

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

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 120 (2022)

**Heft:** 1-2

  

**Artikel:** Vécu traumatique de la naissance : quelles conséquences pour les familles?

**Autor:** Sandoz, Vania / Deforges, Camile / Horsch, Antje

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1002337>

### **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:** 25.11.2025

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

# Vécu traumatique de la naissance: quelles conséquences pour les familles?

---

Le stress post-traumatique lié à l'accouchement concerne jusqu'à 19 % des mères. Dans cet article, Dre Vania Sandoz, Camille Deforges, Valérie Avignon et Prof Antje Horsch, chercheuses au sein du *Lausanne Perinatal Research Group*, en détaillent les manifestations et les effets, et proposent des pistes pour le prévenir.

TEXTE :

VANIA SANDOZ, CAMILLE DEFORGES, ANTJE HORSCH,  
VALÉRIE AVIGNON

Souvent attendu comme l'un des plus beaux événements de la vie, l'accouchement peut être une expérience traumatisante. Jusqu'à 45% des mères expriment un tel ressenti (Deforges *et al.*, 2020), et 60% des pères ressentent de la détresse lors de l'accouchement (Johnson, 2002).

À la suite d'un vécu traumatique de la naissance, certains parents développent des symptômes du trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A) (Deforges *et al.*, 2020; Horesh *et al.*, 2021). Le TSPT-A survient à la suite d'un événement traumatisant, c'est-à-dire lorsque, par exemple, sa vie ou son intégrité physique sont menacées (American Psychiatric Association, 2013). Puisque parfois la vie ou l'intégrité physique de la mère et/ou de l'enfant sont en jeu, la naissance peut être traumatisante. Il convient de préciser que l'expérience subjective de la naissance, soit comment le parent vit l'événement, est déterminante. Ainsi, certains parents peuvent développer des symptômes d'un TSPT-A suite à un accouchement sans complication notable (Horsch & Garthus-Niegel, 2019). Il est aussi important de ne pas confondre le TSPT-A et les violences obstétricales, même si ces dernières peuvent entraîner un TSPT-A.

#### Comment se manifeste le TSPT-A?

Le diagnostic du TSPT-A se pose après un mois postpartum, et ses symptômes doivent engendrer une souffrance clinique ou perturber le fonctionnement quotidien du parent (American Psychiatric Association, 2013). Ce trouble se caractérise par quatre catégories de symptômes (American Psychiatric Association, 2013): 1. les intrusions (flashbacks, cauchemars, etc.), 2. Les comportements d'évitement (éluder le sujet de la naissance, ne pas se rendre dans un environnement hospitalier, etc.), 3. une perturbation de l'humeur et des cognitions (culpabilité, tristesse, honte, etc.), qui peuvent être assimilée aux manifestations de la dépression postpartum, et 4. des altérations de l'éveil et de la réactivité (irritabilité, hypervigilance, etc.). Le TSPT-A concerne 4% des mères dans la population générale, et 19% dans les groupes à haut risque (par

exemple, complications pendant la grossesse et l'accouchement) (Dikmen-Yildiz *et al.*, 2017). Quant aux coparents, la prévalence serait de 0 à 7% pour la population générale (Bradley & Slade, 2011; Schobinger, Stuijzand, *et al.*, 2020) et de 1 à 67% pour les groupes à haut risque (Helle *et al.*, 2018; Yaman & Altay, 2015). Toutefois, peu d'études se sont intéressées au TSPT-A chez les coparents et de futures recherches sont nécessaires pour affiner ces taux.

#### Quelles sont les conséquences du trouble du TSPT-A?

Sans surprise, le TSPT-A a d'importantes conséquences sur la famille. Les symptômes du TSPT-A peuvent affecter les relations avec l'enfant, dont la présence peut rappeler l'accouchement traumatique (Ayers *et al.*, 2006). Les comportements d'hypervigilance ou encore le détachement émotionnel peuvent influencer la relation parent-enfant (Cook *et al.*, 2018). Certains parents souffrant du TSPT-A adoptent des comportements d'évitement à l'encontre

de leur enfant avec, par exemple, l'impossibilité de tenir ou câliner leur bébé (Ayers *et al.*, 2006), expliquant peut-être le lien entre les symptômes de TSPT-A et un allaitement

Certains parents peuvent développer des symptômes d'un TSPT-A suite à un accouchement sans complication notable.

plus court et moins fréquent (Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, *et al.*, 2018). Dans le cas d'un détachement émotionnel, l'autre parent peut chercher à compenser, en manifestant davantage d'attention et d'amour



AdobeStock

à l'enfant (Nicholls & Ayers, 2007). À l'inverse, un parent souffrant d'hypervigilance peut être dans l'incapacité de se séparer de son enfant (Ayers *et al.*, 2006). Parce qu'ils se sentent fréquemment coupables ou seul·e·s à vivre de telles difficultés, le

### *L'entretien prénatal et la PANP ont pour but de limiter les écarts entre les attentes des parents et la réalité, favorisant ainsi un meilleur vécu de l'accouchement.*

TSPT-A chez les parents s'accompagne souvent d'une profonde détresse psychique (Ayers *et al.*, 2006; Horsch & Garthus-Niegel, 2019).

#### *Sur les enfants et le couple*

Le TSPT-A peut également avoir des conséquences chez l'enfant en âge préscolaire. Ainsi, il semblerait qu'il y ait une influence des symptômes du TSPT-A maternels présents durant les premiers mois postpartum sur le sommeil et les compétences socio-affectives de l'enfant en âge préscolaire (Garthus-Niegel *et al.*, 2017; Garthus-Niegel *et al.*, 2018).

Le couple peut aussi souffrir des conséquences du TSPT-A. Ainsi, le TSPT-A a été lié à une plus faible satisfaction de leur relation de couple (Horsch & Garthus-Niegel, 2019). Par ailleurs, une étude qualitative a mis en évidence les conséquences suivantes du vécu traumatique de la naissance et du TSPT-A sur le couple (Nicholls & Ayers, 2007): la relation physique (éviter des rapports sexuels), la communication au sein du couple (éviter des discussions autour de la naissance), les émotions négatives au sein du couple (sentiment de rejet ou d'abandon), recevoir ou donner du soutien à l'autre (l'importance d'avoir l'autre en soutien), gestion et adaptation à deux, en tant que couple (pouvoir considérer le TSPT-A comme une difficulté du couple), et

l'effet global sur la relation, qui peut être négatif mais également positif lorsque la période difficile a été surmontée.

#### *Sur de futures grossesses*

Les futures grossesses peuvent être influencées par le TSPT-A, en étant moins nombreuses et plus espacées (Gottvall & Waldenström, 2002). Certaines femmes avec un TSPT-A ressentent de la peur, de l'anxiété, de la panique, de la crainte, ou du déni face à une autre grossesse et accouchement (Deforges *et al.*, 2020), comme le témoigne cette mère à propos de sa nouvelle grossesse: «*pour moi, donner la vie c'était perdre la mienne*» (5min 22s, Méric & Gerber, 2018). À l'inverse, une nouvelle grossesse peut aussi permettre se réconcilier avec la naissance et la maternité lorsque les parents se sentent respecté·e·s et écouté·e·s (Deforges *et al.*, 2020). Enfin, l'impact du TSPT-A sur l'attachement prénatal lors d'une future grossesse n'est pas clair. Ainsi, les femmes avec des symptômes d'un TSPT-A ont rapporté un attachement prénatal plus élevé que celles n'ayant pas de symptômes (Garthus-Niegel *et al.*, 2019). Par contre, lorsque ces femmes souffraient également de tocophobie secondaires, leur attachement prénatal était plus faible que celui de mères sans TSPT-A (Garthus-Niegel *et al.*, 2019).

#### *L'importance de l'entretien prénatal et de la PANP*

Pour prévenir un vécu traumatique de la naissance, il est important d'agir en amont de l'accouchement, en mettant en place des

conditions favorables à une naissance bienveillante. Les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de risques liés à l'accouchement sont les deux grands axes sur lesquels agir (Ayers *et al.*, 2016).

Travailler sur les facteurs de vulnérabilité implique un dépistage au début de la grossesse des facteurs de risque comme la dépression et les antécédents de troubles psychiques. C'est le rôle de l'entretien prénatal. Malheureusement, une des principales difficultés de ce programme est sa difficulté à toucher les milieux les plus défavorisés (Aernout & Carpentier, 2016). Un autre moyen de prévention est la préparation à la naissance et à la parentalité (PANP), qui diminue la peur de l'accouchement et permet l'élaboration d'un projet de naissance réaliste; Lally *et al.*, 2008;). L'entretien prénatal et la PANP ont pour but de limiter les écarts entre les attentes des parents et la réalité, favorisant ainsi un meilleur vécu de l'accouchement (Preis *et al.*, 2018).

#### *Le rôle du personnel soignant dans le vécu traumatique de la naissance*

Bien que le vécu de l'accouchement se travaille en amont avec les couples, le personnel soignant, mais aussi ses conditions de travail, ont un rôle majeur à jouer dans la prévention du vécu traumatique de l'accouchement. Ainsi, des recommandations pour la pratique clinique ont récemment été publiées (Schobinger *et al.*, 2020).

Les sages-femmes sont conscientes de la nécessité d'une bonne communication avec le couple, et se sentent responsables du vécu de l'accouchement (Patterson *et al.*,

**Il semblerait qu'il y ait une influence des symptômes du TSPT-A maternels présents durant les premiers mois postpartum sur le sommeil et les compétences socioaffectives de l'enfant en âge préscolaire.**

2019). Cependant, ce personnel soignant doit aussi faire face aux contraintes spécifiques à leur lieu de travail (protocoles, charges de travail, etc.) (Patterson *et al.*, 2019). Agir pour améliorer le vécu de l'accouchement commence par considérer les conditions de travail du personnel soignant (ressources en personnel suffisantes pour favoriser le *one-to-one*, environnement de travail «sécuré» en utilisant des outils d'équipes favorisant la communication bienveillante, le soutien et l'entraide, et temps de pause suffisant) (Patterson *et al.*, 2019). Le manque de soutien social est également un facteur favorisant l'émergence du TSPT-A (Ayers *et al.*, 2016). Le personnel soignant est un important soutien social, tout comme les proches de la parturiente durant le travail. C'est pourquoi, il est primordial que chaque femme soit encouragée

à être accompagnée par la personne de son choix durant le travail (Haute Autorité de Santé, 2005).

La prévention du TSPT-A se joue à plusieurs niveaux, soit dans le parcours de soin du couple, soit dans le fonctionnement des salles d'accouchement et des institutions qui les dirigent. On ne peut se permettre d'agir sur l'un sans agir sur l'autre; tous concourent au vécu heureux d'une naissance. ☉

#### Références

- Aernout, E. M. & Carpentier, S. (2016) Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher: étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; 45(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.013>
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>ème</sup> éd.). American Psychiatric Publishing.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016) The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*; 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002706>
- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006) The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*; 11(4), 389-398. [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)
- Bradley, R. & Slade, P. (2011) A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 29(1), 19-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513047>
- 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>
- Deforges, C., Sandoz, V. & Horsch, A. (2020) Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Revue de Médecine Périnatale*; 12(4), 192-200. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0101>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S. & Phillips, L. (2017) The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*; 208, 634-647. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., Von Soest, T. & Eberhard-Gran, M. (2017) The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological medicine*; 47(1), 161-170. <https://doi.org/10.1017/s003329171600235x>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K. & Eberhard-Gran, M. (2018) The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal population-based study. *Birth*; 45(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Bickle Graz, M., Martini, J., von Soest, T., Weidner, K. & Eberhard-Gran, M. (2018) The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *J Affect Disord*; 241, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.067>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., von Soest, T., Haga, S. M., Drozd, F., Ayers, S. & Eberhard-Gran, M. (2019) Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*; 23(4), 547-555. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01011-0>
- Gottvall, K. & Waldenström, U. (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 109(3), 254-260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x>
- Haute Autorité de Santé (2005) *Préparation à la naissance et à la parentalité*. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Helle, N., Barkmann, C., Ehrhardt, S. & Bindt, C. (2018) Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *J Affect Disord*; 235, 467-473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.013>
- Horesh, D., Garthus-Niegel, S. & Horsch, A. (2021) Childbirth-related PTSD: is it a unique post-traumatic disorder? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 39(3), 221-224. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1930739>
- Horsch, A. & Garthus-Niegel, S. (2019) Posttraumatic stress disorder following childbirth. In Herring, C. P. J. (Ed.) *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. 1<sup>ère</sup> éd., 49-66. [www.routledge.com](http://www.routledge.com)
- Johnson, M. P. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 23(3), 173-182. <https://doi.org/10.3109/01674820209074670>
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. & Thomson, R. (2008) More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC medicine*; 6(7). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>
- Méric, L. & Gerber, C. (2018) Accoucher sans violences. [www.rts.ch](http://www.rts.ch); 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.007>
- Nicholls, K. & Ayers, S. (2007) Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *J British journal of health psychology*; 12(4), 491-509. <https://doi.org/10.1348/135910706x120627>
- Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019) Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>
- Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2018). Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*; 43(1), 105-117. <https://doi.org/10.1177/027036168431879537>
- Schobinger, E., Gashi, S., Avignon, V. & Horsch, A. (2020). Accouchements traumatiques: perspective soignante. *Soins infirmiers*.
- Schobinger, E., Stuijzand, S. & Horsch, A. (2020) Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: a prospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry*; 11(1502). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562054>
- Yaman, S. & Altay, N. (2015) Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 33(2), 140-152. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.990872>