de l'accompagner de mon mieux dans ce moment difficile. Après la césarienne, le nouveau-né développe un problème respiratoire et doit être transféré au service de néonatalogie. La mère ne dit plus un mot et le père aussi semble choqué. Avant que le couple ne quitte la salle d'accouchement, je m'assieds un instant auprès d'eux. Ils n'ont pas de questions. Ils disent qu'ils sont encore sous le choc. Alors que je demande si les événements ne correspondent pas à leurs attentes, ils acquiescent et la femme se met à pleurer. J'ai le sentiment qu'elle a vécu une naissance très difficile, encore une fois.

de la personnalité. En cas de stress aigu, les symptômes apparaissent peu de temps après l'événement traumatique et disparaissent rapidement dans les quatre semaines. La personne présente en outre des symptômes de dissociation tels qu'un sentiment de détachement ou une absence de réactivité émo-



## La peur ne s'en va pas tout à fait: elle s'apprivoise

Dans le cadre de son mémoire, Lisa George a rencontré Kathrin Antener, une sage-femme indépendante qui fait partie du réseau «Verarbeitung-Geburt». Elle lui a raconté qu'elle propose plusieurs entretiens – selon les besoins – aux parents qui ont vécu un accouchement traumatisant.

Beaucoup de femmes s'inquiètent lors de leur grossesse suivante quand elles commencent à percevoir les mouvements du bébé. Elles disent qu'elles ne veulent pas accoucher (ni par voie vaginale, ni par césarienne). C'est comme si elles voulaient «sauter par-dessus» l'accouchement (quel qu'il soit). Elles sentent en somme qu'elles ont à choisir entre deux «mauvaises» solutions. Le travail de la sage-femme consiste d'abord à écouter le récit de l'accouchement traumatisant. Elle essaie de découvrir les divergences entre les attentes de la femme et le déroulement de l'accouchement. Elle questionne la femme sur ce qui s'est bien déroulé pendant l'accouchement pour trouver les moyens de renforcer ses ressources et celles de son entourage. Elle essaie de découvrir pourquoi l'accouchement s'est mal passé et de trouver des alternatives pour l'accouchement suivant. Les femmes peuvent dessiner ou peindre l'accouchement auquel elles s'attendaient et celui qu'elles ont vécu.

Il est important que la femme se rende compte que la peur ne s'en va pas définitivement. On peut néanmoins apprendre à la reconnaître et à la regarder en face. Kathrin Antener propose de retourner sur les lieux de l'accouchement traumatisant, d'y rencontrer une sage-femme et formuler ses peurs et ses désirs pour le futur accouchement. Elle précise que c'est un bon signe si, au bout de quelques entretiens, la femme arrive à dire: «J'ai peur de cet accouchement, mais je suis quand même curieuse de voir comment cela va se passer cette fois.»

Pour en savoir plus sur le réseau mentionné: [www.verarbeitung-geburt.ch](http://www.verarbeitung-geburt.ch)

tionnelle, une réaction de la conscience de son environnement («être dans le brouillard»), une impression de dépersonnalisation ou une amnésie (incapable de se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

### Caractéristiques communes

L'American Psychiatric Association<sup>1</sup> décrit les caractéristiques communes des états PTSD ou stress aigu comme suit: symptômes d'intrusion, comportements d'évitement, signes de suractivité neurovégétative.

- Symptômes d'intrusion: La personne revit l'événement traumatique constamment sous forme d'images, de souvenirs envahissants, de cauchemars, d'épisodes de flash-back récurrents. Elle souffre de réactions physiologiques (sueurs, palpitations) lorsqu'elle est exposée à un stimulus rappelant l'événement
- Évitement et indifférence émotionnelle: La personne évite de manière persistante les stimuli éveillant la mémoire du traumatisme (pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, personnes). Elle est incapable de se rappeler un aspect important du traumatisme. Elle a un sentiment de détachement par rapport à autrui et/ou se sent incapable de ressentir des émotions profondes. Elle a l'impression que son avenir est «bouché»: elle ne peut s'imaginer donnant naissance à d'autres enfants, faisant carrière ou menant une vie normale.
- Activation neurovégétative: La femme présente des troubles du sommeil, de l'irritabilité, des difficultés à se concentrer, de l'hypervigilance, des réactions de sur-saut exagérées et/ou de l'agitation motrice.

### Conséquences lors de la grossesse suivante

- Perte du désir d'enfant et espacement des naissances: Une expérience d'accouchement négative entraîne une peur de l'accouchement suivant. Il se peut même que la femme demande un avortement (comportement d'évitement). Les femmes ayant vécu leur accouchement comme très négatif attendent en moyenne 4,2 ans alors que les femmes l'ayant vécu comme positif attendent en moyenne 2,4 ans (Gottwall et Waldenström, 2002).
- Réactualisation des symptômes post-traumatiques: A l'approche de la naissance, les cauchemars peuvent revenir, ce qui entraîne de l'insomnie. Elle peut éprouver de la nervosité ainsi qu'une peur extrême de l'accouchement et un grand sentiment d'insécurité.
- Comportement d'évitement: Certaines refusent tout contact avec des professionnels de la santé, renoncent entièrement aux

contrôles de grossesse, expriment un désir de césarienne.

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément d'un accouchement qu'elles ont vécu comme traumatisant. Elles se croient «seules à avoir un problème», elles se sentent coupables et cachent leurs difficultés. Elles peuvent même rejeter tout contact avec un professionnel de la santé. En outre, l'apparition tardive des symptômes PTSD rend difficile leur détection. Les discussions dans le cadre des cours de remise en forme postnatale, des consultations d'allaitement, dans les cours de préparation à la naissance suivante ou lors des suivis de grossesse dès les premiers mois peuvent remédier à cela. Un service d'entretiens postnatals offrirait un point de rencontre et de discussion supplémentaire. La sage-femme accompagne la femme dans son environnement familial et social. Elle est donc bien placée pour détecter des problèmes psychologiques et relationnels qui peuvent se développer après un accouchement. Par contre, elle n'est pas formée pour établir un diagnostic précis de stress post-traumatique. Si elle remarque que la femme est en grande difficulté, elle peut lui suggérer de se faire suivre en psychothérapie.

Après l'accouchement, la sage-femme peut détecter un ou plusieurs facteurs de risques à la lecture du dossier médical. En questionnant discrètement la femme, elle peut aussi repérer une divergence entre ses attentes et le déroulement de son accouchement. Elle peut ainsi se faire une idée du vécu émotionnel de l'accouchement. Si, à trois semaines de post-partum, la femme dit qu'elle ne pense jamais à l'accouchement ou qu'elle ne parvient pas à s'en souvenir, cela signifie qu'elle ne sort pas du comportement d'évitement qui lui sert de protection.

Au lieu de se désoler du nombre toujours croissant de césariennes «de convenance», il me semble que l'on devrait plutôt s'intéresser aux raisons qui amènent les femmes à faire de tels choix ainsi qu'à la manière dont nous pourrions les guider dans leurs choix. Parmi les offres de soutien possibles, les séances de *debriefing* sont proposées soit avant le départ de la maternité (intervention précoce), soit plus tard à la demande de la femme (intervention tardive).

Pour ce genre d'intervention psychologique brève, des connaissances spécifiques en matière de traumatisme, de réactions au stress, de techniques de *debriefing* sont indispensables. Une sage-femme peut se perfectionner dans ce domaine. Il est cependant important qu'elle délimite ses compétences et collabore avec des psycho-

<sup>1</sup> Cf. American Psychiatric Association, Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris, Masson, 1996.





Un accouchement traumatique peut avoir des conséquences graves dans la relation de la femme à son enfant, son partenaire et son entourage. Il diminue le désir d'avoir d'autres enfants et augmente l'espacement des naissances. Photo: Edwina Frankford

thérapeutes ou des psychiatres quand aucune amélioration n'apparaît ou quand elle soupçonne un problème de grande envergure (PTSD ou dépression postnatale).

Il se pourrait qu'une discussion ayant lieu dans les jours qui suivent l'accouchement soit trop précoce et accentue le traumatisme. L'état actuel de la recherche ne permet pas encore de le confirmer. Par contre, les femmes trouvent très utile les entretiens qui ont lieu au moment où elles se sentent prêtes à «retravailler» leur expérience.

La sage-femme ayant participé à l'accouchement n'est pas forcément la personne idéale pour offrir ce genre de service. Elle peut être elle-même traumatisée par cet accouchement en question. Par manque d'affinité ou par courtoisie, la femme n'a pas nécessairement envie de lui faire part de ses sentiments négatifs. Pour la discussion postnatale, il ne faut jamais rien forcer: il suffit d'offrir chaleur et écoute si la femme désire parler, d'indiquer ses propres sentiments par rapport à l'accouchement, de s'excuser si nécessaire et de donner aux femmes potentiellement traumatisées l'adresse d'un service de *debriefing*. ◀

#### Références bibliographiques:

- Creedy D. K., Shochet I. M., Horsfall J.: 2000. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27(2): 104-111.
- Murphy D. J., Pope C., Frost J., Liebling R. E.: 2003. Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: Qualitative interview study. *British Medical Journal* 327: 1132-1135.
- Gottwall K., Waldenström U.: 2002. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109(3): 254-260.

#### Prévention

## Un entretien postnatal systématique

Une autre étudiante de l'école de Berne, Linda Hartmann, a aussi consacré son travail de diplôme à l'expérience traumatique de la naissance. Après avoir passé en revue ce que l'on sait aujourd'hui à ce sujet, elle esquisse quelques propositions.

Elle explique que toutes les femmes devraient avoir la possibilité de rencontrer à nouveau la sage-femme dans les jours qui suivent l'accouchement pour raconter cet événement marquant et poser toutes les questions possibles. Un repérage des éventuels indices de PTSD y serait réalisé de manière systématique.

Pour cela, Linda Hartmann reprend une grille de questions publiée en 2003 par A. von Dom de la Clinique universitaire de Bonn (Allemagne):

#### La grossesse:

- Comment vous sentiez-vous durant la grossesse?
- Avez-vous alors connu des complications (hyperémèse, contractions précoces, rupture prématurée des membranes, problèmes d'hypertension, etc.)?
- Comment avez-vous apprécié la prise en charge par la sage-femme et/ou le médecin?

#### L'accouchement:

- Comment vous sentiez-vous durant l'accouchement (physiquement et émotionnellement)?
- Avez-vous alors connu des complications (menaces d'accouchement prématuré, douleurs insupportables, rythme cardiaque fœtal suspect ou pathologique, épisiotomie, extraction par forceps ou ventouse, césarienne secondaire ou en urgence)?
- Comment avez-vous apprécié la prise en charge par la sage-femme et/ou le médecin?

#### Les suites de couche:

- Comment vous sentez-vous après l'accouchement?
- Avez-vous des complications (problèmes de cicatrisation, douleurs, difficultés d'allaiter, insomnies, etc.)?
- Comment appréciez-vous la prise en charge de la sage-femme et/ou du médecin?
- Comment allez-vous à présent? Quels sentiments restent en vous (sentiment d'insécurité, irritation, anxiété, état dépressif, craintes, panique, cauchemar, réminiscence, troubles du sommeil, terreurs, peur de perdre l'enfant)?

Linda Hartmann, *Das Trauma in der Geburtshilfe*. Diplomarbeit, Berne, 2004, 24 pages. Traduction libre: Josianne Bodart Senn