

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 99 (2001)

Heft: 6

Artikel: Le rôle psychosocial de la sage-femme

Autor: Bettoli, Lorenza

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951297>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 31.03.2025

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

Dépistage et suivi des situations à risque pendant la grossesse:

Le rôle psychosocial de la sage-femme

Il n'est simple pour aucun couple de devenir parents, ni pour aucune femme de devenir mère. Dans certaines situations la grossesse peut venir perturber l'équilibre psychique de femmes fragilisées par d'autres événements de vie (perte d'un être cher pendant la grossesse, perte de l'emploi, soucis économiques etc.). D'où l'importance d'un suivi personnalisé, par une personne de référence: la sage-femme.

Lorenza Bettoli

L'ARRIVÉE d'un enfant dans le couple est une étape de vie cruciale. Elle constitue un véritable bouleversement qui implique le remaniement des rôles au sein du couple et dans la famille, notamment lors de la naissance du premier enfant. Cela déclenche parfois une crise d'adaptation qui ne va pas sans heurts et qui nécessite un certain temps d'adaptation et d'apprentissage. La plupart des études sur les antécédents de la dépression du post-partum montrent que les facteurs psychosociaux jouent un rôle dans son émergence. Il est ainsi important, pour tout professionnel qui gravite autour de la femme enceinte, de dresser une oreille attentive à ce qu'elle manifeste, afin de pouvoir mettre en place un accompagnement multidisciplinaire le plus adapté à sa situation. Dans mon expérience clinique en tant que sage-femme et conseillère en planning familial, je suis confrontée à des suivis psychosociaux de femmes qui vivent des situations particulièrement difficiles pendant leur grossesse. Il peut s'agir de femmes seules, dont la grossesse est souvent accidentelle et dont le partenaire est parti en début ou en cours de grossesse, ayant des difficultés économiques et un réseau défaillant et qui doivent envisager seules l'arrivée d'un enfant. Il peut s'agir d'adolescentes enceintes, voire de femmes ayant un statut illégal en Suisse et devant vivre cachées. D'autres femmes sont en cure de méthadone ou présentent des troubles de la personnalité

ou des troubles au niveau du comportement alimentaire (boulimie ou anorexie).

Ce travail d'accompagnement psychosocial, qui comporte aussi une préparation à la naissance, s'effectue dans une structure qui n'a pas une étiquette psychiatrique. Il se situe à cheval entre le physiologique et le pathologique, entre le médical, le social et le psychologique, domaines dont les frontières ne sont pas toujours très nettes.

Un accompagnement global et multidisciplinaire

Selon la complexité de la situation et des besoins de la femme, il s'agit de mettre en place un suivi multidisciplinaire qui englobe la plupart du temps un gynécologue-obstétricien, une assistante sociale, une sage-femme, et parfois un psychologue, voire un psychiatre. Les femmes expriment très souvent le désir d'être accompagnée par la même sage-femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ce lien de continuité avec une personne qui connaît son histoire et avec laquelle elle a pu développer une relation de confiance dans une dimension qui s'inscrit dans le temps, la rassure et lui permet probablement de verbaliser davantage des choses difficiles à dire. Si le suivi pendant la grossesse est important pour l'aider à «passer le cap» et à devenir mère, il est important qu'un suivi se mette en place après la naissance de l'enfant par une sage-femme à domicile, voire, dans certaines situations où un suivi à long terme est envisagé, par une infirmière à domicile. Le pédiatre a un rôle très important à jouer, notamment dans le cas où la femme consulte plus pour angoisse maternelle que par réelle «maladie de l'enfant». Des difficultés dans l'allaitement maternel, des troubles du sommeil ou autres symptômes peuvent permettre au pédiatre de focaliser son attention sur ce que la femme vit dans la relation avec son bébé et parfois même suspecter une dépression post-partum chez la mère et

l'orienter au bon endroit. Des centres plus spécialisés dans la relation (précoce) mère-bébé jouent un rôle très important («la guidance infantile» avec un suivi mère-bébé par un pédopsychiatre, par exemple).

Connaître ses limites

L'expérience professionnelle montre l'importance de la communication entre les différents intervenants et la nécessité, pour la femme, d'avoir une personne de référence, un fil rouge, qui soit garante de la continuité de sa prise en charge. Il est d'autant plus important de le définir lorsque la situation est très complexe et que la femme est vue par des professionnels multiples et avec des fonctions différentes. Dans certaines situations, la femme n'accepte comme point d'ancrage que le suivi d'une sage-femme. Elle refuse de voir un psychiatre. Ce sont des situations



Lorenza Bettoli est sage-femme et conseillère en planning familial à Genève (GIFERN). Diplômée en 1986, elle a rédigé un mémoire d'histoire sur la profession de sage-femme. Elle a toujours été très active au sein de la Fédération, d'abord comme responsable de la formation permanente, ensuite comme présidente de section. Elle est actuellement membre du Conseil de Fondation de l'école Le Bon Secours où elle représente la FSSF.

souvent très complexes dans lesquelles on marche sur des œufs et qui peuvent basculer dans la pathologie psychiatrique. Parfois, elles acceptent plus facilement d'être suivies par un psychologue. Des rencontres interdisciplinaires et une supervision offerte par un psychiatre sont un filet de sécurité minimum qui nous permet de les accompagner au mieux, car il est très important de ne pas dépasser nos limites professionnelles, de pouvoir se faire une idée du risque psychique et d'évaluer ensemble le meilleur suivi possible. Ce sont des suivis très délicats, qui demandent beaucoup de respect et de finesse pour ne pas rompre l'alliance établie avec la femme. Dans certaines situations, elles coupent tout lien avec le réseau médical et ne consultent plus qu'en urgence.

Situation clinique représentative

Par une situation clinique brève, mais représentative, j'aimerais mettre en évidence l'utilité d'un suivi psychosocial par

Dans certaines situations, souvent très complexes et à la limite de la pathologie psychiatrique, la femme n'accepte que la médiation de la sage-femme. A celle-ci de savoir ne pas dépasser ses limites professionnelles et de demander de l'aide lors de rencontres interdisciplinaires.

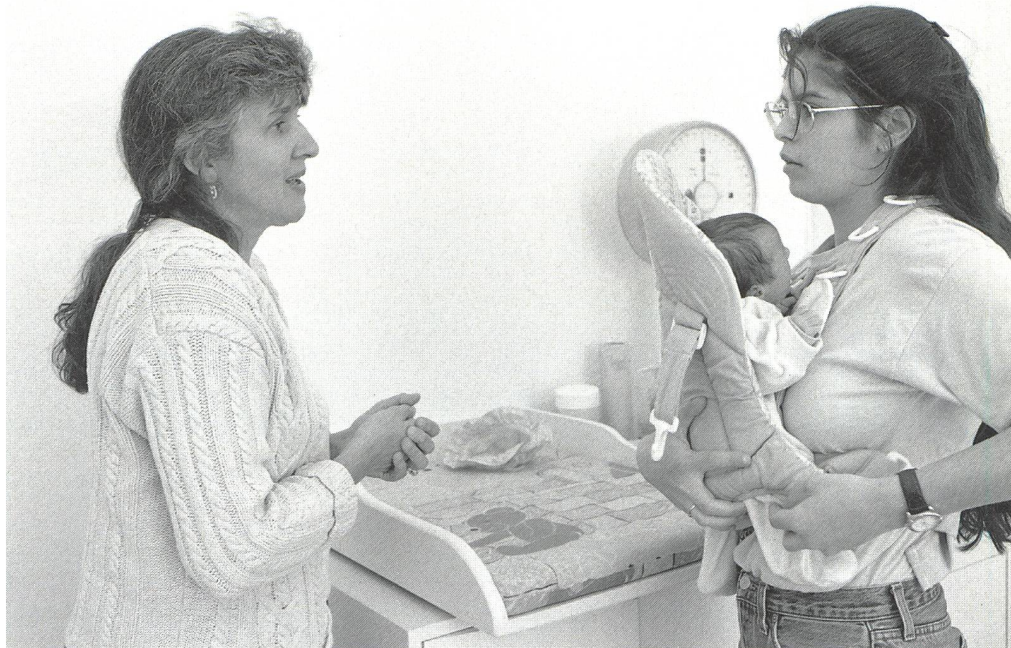


Photo: Isabelle Meister

une sage-femme et sa capacité à évaluer quand elle doit passer la main ou collaborer avec d'autres professionnels.

Jeune femme de 17 ans, originaire du Kosovo, envoyée par sa gynécologue pour un suivi psychosocial et une préparation à la naissance. Elle s'est mariée récemment selon la loi de son pays. Son mari, plutôt autoritaire, souhaite avoir rapidement un enfant. Madame ne se sent pas prête, mais accepte pour lui faire plaisir. Tout a été trop vite pour elle; le mariage, la vie commune avec son mari, qui la confronte pour la première fois à vivre loin de sa famille, et enfin l'arrivée de l'enfant. Elle donne l'impression de devoir suivre les désirs de son mari. Elle me dira que chez elle, la femme est valorisée si elle donne un enfant à son mari. Elle avait d'autres projets: elle voulait d'abord apprendre le français pour commencer un apprentissage. Madame travaille quelques heures par jour comme femme de ménage pour arrondir les fins de mois, car le salaire de Monsieur suffit tout juste à s'en sortir, travail qu'elle arrête en fin de grossesse se sentant trop fatiguée. Dans son anamnèse, elle présente des dyspareunies. Elle se plaint de l'attitude de son mari qui la force à avoir des rapports sexuels même si elle n'en a pas envie. Le couple refuse d'aller consulter un sexologue. Elle sort d'une anorexie mentale qui a duré une année et pendant laquelle elle est restée prostrée chez elle. La relation avec sa mère est plutôt conflictuelle: celle-ci la traite comme une «gamine». Madame se plaint qu'elle ne la soutient pas, mais se mêle trop de sa vie privée. Elle la garde à distance tout en faisant appel à elle régulièrement, se sentant seule et désemparée.

Madame vient régulièrement et à l'heure aux rendez-vous, mais n'a pas de demande. Elle n'a pas de questions et s'ouvre très peu sur son vécu de la grossesse. Ce

n'est qu'au bout de plusieurs entretiens qu'elle accepte de s'ouvrir un peu plus et de me faire part de ses difficultés à s'imaginer devenir mère. Elle n'arrive pas à accepter cet enfant, ne le sent pas bouger, c'est comme si elle niait le fait que cet enfant se trouve dans son ventre.

Quand nous abordons le sujet de l'accouchement, elle me dit: «je vais mourir pendant l'accouchement». Elle vit l'arrivée de l'enfant comme un danger pour son équilibre psychique. Elle a été vue à plusieurs reprises par le psychiatre qui ne constate pas de pathologie psychiatrique. Elle est très peu collaborante dans le travail corporel. Elle effectue des respirations abdominales avec peine et manifeste une gêne évidente lors des exercices de poussée. Elle exprime clairement son désir de ne pas vouloir allaiter, car cela la «dégoûte». Elle me laisse entendre que ce contact avec le bébé est trop proche pour elle. Après l'accouchement, elle m'appelle pour m'annoncer la naissance de son enfant. A ma surprise, elle est en train d'allaiter son bébé avec peine. Elle me fait part de sa décision d'allaiter, car son mari et sa mère lui ont dit que «c'était mieux pour le bébé». Très vite, elle demande de tirer son lait et de le donner avec le biberon. Les sages-femmes qui s'occupent d'elles trouvent aussi qu'elle est distante avec son enfant; elle le touche très peu et ne lui parle pas. Avant sa sortie, une pédopsychiatre la voit et lui propose un suivi dans le post-partum.

La rentrée s'annonce difficile; elle se sent désemparée avec ce bébé et a beaucoup de mal à l'allaiter. La sage-femme qui la suit à domicile la trouve parfois dans une attitude prostrée devant le bébé et désemparée dans les soins. Suite à des douleurs au ventre, elle est hospitalisée pour une endométrite. Lors de sa visite, je la trouve un peu plus à l'aise dans les gestes, mais mal à l'aise avec l'allaitement.

A cette occasion, un bilan d'évaluation a lieu avec le psychiatre. Pendant qu'elle tire son lait, le bébé, âgé de trois semaines, prend seul le biberon. Elle le place au fond du lit, sans le toucher. Elle m'avoue vivre difficilement son allaitement, mais n'ose pas arrêter de peur de la réaction de son mari et de son entourage.

D'un commun accord (gynécologue, sage-femme et psychiatre) la proposition lui est faite d'arrêter l'allaitement sous conseil médical, afin de lui permettre de ne pas assumer une décision qui lui est impossible à prendre. Elle se montre à la fois très soulagée et contente: «j'ai essayé, mais cela n'a pas marché».

Une sage-femme va la suivre à la maison et l'infirmière prendra le relais pour un suivi à plus long terme. Elle revient au planning familial avec son bébé. Pendant ces rencontres, je l'aide à renforcer sa relation avec le bébé. Elle a un espace où elle peut parler de la relation avec son mari. Elle se sent un peu plus sûre et rassurée dans ses capacités à être mère. Elle développe tout un processus d'apprentissage en présence de son bébé. Elle le maintient toujours à distance, mais le prend plus facilement dans ses bras et lui parle dans sa langue, tout en donnant l'impression que cette relation à deux est encore fragile et mérite d'être renforcée.

En guise de conclusion

Dans ce genre de situations qui oscillent entre physiologique et pathologique, il est capital de pouvoir s'appuyer sur un diagnostic effectué par un psychiatre pour évaluer les risques de décompensation dans le post-partum (apparition d'une dépression, voire d'une psychose du post-partum) et de travailler en réseau avec les différents professionnels pour garantir un suivi de qualité tant sur le plan physique que psychologique. ◀