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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 121 (2023)

Heft: 6

Artikel: Les dépressions périnatales : hier et aujourd'hui

Autor: Arena, Francesca / Epiney, Manuella

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1041656

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: 16.07.2025

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

Les dépressions périnatales: hier et aujourd'hui

Adobe Stock

Dans ce texte écrit à quatre mains, une historienne de la santé et une obstétricienne croisent leur regard sur la dépression périnatale et en tracent un état des lieux des connaissances à la fois épistémologique et médical. Un dialogue original et instructif, sur un problème aigu de santé publique.

TEXTE: FRANCESCA ARENA ET MANUELLA EPINEY

Les dépressions périnatales frappent de nombreuses femmes comme en attestent la pratique clinique des sages-femmes, des médecins, des psychiatres et la littérature scientifique. Elles sont mises actuellement au centre de politiques de prévention de santé, notamment en raison du risque sur la santé psychique maternelle et celle de l'enfant. Au regard de l'histoire elles prennent une dimension plus complexe, relevant les constructions de genre de la parentalité.

Les troubles de la maternité dans le passé

Les dépressions périnatales ont une très longue histoire. On peut en suivre les traces jusqu'à la médecine ancienne, où il est difficile de les séparer des délires provoqués par les infections puerpérales. C'est le cas par exemple du corpus hippocratique: dans les *Epidémies*, on trouve la référence d'une femme prise de frénésie après un accouchement laborieux et qui décéda des suites des couches.

En effet, pendant une très longue période, les médecins – des hommes – n'accordent pas une importance spécifique à ces maladies puisqu'elles sont intégrées dans une économie générale des maladies féminines, pour la plupart du temps interprétées comme des pathologies utérines: encore au 18e siècle, on considère que si la femme a du délire après ses couches c'est à cause du sang ou du lait qui ont monté à la tête.

Dans le cadre d'une médecine essentiellement humorale, les fluides féminins sont en effet fabriqués par la matrice (utérus) et provoquent toutes sortes de maladie, organiques mais aussi mentales. Si donc jusqu'à la fin du 18e siècle encore, il n'y a pas de transformations majeures concernant les savoirs et l'interprétation de ces maladies, on peut trouver dans des textes de médecine pratique des pistes intéressantes.

Louise Bourgeois

C'est le cas par exemple du travail d'une sage femme ayant vécu entre les 16e et 17e siècles: il s'agit de Louise Bourgeois (1563-1636) sage-femme de la Reine de France, Marie de Médicis. En 1609 elle publie *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz*. C'est ici que parmi ses observations on trouve l'histoire «D'une femme que j'ay accouchée de enfin laquelle devenoit folle courant les rues, le cinquième tour de ses couches, & comment elle tombant au pareil accident en fut retirée».

Dans une description de cinq pages, Bourgeois raconte ainsi l'histoire d'une femme devenue «folle» à deux reprises à la suite de deux de ses trois accouchements. La première fois l'enfant décéda dans le ventre de la mère qui fut saisie après d'une folie qui dura plusieurs années: «Environ cinq ou six jours après son accouchement l'esprit luy tourna & fut tellement folle quatre ans durant qu'il ne se veid jamais rien de semblable, car elle allait malgré son mari et ceux qui la gardaient, toute nue sans chemise dans le rue, et se fourrait dans les maisons où elle faisait frayeur à ceux qui la voyaient» (p. 106). Bourgeois nous dit par la suite que la femme se rétablit et accoucha ensuite d'une fille sans complication. Mais que la folie se présenta à nouveau à la suite de son troisième accouchement.

Au-delà de la description du cas clinique, le traité de Bourgeois se révèle intéressant car elle envisage la nécessité de la présence d'une sage-femme à coté de la femme pour la réconforter et la tranquilliser. Conjointement à la prescription de remèdes et d'une interprétation qui fait de l'encombrement des humeurs dans le corps la cause principale de la maladie, Bourgeois énonce l'importance de l'accompagnement: «Ce que je peux faire fut de la bien nourrir, luy donner courage, luy céder un peu connaissant son esprit léger» (Ibid).

Folie puerpérale

Malgré ces quelques exceptions, il faudra cependant attendre la fin du 18e siècle pour qu'une attention différente soit portée aux troubles de la maternité. Au moment où la société redéfinit les frontières de genre et assigne la femme au rôle de mère, la médecine s'intéresse de plus en plus aux déviances féminines. L'infanticide devient un crime sanctionné par les codes pénaux et on y cherche des circonstances atténuantes du côté de la folie. Des nouvelles spécialités médicales naissent, dont une qui va se consacrer entièrement à l'investigation de la folie: l'aliénisme (l'ancêtre de la psychiatrie). C'est là, au tournant des 18e et 19e siècles, qu'on assiste à la création d'un diagnostic spécifique: celui de «folie puerpérale». C'est notamment le médecin aliéniste Jean-Etienne Esquirol qui va lui donner une impulsion, car il observe à l'asile de la Salpetrière que, parmi les internées, les mères présentent des formes de folie spécifiques. Au delà d'une série de controverses autour de l'étiologie et de la sympthomologie, le diagnostic se stabilise au cours du 19e siècle et il devient courant.

Dans un dictionnaire de médecine, publié en 1872, on peut ainsi lire à l'entrée «folie puerpérale»: «Cette espèce comprend toutes les formes d'aliénation qui se développent chez la femme, à l'occasion des différentes phases des fonctions génératrices, la gestation, la

Encore au 18e siècle, on considère que si la femme a du délire après ses couches c'est à cause du sang ou du lait qui ont monté à la tête.

La folie puerpérale en quatre stades («Puerperal mania in four stages»). Medical Times Gazette, *1858*

Wellcome Collection. Public Domain Mark

parturition, la lactation. Fort bien caractérisée sous le rapport de l'étiologie, cette espèce l'est beaucoup moins bien sous celui des symptômes, car dans la période aiguë elle affecte tantôt la forme maniaque, tantôt l'une des formes mélancoliques» (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. v. 15, Ballière Paris, 1872, p. 258).

Effets

C'est par ailleurs la séparation progressive des psychoses et des dépressions, opérée par la psychiatrie au cours du 20e, siècle qui va permettre de nuancer le diagnostic. La folie puerpérale va donc laisser la place aux psychoses puerpérales et à la dépression du post-partum.

Au delà des transformations interprétatives, il est important de souligner que si pendant longtemps les médecins s'interrogent seulement sur les effets de ces maladies sur la femme, on commence au cours du 20e siècle à s'intéresser aussi au nouveau-né. Les attitudes, les performances, les capacités de la femme à faire mère sont ainsi investigués, à la recherche d'un modèle de maternité qui permette à l'enfant de grandir et de s'épanouir. Le lien mère-enfant devient un paradigme de nombreuses sciences psychologiques traçant les conséquences des dérives maternelles.

Qu'en est-il des pères? Il faudra attendre une période plus récente pour que la médecine sorte d'une vision essentialiste de la parentalité et s'interroge aussi sur les effets néfastes de certains troubles de la paternité.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque d'une dépression périnatale sont:

- Antécédent personnel ou familial de dépression
- Antécédent de dépression du post-partum
- Anxiété périnatale
- Dépression prénatale
- Violence
- Evénements de vie stressants
- Abus de substance
- Absence de partenaire
- Manque de support social
- Bas niveau socioéconomique
- Migration
- Mères adolescentes
- Caractéristiques de l'enfant
- Accouchement vécu comme traumatique
- Longue séparation avec l'enfant à la naissance.

Dépression périnatale: les enjeux de l'accompagnement

La période périnatale est une période de transition et de grande vulnérabilité psychique par l'ensemble des modifications affectives, biologiques et sociétales pour la femme enceinte et au post-partum. Les travaux scientifiques sur la santé psychique maternelle se sont développés dans les années 90 autour la dépression du post-partum, mettant en évidence une prévalence de 10-18 % (formes majeures 3-6 %), et décrivant les caractéristiques cliniques (pic à 2-4 mois et à 6 mois; évolution, symptômes). Les études ultérieures ont démontré l'existence de la dépression prénatale avec une prévalence de 10-20 % (Dayan, 2015). En 2005 l'entité de dépression périnatale est proposée avec une prévalence de 15 %. (Gavin *et al.*, 2005). La spécificité de ce trouble est désormais reconnue, se distinguant du «baby blues» ou des difficultés d'ajustement durant la transition à la parentalité. L'intérêt plus récent autour de la santé psychique paternelle a montré une prévalence de 10 % de dépression périnatale paternelle et jusqu'à 25 % chez les hommes dont la partenaire a une dépression périnatale (Cameron *et al.*, 2016). Dans le concept actuel la dépression périnatale s'inscrit dans la santé mentale périnatale qui recouvre non seulement les troubles de la santé psychique maternelle mais aussi celle du·de la partenaire et des familles. Les troubles psychiques périnataux sont considérés comme la pathologie maternelle la plus fréquente de la période périnatale (Paschetta *et al.*, 2014).

Facteurs de risque et conséquences

De nombreuses recherches ont déterminé les facteurs de risque de la dépression périnatale (voir encart ci-contre) comme la dépression prénatale (risque de dépression du post partum de 50 %) et l'anxiété périnatale touchant 25 à 50 % des femmes enceintes (Paschetta *et al.*, 2014; Van Niel & Payne, 2020). Les facteurs de risque psychosociaux influencent le bien être maternel, fœtal, néonatal et doivent être pris en compte dans une approche globale de la maternité et de la santé de la femme.

L'impact des dépressions périnatales a été largement étudié. Une augmentation du risque de complications obstétricales maternelles et néonatales (accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, prééclampsie) est démontrée.

Les facteurs de risque psychosociaux influencent le bien être maternel, fœtal, néonatal et doivent être pris en compte dans une approche globale de la maternité et de la santé de la femme.

Les dépressions périnatales sont associées à des conséquences potentiellement sévères sur la santé psychique et physique maternelle: le suicide fait partie des deux causes principales de mortalité maternelle et représente 20 % des décès maternels en post-partum (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2021). Les effets sont également connus sur le développement de l'enfant (troubles dans les interactions précoces, attachement, relation parents/enfant, développement psychoaffectif) et plus récemment sur le développement fœtal (neuro-développement, psychopathologie) (Stein *et al.*, 2014). On relève également des effets sur la santé psychique et physique du partenaire, la relation de couple, la vie familiale, relationnelle et sociale (Paschetta *et al.*, 2014).

Prévention et dépistage

La dépression périnatale est reconnue comme problème de santé publique. Dans une approche préventive, les recommandations actuelles préconisent le dépistage de la dépression périnatale et le *screening* psychosocial (stress, dépression périnatale, troubles psychiques, abus de substances, violence,

précarité) lors des consultations prénatales et au post-partum par les différent·e·s professionnel·le·s de la périnatalité (sage-femme, gynécologue, pédiatre, généraliste, psychologue/psychiatre). Ce dépistage doit s'intégrer dans un modèle de soins interdisciplinaire comprenant non seulement le *screening* mais aussi des soins coordonnés avec des protocoles de prise en charge, la référence à des psychiatres, par des professionnel·le·s formé·e·s et avec un système permettant de s'assurer du suivi pour le diagnostic et le traitement (*ACOG Committee Opinion*, 2018; O'Connor *et al.*, 2016; Kendig *et al.*, 2017; Cyrulnik, B. *et al.*, 2020).

Comment dépister la dépression périnatale?

Le quizz EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) a été validé en pré et post partum. Il ne permet pas de poser le diagnostic de dépression. Il est une aide au bon sens clinique. Il détecte et quantifie certains symptômes dépressifs et renseigne sur la probabilité de la maladie. Le diagnostic doit ensuite être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée. Un score ≥ 12 correspond à 42 % de risque de souffrir de dépression en prénatal et 60 % au post-partum (Nanzer, 2009).

Plus d'informations sur la page du programme «Santé psychique et périnatalité»: www.hug.ch

Diagnostic et particularités

Les dépressions périnatales restent mal détectées: on sait que seules 40 à 50 % sont diagnostiquées. Le diagnostic clinique n'est pas simple. Les symptômes classiques de la dépression (fatigue, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, tristesse, diminution de l'énergie, repli sur soi, crises de larmes) sont souvent banalisés et confondus avec les difficultés normales autour de la naissance (Nanzer & Epiney, 2013). Les particularités de la dépression périnatale doivent être connues: les sentiments d'incapacité et autoaccusations concernant le rôle de mère; le manque d'intérêt pour le bébé et le peu de plaisir dans les soins; les soins mécaniques et routiniers au bébé; la honte et la culpabilité; la perte de l'estime de soi; l'enfermement; la stigmatisation et la solitude (Nanzer, 2009; Edwards *et al.*, 2009). Il existe des outils de dépistage validés. D'utilisation simple, deux questions de la *Preventive Task Force* américaine peuvent aider le gynécologue et la sage-femme en consultation: «Durant les deux dernières semaines vous êtes-vous sentie moins bien ou déprimée?» et «Durant les deux dernières avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir à faire des choses?».

L'EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*) est une échelle de dépression en auto-questionnaire de 10 items dont la sensibilité et la spécificité ont été démontrés en pré et postnatal (Nanzer & Epiney, 2013) (voir encart ci-dessus).

Interventions précoces

Détecter pour intervenir précocement a montré des effets positifs: dans les formes mineures avec une prise en charge d'interventions de type psychosocial (visites à domicile) et soins psychologiques ou psychiatriques plus spécifiques dans les formes modérées et majeures.

La place centrale de la sage-femme dans le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité et les visites post-partum en fait un·e professionnel·le clé dans le dispositif de dépistage, d'orientation et de soutien précoce. En France, l'entretien prénatal précoce mis en place dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007 vise cet objectif. La possibilité d'un entretien périnatal (volet prénatal et volet post-partum) avec une sage-femme formée devrait être proposé à toutes les femmes enceintes. A Genève, l'entretien

Références

***ACOG Committee Opinion. Committee opinion number 630* (2015)** Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol;* 125:1268–1271. (2018) *update Obstet Gynecol;* 132:208-212

Arena, F. (2022) Puerperal insanity, *in* Hervé Guillemain (ed.), DicoPolHiS. Le Mans Université. http://dicopolhis.univ-lemans.fr

Arena, F. (2013) La maternité: entre santé et pathologie. L'histoire des délires puerpéraux à l'époque moderne et contemporaine. *Histoire, médecine et santé;* n. 3, 2013, p. 101-113.

Cameron, E. E, Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016) Prevalence of paternal depression in pregnancy and the post partum: an updated meta-analysis. *J Affect Disorders;* dec; 206;189-203.

Dayan, J. (2015) Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. 2e ed., Coll. Les âges de la vie.

Edwards, E. & Timmons S. (2009) A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *J Mental Health*; 14(5):471–481.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2021) Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2013-2015. www.santepubliquefrance.fr

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Garlehner, G. & Swinson, T. (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol;* 106:1071-83

Kendig, S. (2017) Consensus Bundle on maternal mental health. Perinatal depression and anxiety. Consensus statement. *Obstet Gynecol*; 129: 422–30.

Kojayan, R., Lévy, G., Havasi, K. & Molénat, F. (2016) Grossesse et souffrance psychique, précis de nouvelles pratiques. Montpellier: Sauramps Medical.

Nanzer, N. (2009) La dépression postnatale. Sortir du silence. Ed Favre.

Nanzer, N. & Epiney, M. (2013) The Geneva prenatal interview: to prepare to parenthood and detect emotional troubles. *Rev Med Suisse*; Oct 9; 9 (401):1841-1845

O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C. & Burda, B. U. (2016) Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*;315:388–406.

Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. F., Pretlove, S. & Ismail, K. M. K.(2014) Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol*; 501-509e6.

Cyrulnik, B. *et al.* (2020) Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. Ministère des Solidarités et de la Santé. France. https://solidarites-sante.gouv.fr

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*; 384:1800-19.

Van Niel, M. S. & Payne, J. L. (2020) Perinatal depression: a review. *Cleveland clinic Journal of Medicine*; vol 87; 273-27.

périnatal est actuellement proposé dans le cadre d'un projet conçu par le programme «Santé psychique et périnatalité» (voir encart p. 27) et la Haute École spécialisée de Suisse occidentale et soutenu par la Direction générale de la santé. Cet espace de parole permet de sensibiliser les femmes enceintes, leur offrir un lieu d'écoute personnalisé, dépister les fragilités psychiques, valoriser les ressources et orienter les patientes qui en ressentent le besoin vers des lieux de soins spécifiques. Un dispositif personnalisé dans le parcours d'accompagnement à la parentalité et au soutien de la santé psychique. ⊙

AUTEURES

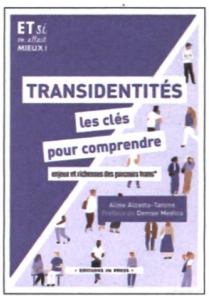
Dre Francesca Arena,
historienne de la santé, maitre assistante à l'Institut Ethique Histoire Humanités, Université de Genève. Auteure de *Trouble dans la maternité. Pour une histoire des folies puerpérales XVIIIe-XXe siècles*, PUP, 2020.
www.unige.ch, francesca.arena@unige.ch

Pre Manuella Epiney,
médecin adjointe agrégée, responsable de l'unité de périnatalité, service d'obstétrique, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève.
www.hug-ge.ch, manuella.epiney@hcuge.ch

Conseil de lecture

Aline Alzetta-Tatone
Transidentités. Les clés pour comprendre

Editions In Press
2022, 224 pages, CHF CHF 22.–
ISBN: 978-2-84835-787-4



Enjeux et richesse des parcours trans*

Aline Alzetta-Tatone (également collègue de travail de l'auteure de cette recension) est psycho-sexologue et thérapeutes de couple, spécialiste des thématiques lesbiennes, gay, trans*, intersexes et queer (LGBTIQ) et de la prise en charge des personnes trans*. Elle est présidente du collectif Sui Generis qui contribue à la visibilité trans* et membre fondatrice du Refuge-Neuchâtel où elle accompagne des personnes trans* dans leur parcours de transition.

Ce livre est une réelle immersion dans la réalité des personnes trans*. Un lexique en début de livre reprend la terminologie, et permet d'y revenir tout au long de la lecture, afin de s'approprier au mieux les termes justes. La notion de genre est évoquée, ainsi que l'évolution de sa compréhension en psychiatrie – soit tout le chemin qu'il a fallu parcourir, et qu'il reste encore à parcourir, pour que les personnes trans* et plus largement la communauté LGBTIQ puissent être suivies par des thérapeutes spécifiquement formés, et ainsi être correctement accompagnées dans leur questionnement et parcours de transition avec le respect qui leur est dû. La suite du livre reprend le quotidien de la personne trans*: son *coming out*, le choix du prénom, sa relation avec son entourage et la société, la transphobie. Le parcours de transition est aussi abordé, avec la prise de conscience et le regard des autres sur cette nouvelle définition du soi qui se construit, ainsi que la partie administrative de la procédure. Et enfin, les procédures médicales sont décrites, suivies d'un chapitre sur la sexualité. En résumé, cet ouvrage constitue un guide complet permettant de mieux comprendre ce parcours de transition – des témoignages illustrant régulièrement les notions théoriques de ce livre.

Deux points m'ont particulièrement interpelée en tant que professionnelle de la santé: tout d'abord, le conseil d'un psychiatre dans les témoignages qui, systématiquement, quand il reçoit de nouveaux·elle·s patient·s·s, utilise le terme «partenaire» et non «mari» ou «compagne» par exemple. Il nomme ce réflexe comme un «petit tour de passe-passe langagier qui ne lui coûte rien et laisse la place à la personne en face de lui de s'exprimer au sujet de son couple sans malaise».

Puis, dans un témoignage encore, Sylvain, hospitalisé, explique ne pas être le formateur de l'infirmière qui le bombarde de questions déplacées: elle lui demande s'il va se faire opérer, si son orientation sexuelle va changer, et autres détails très intimes sur sa vie sexuelle. Il est en effet de notre responsabilité en tant que professionnel·le·s de la santé de nous former/informer si des questionnements demeurent sur un sujet (comme nous le ferions pour d'autres thèmes) afin de respecter l'intimité de nos patient·e·s.

Carole Burdet, *sage-femme*