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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 120 (2022)

Heft: 1-2

Artikel: En souffrance psychique, elles donnent la vie

Autor: Delouane-Abinal, Aurélie / Serrano, Vanda / Bartute Diaz, Shadya

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1002336

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: 12.07.2025

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

En souffrance psychique, elles donnent la vie

Les incidences de la grossesse chez des femmes souffrant de troubles psychiatriques sont aujourd'hui mieux appréhendées par les équipes médicales. Toutefois, les complications qu'ils engendrent invitent à affiner l'accompagnement de ces femmes et à mieux diffuser les savoirs autour de ces troubles. Les auteures de cet article, sages-femmes et infirmières en service de psychiatrie, les passent ici en revue pour offrir des pistes de suivi adapté.

TEXTE:
AURÉLIE DELOUANE-ABINAL, VANDA SERRANO,
SHADYA BARTUTE DIAZ, MILENA LESQUEREUX, SABRINA DELEAN

Pour beaucoup de femmes, la période périnatale est une période de grande vulnérabilité sociale, émotionnelle et physique qui peut avoir un impact profond sur leur sentiment d'identité, leur santé mentale et leur bien-être psychique (Monzon *et al.*, 2014). Les estimations indiquent que «entre 15 et 25 % des femmes ont ou développent un problème de santé mentale pendant cette période, majoritairement une dépression et/ou de l'anxiété» (Khan, 2015).

Si ces difficultés sont relevées dans de nombreuses grossesses, comment s'expriment-elles pour les femmes qui ont été diagnostiquées d'un trouble psychiatrique? Il y a eu, au fil des années, un véritable changement de paradigme autour des perceptions de la parentalité auprès de ces femmes. En effet, si à une époque, elles étaient enfermées et subissaient de lourds traitements (injections de contraceptifs ou interruptions de grossesse sans consentement), aujourd'hui, leur grossesse n'a plus rien d'exceptionnel. Ainsi, il est donc de plus en plus fréquent de rencontrer ces mères au cours de leur grossesse. Néanmoins, la répercussion des problématiques psychiques peut engendrer des complications obstétricales telles qu'un accouchement prématuré, un faible poids néonatal, une hypertension gestationnelle et une augmentation de la mortalité périnatale infantile et maternelle (Grigoriadis *et al.*, 2011).

Avec ou sans trouble psychique, la grossesse reste une période critique dans la vie d'une femme. Si l'impact des problèmes de santé mentale périnataux se font sur les femmes elles-mêmes, ils se répercutent également sur leur famille et leur communauté, et affectent au final le développement mental, physique, émotionnel et psychosocial des nourrissons (Kendig *et al.*, 2017).

Il est donc primordial de mieux comprendre ces différentes problématiques afin de permettre une détection précoce de tout changement de l'état psychique et ainsi, nous permettre d'adapter nos prises en soins et nos interventions auprès de ces femmes en situation de vulnérabilité.

«Entre 15 et 25 % des femmes ont ou développent un problème de santé mentale pendant la période périnatale.»

KHAN, 2015

Epidémiologie des troubles psychiatriques

La santé mentale se définit comme «l'état de bien-être grâce auquel une personne peut réaliser son potentiel, surmonter les tensions normales de la vie, travailler de façon productive et apporter sa contribution à la société» (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014 *in* sans auteur (s. d.); voir aussi OMS, 2019). Selon Chai (2017), 47 % des femmes sont considérées comme étant à haut risque de développer des troubles mentaux, comparativement à 36 % des hommes. Les femmes sont presque deux fois plus susceptibles de développer une dépression. Celles qui ont subi des traumatismes (violence physique ou sexuelle dans l'enfance, parcours migratoire complexe) sont trois à quatre fois plus susceptibles de souffrir de dépression une fois devenues adultes (OMS, 2017).

En outre, la migration, volontaire ou forcée, est un facteur de risque d'insécurité et d'instabilité qui peut venir fragiliser la santé périnatale des femmes, ce que relève Jan-Hess (2015) dans les pays occidentaux confrontés à une augmentation de la migration. Les femmes réfugiées sont parmi les plus vulnérables et à risque de présenter des difficultés d'ordre psychologique ou interpersonnel comme des problèmes de couple ou de la violence conjugale (Goguikian Ratcliff *et al.*, 2011).

Cependant, des différences frappantes existent entre les sexes: la comorbidité, l'invalidité et l'utilisation des services sont plus fréquents chez les femmes (Papaniko *et al.*, 2015).

Trouble psychiatrique en périnatalité

Au cours de la période périnatale, la prévalence des épisodes psychiatriques, tous types confondus, est élevée (10-20 % au cours de la grossesse), qu'il s'agisse d'une rechute d'un trouble psychiatrique préexistant ou d'un premier épisode (Cohen & Nonacs, 2005). Si les sages-femmes sont particulièrement sensibilisées aux troubles

AdobeStock

dépressifs de type baby-blues ou dépression du post-partum, elles connaissent moins les différents troubles de personnalité, les troubles affectifs (plus particulièrement le trouble bipolaire) ou encore les troubles psychotiques. La méconnaissance de ces pathologies rend souvent complexe ces prises en soins.

Dans cet article, les auteures se focalisent sur les troubles les plus couramment rencontrés au sein des Lits Médico-Psychiatriques (LMP) de l'Unité Hospitalière du Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise (ex-UPHA) au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (voir encart).

La pathologie en psychiatrie est définie comme une rupture dans l'équilibre psychique de l'individu. Dans les grandes lignes nous pouvons dire que les problématiques psychiques s'organisent en trois axes principaux: la névrose, la psychose et les états-limites. Dans cet article ne seront abordés que les pathologies relevant des troubles psychotiques, les problématiques névrotiques telles que la dépression les troubles anxieux étant plus régulièrement abordées auprès des sages-femmes.

La psychose

Contrairement à la névrose, l'individu n'a pas conscience de ses troubles et perd contact avec la réalité. On distingue parmi les plus connus la schizophrénie et les troubles de l'humeur.

La schizophrénie

Madame A., 40 ans, vit en couple et a 3 enfants dont un nouveau-né de 5 jours.

Elle est suivie par son médecin traitant pour un état dépressif depuis sa seconde grossesse, avec présence de symptômes psychotiques. Depuis son accouchement, une voix lui intime l'ordre de «jeter son bébé au sol», elle dit d'ailleurs qu'elle voit du sang sur le visage de l'enfant. Elle relate que la veille, elle voyait le berceau bouger seul. Madame A. arrive à peine à identifier ces éléments comme des hallucinations et à les critiquer. Elle reconnait les percevoir depuis plusieurs années.

Une réunion pluridisciplinaire entre psychiatres, pédiatres et obstétricien·ne·s est organisée en présence de Madame A. et de son compagnon. Il en résulte un projet d'hospitalisation au LMP pour Madame tandis que son bébé sera accueilli en pédiatrie le temps de stabiliser son état psychique. Cette dernière souhaite préserver son allaitement durant son séjour, ayant allaité ses deux ainés jusqu'à l'âge de 2 ans.

Ainsi, un traitement a été mis en place afin de limiter les manifestations de la pathologie psychique. Si dans un premier temps, l'allaitement a été stimulé par utilisation du tire-lait et le lait jeté, dès que la médication a pu être adaptée, la maman a pu le reprendre en respectant la demi-vie du traitement (tétées à distance des prises de psychotropes). Au fur et à mesure de la stabilisation de l'état psychique de Madame A., sa fille a pu venir la visiter dans l'unité. Après deux semaines d'hospitalisation dont une conjointe avec son bébé, Madame A. est rentrée à domicile, épaulée par des éducateurs de l'Action Educative en Milieu Ouvert.

Définition, épidémiologie, symptomatologie

La schizophrénie est un trouble psychique d'étiologie multifactorielle qui se manifeste cliniquement par des symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations,...), des symptômes négatifs (limitation cognitive, repli sur soi, retrait social, émoussement des affects,...) (DSM-V). Des symptômes de désorganisation peuvent être associés (discours décousu, comportement incohérent, etc.).

Elle est considérée comme la psychose chronique la plus fréquente, estimée à 1% de la population générale. Les études récentes ont montré qu'il y aurait une part génétique dans le développement de la pathologie.

Généralement, le premier épisode se produit vers la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine. Il peut être d'apparition soudaine ou progressive. Dans les symptômes précoces on retrouve des modifications de l'humeur, des habitudes de sommeil et/ou de l'appétit, une perte d'énergie et/ou de motivation, un isolement, des difficultés de concentration et des pertes de mémoire. Ces éléments sont souvent source de problèmes au travail ou à l'école. Dans les symptômes plus spécifiques, on peut retrouver une perturbation de la perception, des hallucinations auditives, visuelles, olfactive, tactiles ou cénesthésiques (entendre des voix, voir, sentir ou percevoir des choses qui n'existent pas), des délires (croyances et jugements bizarres ou clairement injustifiés, par exemple, croire que l'on peut lire dans nos pensées).

Prise en charge

L'apparition d'une schizophrénie durant la période périnatale est rare. La difficulté de prise en charge réside dans la compliance de la femme à effectuer le suivi de grossesse et ne pas interrompre son traitement et son suivi psychiatrique. Une fois l'enfant né, le risque de décompensation reste important du fait des bouleversements psychiques et de la nécessité de prendre soin du bébé (souvent dans les neuf mois suivant la naissance).

L'apparition d'une schizophrénie durant la période périnatale est rare. La difficulté de prise en charge réside dans la compliance de la femme à effectuer le suivi de grossesse et ne pas interrompre son traitement et son suivi psychiatrique.

Dans les schizophrénies, le retentissement des troubles maternels sur le développement de l'enfant est important en raison de la chronicité de la maladie et des difficultés relationnelles qui en découlent. Les facteurs pronostics majeurs sont la place du soutien familial et social et l'adhésion de la patiente aux soins. Une coordination avec une équipe interdisciplinaire est indispensable pour évaluer les capacités de la mère à s'occuper de son nouveau-né. L'ensemble de ces éléments peuvent entrainer la nécessité de proposer une hospitalisation en psychiatrie dans une unité mère-bébé.

La grossesse comme l'allaitement sont des périodes particulières nécessitant une adaptation du traitement psychotrope ou stabilisateur de l'humeur. En effet, il faut prendre en compte que les médicaments peuvent passer la barrière placentaire ou être ingérés par l'enfant lors de l'allaitement. La décision d'utiliser un médicament durant la période périnatale doit s'appuyer sur l'indication clinique, son efficacité et sa toxicité potentielle pour la mère et le fœtus. Pour toute situation, un avis pharmacologique est indispensable afin évaluer la balance bénéfices-risques entre les risques tératogènes des traitements, de rechutes maternelles, mais également les effets sur le développement du nouveau-né (Belzeaux, 2019).

Si le choix retenu est celui d'un arrêt du traitement, il doit être fait de façon progressive, sous surveillance médicale et avec une attention particulière sur l'évolution des symptômes psychiques.

Les troubles de l'humeur

Madame B., 30 ans, est suivie par son médecin traitant, pour un trouble bipolaire.

Suite à l'annonce de sa grossesse, Madame B. décide d'arrêter le traitement stabilisateur de l'humeur qu'elle prend. Trois mois après son accouchement, elle arrive aux urgences, accompagnée par la police, suite à une notion de menace de défenestration avec son bébé. Elle est agitée au niveau psychomoteur et présente un comportement désorganisé. Elle tient des propos décousus, répétitifs tout en marchant de long en large avec son bébé dans les bras.

Dans l'unité, la patiente reste agitée malgré la réintroduction progressive de son traitement habituel. Dès l'observation d'une amélioration, en accord avec les pédopsychiatres, un rapprochement très progressif du bébé est organisé au travers de visites sous surveillance constante des soignant·e·s.

Après trois semaines, Madame B. rentre à domicile, soutenue par son mari et sa mère.

Définition, épidémiologie, symptomatologie

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur chronique, caractérisé par l'alternance de phases dépressives et de phases hautes (hypomanie ou manie) avec la présence d'intervalles libres.

La prévalence est d'environ 2 %. Le premier épisode survient généralement vers la fin de l'adolescence ou l'âge adulte jeune. Les troubles bipolaires ont été classés parmi les dix pathologies les plus invalidantes selon l'OMS et restent associés à un taux important de suicide (11-19 %).

Chez les femmes connues pour un trouble bipolaire, 23 % présentent des épisodes d'instabilité de l'humeur pendant leur grossesse. La présence de ces symptômes prédit un risque dix fois plus élevé de décompensation durant la période post-partum en raison du rythme de vie chamboulé par les réveils nocturnes du nourrisson durant les premiers mois (période critique entre J10 et J19).

La dépression est la phase la plus invalidante et la plus dangereuse du trouble bipolaire, la grande majorité des gestes suicidaires surviennent lors de cette période. Pour environ deux tiers des personnes avec un trouble bipolaire, la dépression survient juste après un épisode hypomaniaque ou maniaque. Elle peut également être suivie par un épisode de hausse de l'humeur à la sortie de la phase dépressive.

Prise en charge

Les symptômes tels que la labilité de l'humeur rendent la prise en charge complexe durant la période prénatale et post-partum. La stabilité du trouble de l'humeur est étroitement liée à l'hygiène et les habitudes de vie comme au respect du rythme circadien.

Les états limites

Ce trouble se définit sur le plan structural comme à la frontière entre une structure névrotique et une structure psychotique.

Personnalité limite ou trouble borderline

Madame C. 3G1P est hospitalisée à 31 SA pour trouble de la personnalité borderline et une toxicodépendance active à la cocaïne. Elle est d'origine étrangère sans domicile fixe. Elle présente des comportements instables et impulsifs entrainant une discrépance dans la prise en charge médico-infirmière. Madame C. idéalise certains membres de l'équipe soignante et est inversement dans le reproche et la critique des autres. Elle présente des colères intenses et inappropriées, insulte et prend à partie les autres patient·e·s de l'unité dans les moments de frustration ou de tension interne. Dans ces moments, Madame C. se présente impulsive, annonçant vouloir faire adopter son enfant.

Les LMP des Hôpitaux universitaires de Genève

Les Lits Médico-Psychiatriques (LMP) de l'Unité Hospitalière du Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise (anciennement UPHA) est créée en 1999, a pour mission d'apporter des soins somato-psychiatriques aux patientes souffrant d'une problématique psychique. Depuis le début des années 2000, l'unité accueille également des patientes présentant des troubles psychiques durant la période du péri partum. La localisation au cœur de l'hôpital général, lui permet de bénéficier du plateau médico-technique et la place à proximité des services de pédiatrie et d'obstétrique. L'équipe médico-infirmière collabore pour cela avec les équipes sages-femmes de la maternité, les pédopsychiatres mais aussi avec les services de protection maternelle et infantile.

Posture professionnelle

Quelques pistes de réflexion:

- travailler sur son vécu, ses représentations et ses idéaux de la parentalité;
- être attentif·ve à ses projections, ses attentes, ses représentations;
- être vigilant·e à ses mécanismes de défenses dans les situations rencontrées;
- oser se positionner dans les prises de décision;
- réfléchir à sa posture face aux situations de séparation entre la mère et son enfant.

Dans les moments, ou Madame C. ne présente pas de tension interne, elle investit sa grossesse et l'enfant à naitre. Malgré une polytoxicomanie, Madame C. parvient à se mettre à l'abri des consommations durant son séjour. Elle reste hospitalisée jusqu'au terme de sa grossesse. Après un accouchement par césarienne, Madame refuse de poursuivre l'hospitalisation et sort en laissant son bébé en pédiatrie. Elle gardera un contact ponctuel avec lui et le bébé sera finalement placé en foyer d'urgence.

Définition, épidémiologie, symptomatologie

Le DSM-V souligne un développement altéré du sens de l'identité personnelle et du fonctionnement interpersonnel. Il s'agit «d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers».

Le trouble de personnalité limite touche environ 2 % de la population générale et concerne, pour 75 % des cas, des femmes. La gravité du trouble borderline réside dans le taux de suicide qui peut atteindre jusqu'à 10 % de ces patients (National Institute of mental health, s. d.).

Le trouble de personnalité borderline est caractérisé par une instabilité affective et psychologique qui se répercutent dans au moins deux des domaines suivants: la cognition, les émotions, le contrôle des impulsions et les relations interpersonnelles. Il peut engendrer des comportements para suicidaires (souvent sur un mode réactionnel) qui peuvent aboutir au décès sans que la personne ait conscience d'un tel risque.

Le trouble de personnalité limite se manifeste généralement par un fort sentiment d'insécurité interne, une intolérance à la frustration et une hypersensibilité. Le mode relationnel oscille constamment entre «l'amour et la haine».

Prise en charge

Durant la grossesse, le·la soignant·e doit s'adapter à la temporalité et à l'ambivalence des futures mamans qui alternent entre mouvements de rejet et moments d'attachement intense à l'enfant à venir. Ces mouvements sont dépendants du contexte émotionnel immédiat de la parturiente.

Pour la période postnatale, la patiente borderline est souvent moins perméable et moins structurée dans ses interactions avec l'enfant. Il est compliqué pour elle de s'ajuster au nourrisson et le plus souvent elle oscille sans transition entre une position de rapprochement-excitation puis d'éloignement et d'abandon. L'identification de leurs besoins est prioritaire à ceux de l'enfant.

Le risque majeur pour ces femmes reste durant la période périnatale la mise en danger par leur impulsivité. Elles ont besoin d'un étayage dans la relation et de la mise en place d'un cadre contenant et rassurant. La communication entre les différents intervenants doit être continue et l'échange d'information régulier afin de limiter le risque de clivage.

Créer un contexte favorable au changement

En somme, les interactions émotionnelles et comportementales se développent au fil du temps et ce, dès l'annonce de la gros-

Références

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2015) Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. AWHONN position statement *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing;* 44(5), 687-689. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12734

Belzeaux, P. (2020) Henri Ey, lecteur du Stade du miroir de Jacques Lacan (sans Wallon, avec Baldwin). *L'information psychiatrique;* 96(6), 469-477.

Chai, C. (2017) These 3 groups are at "high risk" of mental health issues in Canada. Here's why. Globalnews.ca. https://globalnews.ca

Cohen, L. S. & Nonacs, R. M. (2005) Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum *(Review of psychiatry,* volume 24). in: A. A. Wyszynski & B. Wyszynski (Eds.) Manual of psychiatric care for the medically ill. American Psychiatric Publishing, Incl., Arlington, VA.

Goguikian Ratcliff, P. *et al.* (2014) Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones. Rapport final pour l'Office de la santé publique. www.unige.ch

Grigoriadis, S., de Camps Meschino, D., Barrons, E., Bradley, L., Eady, A., Fishell, A., ... & Ross, L. E. (2011) Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women's Mental Health;* 14(4), 325-333. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0223-5

Jen Hess, I. (2015) Les fragiles maternités des femmes migrantes. *Tribune de Genève;* 8 novembre. www.tdg.ch

Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., ... & Insel, T. R. (2015) Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers;* 1(1), 1-23. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67

Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A., ... & Lemieux, L. A. (2017) Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstetrics and Gynecology;* 129(3), 422-430. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902

Monzon, C. *et al.* (2014) Postpartum Psychosis: Updates and Clinical Issues. *Psychiatric Times;* Vol 31 No 1, Volume 31, Issue 1, January 15. www.psychiatrictimes.com

National Institute of mental health (s. d.) Borderline Personality Disorder. www.nimh.nih.gov

Organisation mondiale de la Santé (2017) Journée mondiale de la santé mentale 2017 – la santé mentale au travail. www.who.int

Organisation mondiale de la santé (2019) Santé mentale. www.who.int

Papaniko, G. *et al.* (2015) La santé mentale au féminin: entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux? *Revue médicale suisse.* www.revmed.ch

Sans auteur (s. d.) La santé mentale des femmes. https://homewoodhealth.com

Sans auteur (2019) Psychoses émergentes, 1/2. *L'information psychiatrique;* 2 (Volume 95). www.cairn.info

sesse particulièrement dans les situations où l'enfant même in utero, manifeste sa présence et exprime un besoin d'attention, de réconfort, de soutien et de sécurité. Cependant la création et l'évolution du lien sont entravées par la pathologie. La capacité des parents à percevoir, interpréter et réagir adéquatement aux besoins de leur enfant influe la qualité de leur relation d'attachement. C'est pour cela que le rôle du·de la soignant consiste à étayer et à renforcer le lien, tout en favorisant une approche centrée sur la famille afin de répondre aux besoins de chacun.

Le rôle du·de la soignant consiste à étayer et à renforcer le lien, tout en favorisant une approche centrée sur la famille.

Le soutien à la parentalité a une importance majeure dans ces situations. L'équipe interdisciplinaire joue un rôle indispensable pour accroître le sentiment de compétences des patientes et de leur famille face aux difficultés qu'engendre une problématique de santé. Elle a la responsabilité de créer un contexte favorable aux changements en offrant un cadre sécurisant, les aider à accroître leur autonomie dans leur expérience de santé, tout en gardant en tête que les patientes possèdent leurs forces, leurs compétences et les habilités nécessaires pour favoriser leur résilience (voir encart).

AUTEURES

Aurélie Delouane-Abinal, infirmière sage-femme Msc spécialiste clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève.
Vanda Serrano, infirmière Spécialisée en Psychiatrie et Obstétrique aux Hôpitaux universitaires de Genève.
Shadya Bartute Diaz, infirmière, CAS en périnatalité aux Hôpitaux universitaires de Genève.
Milena Lesquereux, infirmière en Psychiatrie, Certifiée Brazelton aux Hôpitaux universitaires de Genève.
Sabrina Delean, infirmière responsable de l'équipe de soins, Lits Médico-Psychiatriques.

Une sage-femme en psychiatrie: témoignage

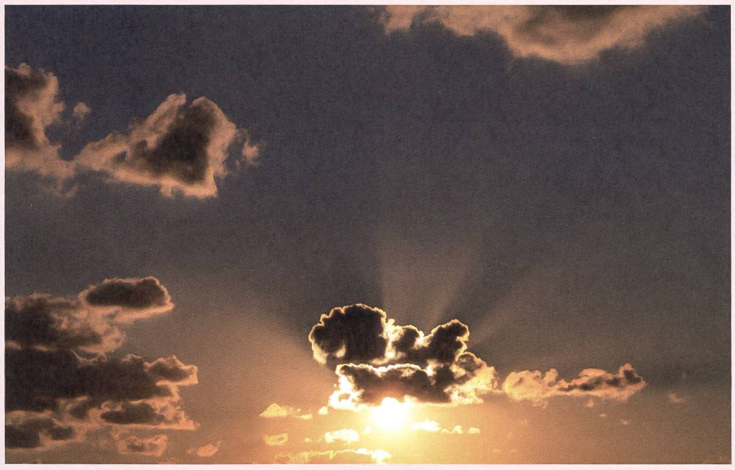
Véronique Goy, sage-femme indépendante, a travaillé sept ans en collaboration avec le service de psychiatrie adulte de Prangins, qui a accueilli jusqu'à l'automne 2019 les mères en situation de fragilité psychique ou atteintes dans leur santé mentale avec leur bébé. Elle revient dans cet entretien sur la spécificité de cette structure et la complémentarité entre sage-femme et équipe soignante, permettant un travail d'accompagnement structuré et sécurisant pour la patiente… comme pour la sage-femme.

Obstetrica: Quelle était la spécificité du suivi offert dans l'unité où vous travailliez?

Véronique Goy: Il s'agissait d'une unité d'hospitalisation psychiatrique; la mère et son enfant étaient hospitalisés ensemble d'emblée, même si la mère était fragile psychiquement et/ou atteinte dans sa santé mentale, et donc incapable par moments de faire face aux tâches du quotidien et de s'occuper de son bébé. Le bébé était installé la nuit dans une chambre *nursery* séparée, à côté de celle de la mère, permettant à cette dernière de se reposer; la journée cela permettait de profiter de chaque instant de disponibilité maternelle, comme de petites portes qui s'ouvraient, pour travailler l'accordage mère-bébé.

Comment s'est mise en place votre collaboration de sage-femme au sein de cette unité de psychiatrie?

Cette collaboration a débuté il y a sept ans, au départ il n'y avait pas de sage-femme au sein du service, je venais comme consultante



iStock

«J'ai découvert une vraie complémentarité entre infirmières en psychiatrie et sage-femme.»

VÉRONIQUE GOY

externe. Je venais faire ma visite, et m'occupais aussi des soins du bébé, j'apportais un regard que n'avaient pas forcément les infirmières en psychiatrie adulte. Puis les assurances ont cessé de rembourser ces visites ambulatoires, et nous avons cherché comment engager une sage-femme dans le service. Un groupe de travail a été créé, auquel j'ai pu participer, pour mettre au point une unité avec une sage-femme et une infirmière en psychiatrie, qui permettrait de travailler la relation mère-bébé. Il a abouti au bout d'une année, et cinq ans après mes débuts j'ai été engagée au sein du service; j'y travaillais deux fois par semaine en horaire de douze heures en binôme avec une infirmière en psychiatrie. Une fois par semaine, un pédopsychiatre venait dans le service en tant que consultant.

Cette unité mère-bébé était installée au dernier étage du bâtiment, avec une vue magnifique sur le lac. C'était un étage calme de l'hôpital, avec d'autres patient·e·s stables. Il y avait une cuisine, un petit salon; le cadre était privilégié pour ces mamans, il y a un parc avec de vieux arbres pour les promenades… Nous avons arrangé une pouponnière en transformant une chambre, avec table à langer, baignoire, deux petits lits, tapis d'éveil, fauteuil d'allaitement, dessins pour enfants aux murs pour créer une ambiance douce. Tout n'était pas encore parfait, mais nous commencions à fonctionner vraiment bien, aussi en tant qu'équipe.

Puis la direction de service a changé et l'unité a été fermée. Aujourd'hui les mères qui ont besoin d'un soutien sont hospitalisées sans leur bébé.

Il est vrai que ce genre de suivi coûte cher et représente un investissement financier lourd, sans bénéfice immédiat pour l'établissement qui accueille. Mais c'est un pourcentage faible de familles qui bénéficient de ce genre d'infrastructures, qui sont indispensables: c'est toute la société qui en bénéficiera plus tard!

Qu'apporte la collaboration entre équipe de psychiatrie et sage-femme?

J'ai découvert une vraie complémentarité entre infirmières en psychiatrie et sage-femme. A travers le soin, nous avons eu beaucoup de discussions, de partages de points de vue. Je les ai éveillées aux besoins du bébé, qu'elles mettaient en perspective avec les limitations de la maman, nous essayions de trouver des chemins qui conviennent à tout le monde, c'était une alliance dans laquelle nous nous influencions mutuellement, pas un combat dans la compétitivité mais dans la complémentarité pour le bien-être de nos dyades mère-bébé. Chacune apportait ses compétences propres. C'est une chance aussi que nous nous soyons bien entendues comme personnes.

Quel était votre rôle plus précisément, en tant que sage-femme?

Mon rôle était de donner de la place aux besoins des bébés et de les intégrer aux soins en prenant en compte les limitations de la maman selon son état psychique du moment. Quand je venais dans l'unité, je m'occupais des mères et des bébés, et les infirmières s'occupaient des autres patient·e·s.

En tant que sage-femme j'offrais aux mamans un espace «hors psychiatrie», je leur disais «Je suis là car vous êtes maman, tout simplement.» Et elles le sentaient, cela a aussi contribué à leur bien-être et les a portées sur leur chemin. Cela fonctionnait car j'avais une belle collaboration avec les infirmières…

Justement, pourquoi cet intérêt pour la psychiatrie dans votre parcours de sage-femme et comment vous y êtes-vous formée?

Une fois j'avais été appelée en urgence pour une femme qui était très décompensée, il fallait faire des contrôles pour le bébé, le psychiatre responsable avait observé que j'avais pu entrer en contact avec cette maman, et la connecter avec son bébé, et m'a proposé de collaborer de manière plus formelle. J'ai également suivi de nombreuses formations orientées pédopsychiatrie, sur l'observation, le développement de l'enfant, son environnement. J'ai aussi suivi quelques formations en psychologie, et je songeais même à faire une formation en santé mentale, mais puisque le service a fermé j'y ai renoncé. Si j'avais quinze ans de moins je le ferais quand même.

Pourquoi la psychiatrie peut-elle faire peur?

Face à ces mamans, il faut oser, ne pas avoir peur de se remettre en question et de faire face à ses propres failles. J'ai aussi eu la chance d'être soutenue et accompagnée au début par le psychiatre et l'infirmière, ce qui m'a permis de faire mon travail de sage-femme! Après, avec l'habitude, j'ai appris à comprendre ces mamans, je savais ce qu'il fallait faire ou ne pas faire pour entrer en contact avec elles, trouver une «porte d'entrée».

Aujourd'hui, que diriez-vous que ce travail si particulier a apporté à votre pratique?

Je me rends compte que mon approche quand j'arrive dans une famille, a changé. Par exemple, une dame m'a appelée pour son bébé de neuf mois, elle voulait sevrer. Je les ai observe une tétée, je lui dis simplement ce que j'ai observé… et la maman me dit «Comment vous avez pu voir tout ça? Je me rends compte avec ce que vous dites que je ne suis en fait pas encore prête».

Ou bien, une autre dame m'appelle pour me parler de son bébé de deux ans et demi qui tète toujours toutes les deux heures la nuit. Je vais chez elle avec toute ma théorie, en me disant «C'est un bébé qui doit être angoissé», mais sur place j'observe tout autre chose. On apprend donc sans cesse qu'il faut rejoindre la maman où elle est, au lieu de lui dire ce qu'elle doit faire. En somme, j'ai surtout appris à me rendre disponible, au lieu de vouloir montrer ce qu'il faut faire et comment le faire.

J'ai été formée il y a trente ans. Aujourd'hui, on est dans une approche plus technique, moins dans le soin à l'âme, à la personne. Il n'y a plus ce temps, le temps de la réparation, de la naissance psychique. Souvent les dames, si on prend le temps, si on leur offre un espace elles peuvent déposer. Mais cela nécessite de ne pas compter son temps de visites. On ne peut pas entrer sur ces terrains en cinq minutes… Il y a des femmes pour lesquelles le premier rendez-vous est tellement important. Je les laisse me raconter ce qu'elles ont vécu, cela peut être d'une telle violence si personne ne le recueille. Dans les situations où elles ont vécu une naissance traumatique par exemple: si on ne travaille pas sur le vécu, sur l'émotion, ça reste une plaie vive, qui se réactivera. Parfois leur blessure et leur malaise ne sont pas légitime pour elles, finalement elles se disent «je vais bien et le bébé va bien, alors… » Alors que rien que de raconter et reconnaitre que ce qui s'est passé a été violent, en reprenant ce que l'équipe a fait, cela peut les aider. L'idée n'est pas de critiquer ce qui s'est fait à l'hôpital, mais de comprendre ce qui s'est passé.

«Il n'y a plus ce temps, le temps de la réparation, de la naissance psychique.»

VÉRONIQUE GOY

Quelle forme de reconnaissance y a-t-il à ce travail?

La tendresse et la joie d'un regard échangé entre un bébé et sa maman reste la plus belle récompense: voir l'émerveillement dans les yeux d'une mère qui était en difficulté et qui a le regard plongé dans celui de son enfant, c'est la première des reconnaissances.

Et puis, la collaboration avec l'hôpital psychiatrique continue de manière ponctuelle, et c'est déjà très encourageant. Je me souviens aussi d'une situation où une collègue m'a appelée, elle voulait hospitaliser une maman. J'ai pu lui offrir une forme d'écoute, l'aiguiller par des questions, de petites phrases, cela a débloqué la situation sans nécessité d'hospitaliser la maman. C'est juste une écoute. Ou parfois je les oriente vers un·e psychologue ou un·e psychiatre. Je me sens un peu comme une sentinelle.

A l'hôpital j'avais le support, le soutien de toute une équipe, et c'est plus lourd de se retrouver seule à domicile: c'est un apprentissage continuel… J'aimerais avoir une supervision mais cela impliquerait de me la payer moi-même. Et déjà que nous ne sommes pas payées pour tout le travail de réseau que nous faisons, c'est compliqué[1]. Mais je le fais tout de même chaque fois que j'en ressens le besoin, c'est indispensable pour continuer.

Propos recueillis par Jeanne Rey.

ENTRETIEN AVEC

Véronique Goy,
sage-femme indépendante.

Antje Kroll-Witzer

[1] A ce propos, voir aussi l'article p. 34 de cette édition.