



Neuf mois et moi Vous avez dit stress post-traumatique ?

Virginie Im, Michel Briex

DANS **SPIRALE - LA GRANDE AVENTURE DE BÉBÉ** 2019/3 N° 91 , PAGES 149 À 154
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1278-4699

ISBN 9782749265506

DOI 10.3917/spi.091.0149

Date de mise en ligne : 05/12/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-spirale-2019-3-page-149?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Vous avez dit stress post-traumatique ?

Michel Briex

Madame C. a pris rendez-vous avec moi dans le cadre du suivi de sa grossesse. Elle est à première vue assez proche du terme ; elle s'avance franchement dans le bureau mais s'installe dans une attitude physiquement plutôt fermée (les mains croisées et serrées entre ses cuisses) même si elle s'exprime assez facilement. La consultation ne commence pas bien car elle s'étonne que je ne la reconnaisse pas tout de suite, elle me dit que je l'avais prise en charge au petit matin, dans un contexte de grande urgence, un peu plus de deux ans auparavant. Je lui explique que je suis peu physionomiste et que même si son visage me dit quelque chose, je ne suis pas en mesure de me souvenir en détail de ce qui s'est passé lors de son passage à la maternité à ce moment-là. Elle finit par admettre que, vu le nombre de césariennes effectuées dans le service (autour de 20 % des naissances) et les conditions de prise en charge sous anesthésie générale, je puisse ne pas exactement me souvenir d'elle.

Elle vient pour discuter avec moi car le terme de sa deuxième grossesse s'approche, et elle m'explique le motif de sa venue : son débit de parole est rapide, ses propos partent dans tous

les sens entre ce qui s'est passé avant puis lors de sa première grossesse et de la naissance de son bébé, ce qui se passe maintenant pour la grossesse actuelle, ce qu'elle craint ou envisage et ce qui la terrorise pour les jours et semaines à venir. Ses idées s'enchaînent sans que je puisse facilement et clairement en suivre le fil. Elle avoue qu'elle a eu beaucoup de mal à revenir nous voir et que l'arrivée dans nos locaux lui rappelle de fort mauvais souvenirs; elle aurait même hésité à se rendre dans un autre établissement de naissance pour mettre son bébé au monde, mais me fait remarquer que cela ne changerait peut-être pas grand-chose à ses craintes. Médicalement, elle reconnaît sans que je lui pose la question que tout s'est bien passé pour elle et qu'elle est en parfaite santé; son premier enfant a un peu plus de 2 ans, il se porte parfaitement bien. De son côté elle n'a gardé aucune séquelle physique de cette césarienne.

Je relis son dossier médical à haute voix avec elle, ce qui me permet de voir qu'elle a eu une césarienne en urgence sous anesthésie générale pour ralentissements cardiaques profonds et prolongés de son bébé, selon une procédure que nous nommons « code rouge » et qui signifie dans les faits : en urgence extrême ou le plus vite possible sous anesthésie générale. La prise en charge idéale signifie que le bébé doit être né au plus tard dans les quinze minutes qui suivent la décision: cela peut paraître brutal dit ainsi, il y a en général peu de temps pour

expliquer ou se préparer, mais cela reste le meilleur moyen de limiter les conséquences médicales pour le bébé. Elle a en plus présenté dans les suites immédiates (quelques heures plus tard) une complication peu grave mais très douloureuse, ayant nécessité une reprise chirurgicale avec une seconde anesthésie générale.

Je lui demande de me raconter son histoire en détail, et surtout la façon dont elle a vécu la naissance de son premier enfant à la maternité et ce qu'il s'est passé depuis. Elle se décrit comme toujours traumatisée par cette naissance en catastrophe, dit qu'elle est restée dépressive et bénéficie encore d'un suivi psychologique dans le cadre d'une structure de parentalité et d'un suivi hebdomadaire individuel, car elle se sent déprimée, anxieuse au moindre évènement ou à la moindre contrariété et a du mal à trouver le sommeil : elle revit en boucle la naissance de son enfant et les deux passages au bloc opératoire. Elle reste comme bloquée en 2017, revivant sans cesse l'état émotionnel et psychologique dans lequel elle se trouvait à ce moment-là. Elle fait encore régulièrement des cauchemars qui reviennent avec l'avancée de la grossesse actuelle et a régulièrement des flashback dès qu'une situation ou une odeur (celle du désinfectant, par exemple) lui rappelle cette journée.

Elle a vraiment eu du mal à supporter l'idée de cette césarienne à laquelle elle ne s'était absolument pas préparée, même si avec le recul elle en admet la nécessité absolue pour son bébé. Elle aurait mis longtemps avant d'accepter de toucher ou de simplement regarder la cicatrice sur son ventre, et même à l'heure actuelle, cela

n'est pas facile pour elle. Lorsque je lui demande ce qu'elle considère comme sa plus grande souffrance, ce qui a été le plus difficile dans cette naissance ou le plus violent selon son point de vue, il semble que, plus que la césarienne ou les deux anesthésies générales, c'est surtout l'idée de ne pas s'être sentie entendue dans les douleurs qu'elle aurait signalées dès son réveil de l'anesthésie et qui, si on l'avait « entendue », auraient permis de la prendre en charge et de la soulager bien plus rapidement : elle en veut particulièrement à un des médecins de l'équipe qui s'est occupé d'elle dès qu'il a été prévenu et qui, d'après ce qui est noté dans le dossier, a fait ce qui était nécessaire. Il a peut-être simplement eu la malchance de passer par là pour devenir son bouc émissaire. Elle demande si on peut lui garantir qu'il ne sera pas présent le jour de son accouchement à venir, ce à quoi je réponds par la négative (je lui promets quand même de venir m'occuper d'elle si je suis présent dans l'établissement).

Madame C. m'indique aussi qu'elle se souvient précisément de mots et phrases prononcés autour d'elle à cette occasion et me cite des indications données par le chirurgien (moi-même) sur sa prise en charge initiale ; je ne relève pas mais ce qu'elle décrit ne correspond pas vraiment à la manière dont nous procédons habituellement, ce qui me laisse penser qu'il pourrait s'agir plutôt de souvenirs involontairement reconstruits au fil des flashback dont elle est victime. Par la suite, après un séjour un peu prolongé à la maternité, des difficultés au démarrage de l'allaitement maternel, les choses

semblaient au départ bien vécues avant que son état psychologique ne se dégrade et que les angoisses ne surviennent. Les conseils de l'entourage ne suffisaient pas, et en consultation postnatale deux mois plus tard je l'avait orientée rapidement vers un accompagnement plus spécialisé et une structure de périnatalité. Elle poursuit l'allaitement près d'un an et pense que son bébé ne semble pas avoir trop mal vécu la situation. Elle a été traitée quelque temps et, comme elle se sentait mieux, le couple a commencé à envisager un autre bébé.

Elle prononce le terme de « syndrome de stress post-traumatique » dont j'avais déjà parlé dans un précédent numéro¹ et a l'air tout à fait informée du cortège de symptômes qui parfois s'y rattachent ; elle pense que son vécu correspond parfaitement à cela.

Son mari qui l'accompagne reste témoin et ne prononce pas un mot durant ces échanges. Quand je lui demande comment il a vécu cela de son côté, il m'explique qu'il a été de suite rassuré de voir les professionnels agir rapidement, de voir sa compagne réveillée peu après et le bébé en forme qu'il a pu tenir assez vite dans ses bras et avoir en peau à peau. Une fois passée l'étape du bloc opératoire, il était relativement serein, même s'il comprenait la souffrance et le vécu traumatique de sa femme.

Une fois abordé l'aspect médical de sa grossesse actuelle, je lui demande quelles sont ses craintes, ses espoirs et ses préférences pour la naissance de son second enfant. Elle a

longtemps hésité entre demander une césarienne programmée, qui aurait l'avantage de lui éviter une césarienne en urgence et une tentative de naissance par les voies naturelles sans péril durable, et un accouchement le moins médicalisé possible, qui lui permettrait sans doute de mieux se reconstruire de l'épisode précédent. L'idée lui aurait même traversé l'esprit d'essayer d'accoucher à la maison pour éviter de revenir à l'hôpital, mais cela ne lui a pas semblé raisonnable au vu de ses antécédents.

Dans ses demandes, comme elle déclare souvent « je voudrais être certaine ... » – « qu'il n'y aura pas de césarienne en urgence, que je pourrai accoucher par les voies naturelles, que mon bébé n'aura pas d'anomalies du rythme cardiaque, etc. » – je lui fais remarquer que l'on ne peut être certain de rien dans ce domaine à part de l'imprévu : les grossesses comme les enfants se suivent mais ne se ressemblent pas toujours, ce qui d'ailleurs en fait un des gros intérêts.

Sa situation obstétricale actuelle ne pose pas de problème particulier en dehors d'un utérus cicatriciel : l'ensemble des autres éléments médicaux étant favorables, une naissance par les voies naturelles est tout à fait envisageable sans sur-risque important.

Nous discutons ensemble de son projet de naissance que j'encourage toujours les couples à élaborer car je trouve qu'ils constituent une excellente base de discussion. Elle me présente une feuille superbe réalisée par elle-même sans doute avec Powerpoint, et composée de multiples cadres de couleurs différentes correspondant

chacun à une situation obstétricale, et reliés par des flèches multiples se dirigeant à peu près vers tous les items présentés ; ce qui en rend la compréhension visuelle assez difficile.

Beaucoup de cas de figure y sont envisagés : en cas de travail spontané, de nécessité de déclenchement, de nécessité de césarienne avec urgence ou sans urgence, de dépassement de terme ; de travail spontané sans péridurale mais avec la possibilité de la demander plus tard si on change d'avis, de ne pas avoir de perfusion, de monitoring du bébé, de ne pas utiliser d'ocytociques, de ne pas être examinée ou le moins possible, etc. Elle précise qu'en cas de péridurale elle veut que son compagnon soit présent lors de la pose. Elle me demande aussi d'informer l'équipe qu'en cas de situation de stress important ou d'urgence, elle pourrait sembler en état de sidération et mutique, sans contact avec l'entourage, mais qu'elle restera coopérante si nous devons malgré tout intervenir médicalement. C'est là la description assez détaillée d'un état de dissociation.

Après m'avoir expliqué le cheminement de son tableau qui met surtout en évidence son désarroi, elle me déclare qu'elle a l'impression de mieux maîtriser la situation ainsi, et que pour se rassurer, elle a besoin de prévoir au moins deux ou trois étapes à l'avance. Je lui fais remarquer que ce ne sont pas deux ou trois étapes mais au moins quinze ou seize, ce qui la fait sourire.

Nous reprenons point par point les éléments de son projet de naissance; je lui explique ce qui est possible (à peu de choses près, tout ce

qu'elle a demandé sur son projet) et que si nous pensions qu'à un moment donné elle se mettait en danger, nous l'en informerions. Je lui explique qu'il y a des actes ou des gestes qui ont prouvé qu'ils étaient préférables pour elle ou le bébé : on peut par exemple ne pas utiliser d'ocytocine après la sortie du bébé, mais si ce traitement est actuellement recommandé immédiatement après la naissance, c'est parce qu'il a prouvé qu'il réduisait les risques d'hémorragie (et de transfusion) chez celles qui le reçoivent par rapport à celles qui n'en reçoivent pas. Je lui parle des capteurs sans fil pour surveiller son bébé sans gêner sa mobilisation et de l'absence de nécessité de l'empêcher de se mobiliser pendant le travail si elle le souhaite, de la mise à disposition d'accessoires, baignoire, ballon, etc., pour l'aider à mieux gérer le travail sans péridurale. Que la péridurale n'est pas une nécessité mais qu'elle peut parfois, quand les douleurs sont difficiles à supporter, permettre de passer un cap ou, en cas d'intervention obstétricale nécessaire, rendre les choses plus faciles. Bref, elle paraît rassurée par le fait que nous semblons avoir une solution pour chacun des problèmes qui pourraient se produire, mais elle reste hésitante dans ses choix et ses demandes. Elle prévoit le lundi de la semaine suivante de rencontrer une de mes collègues pour refaire le point avec elle.

Quelques jours plus tard, de garde pour le week-end, je retrouve M^{me} C. dans le service le matin, après une rupture spontanée de la poche des eaux survenue dans la nuit, elle n'a aucune contraction et s'en inquiète. Il lui est expliqué que si elle ne se met pas en travail spontanément,

nous lui proposerons une césarienne au bout de 48 heures maximum, car dans sa situation un déclenchement n'est pas envisageable. Elle a l'air très contente de tomber sur moi et me déclare que de toute façon elle le sent, elle va accoucher aujourd'hui car je suis de garde. Nous refaisons le point ensemble en milieu de journée et je lui fais remarquer malicieusement que ce cas de figure d'une rupture de la poche des eaux sans contractions ne faisait pas partie des scénarios envisagés dans son projet. Pour le reste, elle est toujours indécise et a peur de se rendre tout de suite en salle de naissance.

Dans la mesure où elle ne souhaite pas de péridurale, elle restera dans sa chambre aussi longtemps qu'elle le souhaitera, même en début de travail. Je la revois au début de la nuit suivante, ses contractions s'installent et deviennent de plus en plus intenses. Les exercices appris en cours de préparation ne lui permettent plus de gérer la douleur, et elle réclame que l'on intervienne car elle ne se sent plus la force de continuer. Je la rassure puis lui propose de les accompagner, elle et son mari, en salle de naissance à pied pour faire le point. À l'arrivée, c'est elle qui demande finalement qu'on l'examine pour savoir où elle en est : on lui confirme que le travail a bien débuté car son col s'est franchement ouvert. Le travail se déroule normalement mais comme elle est encore à plusieurs heures d'accoucher, elle demande le recours à une péridurale qui sera posée en présence de son compagnon. En dehors de manifestations au moment des contractions, elle ne s'adressera pas à l'anesthésiste qu'elle regarde à peine. Je la revois quelques minutes plus tard, apaisée

et soulagée. Elle accouchera spontanément quelques heures plus tard sans problème, mais toujours avec beaucoup de doutes sur ses capacités à y parvenir jusqu'à la naissance du bébé. Sa petite fille naît en pleine forme, allaitée par sa maman.

Je la retrouve le lendemain à la visite du matin, transformée et finalement très satisfaite de la manière dont tout s'est déroulé. « J'ai été vraiment casse-pieds, hier... », me dit-elle. Elle a maintenant quitté la maternité mais j'ai prévu de la revoir en consultation postnatale dans quelques semaines, tout en lui conseillant de revoir entretemps son psychologue.

Le syndrome de stress post-traumatique tel qu'illustré ici peut-il concerner tout le monde ? Survient-il sur un terrain fragile ? Génétiquement à risque ? Est-il lié à un contexte social ? à un événement particulièrement violent ? À un peu de tout cela ?

Comment faire comprendre cette situation aux professionnels, qui leur paraît soit mystérieuse soit incompréhensible car parfois accompagnée de réactions démesurées pour des événements qui semblent somme toute assez ordinaires ?

Notre quotidien s'il concerne des événements souvent heureux est en réalité fait de l'urgence possible, de la maladie et inévitablement des potentielles complications graves ou de la mort qui peuvent survenir. Nous sommes principalement formés à rechercher ce qui ne va pas et à prendre en charge efficacement les

Téléchargé le 10/06/2016 à 10h06 par lecairn.info (IP: 216.73.211)

problèmes qui surviennent, ce qui fait que nous ne sommes généralement pas surpris lorsque cela se produit. Il nous est parfois difficile d'admettre que le vécu de la grossesse comme celui de la naissance appartiennent pour les parents concernés à un tout autre registre ; ils peuvent être brutalement désarçonnés dans leur certitudes et leur confiance en la vie ou vivre un sentiment de mort imminente souvent aggravé par des états de dissociation qu'amplifient parfois les produits anesthésiques. Hors situation pathologique ou terrain psychologique particulier, la plupart des parents que nous voyons n'appréhendent pas les choses de la même manière ; ils ont souvent confiance en la vie et n'imaginent pas que les choses puissent ne pas se passer forcément comme ils l'ont prévu ou pensé. Ils sont sans doute un peu comme nous lorsque nous partons en vacances : nous pensons davantage à la plage que nous allons rejoindre qu'aux problèmes que nous pourrions rencontrer pendant le trajet.

Dans beaucoup de cas, un évènement médical qui nous semble anodin, ou simplement le fait d'imaginer la survenue d'une complication grave peut générer chez certaines personnes un réel stress post-traumatique qui n'est pas toujours facile à diagnostiquer car pas forcément immédiat, il s'exprime parfois tardivement et son intensité paraît sans lien direct avec ce qu'elles ont réellement vécu. Après les attentats de novembre 2015, certaines personnes ont eu besoin d'un suivi psychologique pour stress post-traumatique sans être directement concernées par les attentats, mais simplement

en raison de l'idée qu'elles auraient pu y être. Comme le dit Karin Teepe dans le cadre d'une de ses formations : « Le curseur de l'intensité du traumatisme n'est pas exclusivement dépendant de l'évènement lui-même. »

Cette pathologie est heureusement de nos jours mieux connue des non-spécialistes, elle est prise en compte et actuellement la plupart des professionnels de santé prennent la peine d'informer et de revenir rapidement voir les patientes concernées dans toutes les situations obstétricales difficiles, de douleur intense, d'urgence extrême, de complication sévère. Cela permet de refaire le point, de demander comment la situation a été vécue par celle qui est concernée, réexpliquer les faits et leur justification, déculpabiliser et, surtout, donner un sens à ce qui s'est passé. Un accompagnement précoce ou un simple contact avec le psychologue du service peuvent aussi être initiés précocément. S'il n'a pas été prouvé formellement que cela puisse réduire les risques de survenue d'un SSPT, le fait de s'y intéresser et d'aborder directement le sujet avec les personnes concernées permet au moins de les prendre plus rapidement et plus efficacement en charge.

1. *Spirale*, n° 45, 2008, p. 199-201, <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-199.htm#>

2. Y. Auxéméry, « Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context », *Encéphale*, 2012 oct. ; 38(5):373-80. doi: 10.1016/j.encep.2011.12.003.