

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 114 (2016)
Heft: 12

Artikel: Psychopathologie périnatal et rôle de sage-femme
Autor: Nanzer, Nathalie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949261>

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: 25.02.2026

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

Psychopathologie périnatale et rôle de la sage-femme

C'est durant la période périnatale que la femme a le plus de risque de développer une maladie psychiatrique. Or c'est aussi à ce moment qu'elle s'y attend le moins et que la psychopathologie risque de ne pas être détectée, avec des conséquences potentiellement graves sur la grossesse, le bébé et sur le lien mère-enfant. Cet article aborde le rôle clé de la sage-femme dans la prévention, la détection, la prise en charge et le travail en réseau qui sont nécessaires durant cette étape de vie.

Nathalie Nanzer

Les maladies psychiatriques sont aujourd'hui mieux reconnues, détectées et plus facilement abordées dans le monde médical et dans la société en général. Elles restent toutefois encore mal diagnostiquées et mal acceptées durant la grossesse et les mois qui suivent la naissance d'un enfant. Il s'agit pourtant de la période où la femme a le plus de risque de développer un tel trouble.

L'arrivée d'un enfant, même si très désirée et attendue, constitue un stress important dans la vie d'un jeune adulte. Son organisation personnelle, familiale et professionnelle est chamboulée, il doit faire face à de nouvelles responsabilités. Il n'est souvent pas préparé à d'autres changements moins visibles: il se retrouve face à un petit être totalement dépendant de lui, aux besoins immenses en début de vie, alors que lui-même est confronté à un bouleversement identitaire qui le rend beaucoup plus vulnérable et plus fragile, ceci dès la grossesse.

Les conditions de vie de la société européenne, la migration, la monoparentalité, l'idéalisatoin de naissance contribuent à négliger de plus en plus la protection et le bien-être des parents durant cette période de crise.

Auteure



Nathalie Nanzer, pédopsychiatre et psychanalyste, médecin adjoint, responsable de l'unité de Guidance infantile du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux Universitaires de Genève.

nathalie.nanzer@hcuge.ch

Les professionnels de la santé, en particulier les sages-femmes, ont un rôle majeur pour palier à ces manques et tisser un réseau contenant afin d'accueillir la vulnérabilité des jeunes parents, les informer et dé-stigmatiser la pathologie mentale pour leur permettre d'accéder à des soins spécifiques lorsque cela s'avère nécessaire.

Alors que les grossesses sont très bien suivies du point de vue médical sous nos latitudes, aucun dépistage systématique n'existe pour les psychopathologies qui sont pourtant les complications les plus fréquentes de la grossesse et du post-partum, bien avant le risque de trisomie ou d'éclampsie par exemple. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé à ce propos ont servi de base à des campagnes de sensibilisation et de détection dans de nombreux pays, mais la Suisse a du retard dans ce domaine et ces pathologies représentent un véritable enjeu de santé publique.

Les principales psychopathologies périnatales

La dépression périnatale est la plus fréquente et en constante augmentation, avec une moyenne de 15 % durant la grossesse et 13 % dans la première année post-partum. Dans 50 % des cas, elle n'est pas diagnostiquée, et 80 % d'entre elles ne sont pas traitées! Les pères sont presque aussi souvent touchés que les mères (11% en moyenne). La dépression périnatale peut apparaître à n'importe quel moment entre le début de la grossesse et la fin de la première année de vie de l'enfant (Nanzer, 2009). Elle doit bien sûr être différenciée du baby blues dont les manifestations se limitent à la première semaine du post-partum et qui n'est pas considéré comme une pathologie.

La psychose puerpérée est plus rare (0,1 à 0,3 %) mais plus grave que la dépression, dans la mesure où elle met la vie de la mère et de l'enfant en danger immédiat. Elle survient généralement dans les 2 ou 3 semaines qui suivent l'accouchement.

Le trouble bipolaire, caractérisé par une alternance entre des phases dépressives et des phases maniaques ou hypomaniaques, touche 1 à 2 % de la population. Cette psychopathologie chronique apparaît en début d'âge adulte et n'est souvent diagnostiquée que plusieurs années après les premiers épisodes. Il est ainsi fréquent que la maladie se révèle autour de l'arrivée d'un enfant,

moment où le jeune adulte est plus vulnérable. Le risque de décompensation est très élevé pendant la période périnatale: 50% des femmes souffrant d'un trouble bipolaire sont symptomatiques durant la grossesse, 47% font une récidive durant le post-partum. Le risque de récidive est encore plus élevé (deux fois plus) et plus rapide (délai quatre fois plus court) lorsque le traitement médicamenteux est interrompu durant la période périnatale (Viguera, 2007).

Les troubles anxieux ont longtemps été négligés et sous-estimés durant la période périnatale (Correia, 2007). C'est pourtant une pathologie très fréquente, pas toujours facile à différencier de la dépression dans la mesure où ils ont de nombreux symptômes en commun. L'anxiété fait partie intégrante du tableau dépressif, alors qu'un trouble anxieux persistant peut conduire à une dépression secondaire.

Les manifestations psychosomatiques de la grossesse et du post-partum attirent plus facilement l'attention dans la mesure où les aspects somatiques sont mieux reconnus et plus acceptables. Ainsi les vomissements incoercibles, le prurit, les contractions précoces sont des manifestations somatiques qui peuvent avoir une composante psychique, tout comme elles peuvent aussi favoriser des décompensations psychiatriques.

Mais, que peut faire la sage-femme dans ce domaine?

La sage-femme peut informer

Les médecins de premier recours, les gynécologues, les sages-femmes et les pédiatres ont un rôle important dans la prévention et l'information à offrir aux parents et futurs parents concernant la maladie psychique. Lorsque cette information a lieu avant l'apparition de la symptomatologie, elle permet de gagner un temps précieux pour la reconnaissance de la maladie et l'accès aux soins. La récupération est plus rapide et une chronicisation des problèmes peut souvent être évitée ainsi que les répercussions sur le lien mère-enfant avec des conséquences potentiellement graves sur le développement de l'enfant. La plupart des cours de préparation à la naissance comprennent aujourd'hui une sensibilisation à l'existence de la dépression périnatale par exemple.

La sage-femme peut dépister

La sage-femme est la professionnelle de la santé qui passe le plus de temps auprès des mères et des futures mères. Elle est aussi celle à qui les parents se confient le plus volontiers. La majorité des femmes enceintes ont un intense besoin de parler de ce qu'elles vivent durant cette période. L'attitude ouverte, accueillante et non jugeante de la sage-femme suffit souvent pour ouvrir les vannes d'un réservoir trop plein d'émotions contenues. Lorsque ce n'est pas le cas, la professionnelle bien formée doit pouvoir reconnaître les signaux d'alertes d'un trouble psychiatrique.

Ces signes peuvent être non verbaux, comme une attitude ralenties ou inexpressive en cas de dépression, exaltée et euphorique en cas de manie, nerveuse et logorréique lors de troubles anxieux. Le discours spontané donne souvent des pistes qu'il faut reconnaître et creuser: des troubles du sommeil ou des cauchemars récurrents, des préoccupations excessives et difficiles à

évaluer. La sage-femme peut également faire une demande de consultation avec un psychiatre ou un psychologue.

Marie Blanchard

Sage-femme, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne



Chère lectrice, cher lecteur,

Si pendant des siècles, les troubles psychiques de la femme ont été limités à l'hystérie ou à la sorcellerie, il fallut attendre l'avènement de la psychanalyse pour saisir l'infinie complexité du psychisme féminin, tout particulièrement dans le domaine de la périnatalité.

Le «devenir mère» et les remaniements psychiques qui l'accompagnent n'ont sans doute jamais été une évidence pour les femmes, peu importe l'époque. Toutefois, notre siècle amène une problématique nouvelle: un net besoin de maîtrise de la carrière professionnelle, du désir d'enfant, de l'image corporelle, de la douleur. Sans oublier le leitmotiv que la société véhicule: la maternité, ce n'est que du bonheur.

Le thème de cette édition met en lumière un des aspects de la maternité peu exposé au grand public, car drôlement antagoniste aux messages publicitaires. Si la maternité est un véritable voyage intérieur, elle est aussi imprévisible, comme pour toute aventure humaine et émotionnelle. Surgissent parfois des moments inattendus, déstabilisants, étrangers à soi et même douloureux.

Ces états de la maternité sont aujourd'hui encore largement sous-évalués et relégués au second plan dans le suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Les patientes aux antécédents psychiatriques connus bénéficient en principe d'un suivi adapté grâce au réseau pluridisciplinaire. Mais qu'en est-il des femmes allophones en situation de migration? Et de ces femmes, silencieuses et coupables, qui ont pensé bien plus qu'une fraction de seconde à jeter leur enfant, ou elle-même, par la fenêtre?

N'oublions pas que dans la maternité, il n'y a que peu d'espace entre le bonheur et le cauchemar. Nous avons la chance d'avoir des outils de dépistage et, très souvent, une bonne dose d'intuition. A nous de jouer.

Bonne lecture!

Cordialement, Marie Blanchard

calmer, un sentiment de solitude malgré un entourage présent, des plaintes somatiques fréquentes, des tendances obsessionnelles, des références à la mort ou à un manque d'envie de vivre.

C'est parfois une impression subjective qui peut alerter la sage-femme: une vague impression que la patiente a changé, qu'elle n'est pas comme d'habitude. Les premiers signes d'une psychose puerpérale se manifestent par une impression d'étrangeté ou de bizarrie difficile à définir pour l'entourage, avant que les signes psychotiques plus florides ne se manifestent, tels que idées délirantes ou hallucinations.

Alertée par la présence de ces signaux la sage-femme devrait alors rechercher plus activement la présence d'une psychopathologie en questionnant la présence d'autres symptômes. L'utilisation de questionnaires de dépistages simples tels que l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS* (Cox, 1987) pour la dépression pré et postnatale, ou le *State-Trait Anxiety Inventory – STAI* (Spielbergerl, 1983) pour l'anxiété se révèlent très utiles.

Le dépistage de ces pathologies comprend aussi une recherche active des facteurs de risque dans l'anamnèse de la patiente. Les antécédents psychiatriques sont importants à rechercher chez la personne et dans sa famille. Les autres facteurs de risque reconnus sont le manque de soutien social ou conjugal, les grossesses mal acceptées ou déniées, les séparations ou deuils récents, les pertes périnatales, les liens conflictuels actuels ou passés avec sa propre mère, les événements familiaux majeurs ou traumatiques dans l'enfance.

Ce dépistage peut se faire de manière systématique ou au cours d'un entretien spécifique tels que l'entretien prénatal, instauré dans certains cantons – comme à Genève (Nanzer, 2013) ou sur Vaud – mais pas encore au niveau national comme en France (Molénat, 2004). Nous avons constaté que ce type d'entretien faisait appel à des outils cliniques différents de ceux inclus dans la formation de base des professionnels de la santé. Il implique une position beaucoup moins active du soignant qui doit pouvoir tolérer de recevoir, écouter, contenir et aller chercher des vécus émotionnels que chacun a spontanément tendance à fuir pour s'en protéger, que ce soit les patients ou les soignants. Ces vécus provoquent une charge émotionnelle intense chez la sage-femme qui doit en être consciente pour pouvoir ne pas s'en effrayer ni s'en défendre. Les premières formations à l'Entretien Prénatal genevois, dispensées par la HES-SO ont été très instructives à cet égard; elles ont donné beaucoup de place à l'enseignement de l'écoute et de la réceptivité à la souffrance psychique.

La sage-femme peut soutenir

L'écoute et l'accueil de la souffrance psychique de la mère n'aident pas qu'au dépistage, ils sont en soi thérapeutiques. Une dépression ou un trouble anxieux débutant peuvent souvent être contenus par une attitude empathique et calme. Le fait de ne pas se sentir jugée et de constater que ses plaintes n'effraient pas la sage-femme, permet de diminuer une grande partie de l'angoisse de la femme face à son état. Elle peut ainsi mieux faire appel à ses propres ressources pour faire face à la situation.

La sage-femme peut orienter

Lorsque l'aide de la sage-femme ne suffit pas, elle peut orienter la femme vers d'autres soins. Une bonne connaissance du réseau de soin local et de la manière de travailler en réseau est alors primordiale. Avec l'augmentation des familles à risque multiples, précaires ou très fragiles, l'ensemble des professionnels de la périnatalité est soumis à la nécessité de modifier sa manière de travailler. Le travail en réseau devient une nécessité; il implique d'apprendre à bien se connaître, de respecter la spécificité et l'utilité de chaque profession, d'oser et de prendre le temps de se parler, de savoir comment et quoi communiquer. Ce champ est en pleine expansion. A cet égard, les travaux et les formations dispensées par la pédopsychiatre Françoise Molénat sont précieux (Kojayan, 2016).

La souffrance psychique fait peur!

Elle effraie autant les patients que les professionnels. Nous cherchons donc à l'éviter par tous les moyens, conscients et inconscients, ce qui constitue l'obstacle le plus important pour aider nos patients, en particulier durant la période périnatale. La peur ressentie par les soignants accentue celle des patients, provoquant un cercle vicieux inconscient dont il n'est pas aisément de sortir.

Un des moyens d'y faire face est l'information et la formation. Mieux les professionnels de la santé connaissent ces pathologies, moins ils en sont effrayés. Les formations pratiques, les jeux de rôle et les mises en contexte permettent de franchir une étape supplémentaire: pouvoir ressentir et supporter la déstabilisation provoquée par ces patientes sur le soignant, afin de ne pas s'en défendre et de pouvoir adopter une attitude d'aide.

Bibliographie

- Correia, L. L. et al. (2007) Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. «Revista Latino-Americana de Enfermagem», 15(4):677-83.
- Cox, J. L. et al. (1987) Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. «British Journal of Psychiatry», 150:782-6.
- Kojayan, R. et al. (2016) Grossesse et souffrance psychique. Précis de nouvelles pratiques. Ed. Sauramps Medical
- Molénat, F. (2004) Périnatalité et prévention en santé mentale: collaboration médicospsychologique en périnatalité: rapport. Mission DHOS.
- Nanzer, N. (2009) La dépression postnatale, sortir du silence. Editions Favre.
- Nanzer, N. et Epiney M. (2013) Entretien prénatal genevois: préparer à la parentalité et dépister les troubles émotionnels. «Revue Médicale Suisse», 9:1841-5.
- Spielberger, C. D. et al. (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. «Consulting psychologists Press», Inc.
- Viguera, A. C. et al. (2007) Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. «American Journal of Psychiatry», 164(12):1817-24.