

La co-construction des dossiers de grossesse

Autor(en): **Labruss, Claire**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **107 (2009)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949823>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La co-construction des dossiers de grossesse

Une étude faite à Aberdeen (Écosse) a permis d'évaluer un nouveau type de dossier, le Scottish Women Hand Held Maternity record (SWHMR), un dossier co-construit avec les patientes qu'elles pourront garder avec elles tout au long de leur grossesse. Ce dossier a pour but d'aider à une meilleure communication et apporter des soins centrés sur la patiente à la maternité.

Si le fait de donner son dossier au patient n'est pas un élément nouveau en Grande-Bretagne, ce dossier comporte un élément innovant en invitant les patientes pendant leur grossesse à compléter certains aspects comme ceux relatifs à leur

adresse, les personnes à contacter en cas d'urgence mais aussi des éléments relatifs à leurs antécédents familiaux, médicaux et obstétricaux ainsi qu'une double feuille A4 sur leur projet de naissance. Les patientes peuvent répondre à des questions exemp-

tes de jargon médical sous la forme de cases à cocher ainsi que des questions ouvertes pour laisser du texte.



Claire Labrusse, professeure à la filière Sage-femme et homme sage-femme (HECV-Santé, Lausanne).

Revue de littérature

La centration des soins sur le patient a été décrite comme une approche qui se focalise sur l'individu, et non pas sur la pathologie, cela par une représentation égalitaire et non la conventionnelle «paternalisation» de la relation soignant-soigné^[1,2].

Les modèles explicitant la centration des soins incluent tous 6 domaines qui sont^[3]:

1. Éducation et partage des connaissances
2. Implication de la famille et des amis
3. Collaboration et le management d'équipe entre les patients et les professionnels
4. Sensibilité aux domaines non médicaux et spirituels
5. Respect des besoins et les préférences du patient
6. Accès et transmission des informations

Une étude préalable sur les expériences des patients indiquait que, malgré les protocoles déjà en vigueur censés promouvoir une meilleure centration des soins, il reste encore des améliorations à faire^[4,5]. Ces dossiers, gardés par les patientes, ont été jugés comme un outil positif dans l'information, l'amélioration de la communication patientes-soignants et dans leur participation dans les soins en maternité; mais le degré d'implication des patientes restait incertain et on ne savait pas s'il bénéficiait à tout le monde ou au contraire exacerbait les inégalités sociales.

But et objectifs

Le but de cette étude était d'explorer le contenu et de mesurer la contribution des femmes dans ce nouveau type de dossier de grossesse.

Méthodologie

«Contribution des parturientes à la co-construction des dossiers de grossesse: Cartographie du contenu à la théorie de soins centrés sur le patient»

Site: Ce projet a pris place dans la maternité d'Aberdeen, une unité tertiaire du nord de l'Écosse qui regroupe les régions du Grampian, Orkney et Shetland.

Sujets et éligibilité: 300 dossiers consécutifs de femmes ayant accouché à l'hôpital d'Aberdeen depuis le 1^{er} janvier 2008. Les dossiers éligibles étaient tous de type SWHMR complétés pour des femmes dépassant 24 semaines de grossesse.

Etude pilote: La fiabilité du codage a été testée par deux autres chercheurs sur une population pilote de 11 dossiers.

Extraction des données: Les critères sociodémographiques et caractéristiques cliniques anonymisées des patientes ont été extraits des dossiers des patientes. Quatre sections ont été énumérées: 1. détails personnels; 2. histoire médicale et habitudes de vie; 3. préférences pour le travail et la naissance; 4. période postnatale. Il existait également des questions ouvertes dont le contenu a été transféré sur une feuille Excel avant analyse.

Analyse quantitative: Les données ont

été analysées en utilisant le logiciel statistique SPSS (version 16)^[6].

1. Description statistique des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de l'accouchement des femmes dont les dossiers ont pu/n'ont pas pu être trouvés
2. Une variable binaire (haute/basse) a été créée pour catégoriser la somme des contributions des femmes à chaque section du dossier. Un test Chi-square (X^2) a été utilisé pour tester l'association entre les détails sociodémographiques et caractéristiques cliniques et les contributions hautes/basses.
3. Une variable catégorique a été créée pour décrire les préférences des femmes qui ont été atteintes ou non atteintes. Un test d'association (X^2) a été utilisé pour tester cette nouvelle association.

Analyse qualitative: Une approche thématique du contenu a été utilisée pour comparer l'approche centrée aux données écrites par les patientes. L'analyse du contenu a permis de voir l'émergence d'autres thèmes que ceux anticipés^[7,3].



Exposition – Concours de posters 2009

Les quatre posters présentés

Durant les deux journées du Congrès, des posters ont été exposés devant la porte d'entrée de l'Aula Gringel. Nous nous réjouissons d'avoir pu recevoir quatre posters. Le Jury composé de formatrices (Yvonne Blättler, Michelle Pichon, Maria Pia Politis et Franziska Suter (cand. MSc) a évalué les posters à l'aide d'une grille de 4 critères, soit 4 évaluations indépendantes à max. 15 points pour un total de max. 60 points. Nos chaleureuses félicitations aux lauréates!

1^{er} rang (55,5 pts): «*Was wollen Wöchnerinnen?*» par Patricia Blöchliger (sage-femme, MSc), Elisabeth Kurth (CM, MNS) et Martin Kamerer (Dr. med., PhD)

2^e rang (51 pts): «*Utilisation de galactogues pour stimuler ou augmenter la production de lait maternel*»¹ par Yvonne Meyer (HECV, Filière Sages femmes), Ursula Winterfeld et Alice Panchaud (Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques du CHUV, Lausanne)

3^e rang (47,5 pts.): «*Contribution des parturientes à la co-construction des dossiers de grossesse*» par Claire Labrusse (HECV), Raxy Mumphy et Janet Tucker (University of Aberdeen)

4^e rang (46 pts): «*Intrauteriner Fruchttod(IUFT) – Abwarten versus Einleitung*» par Messer, Kaczala, I. Dingeldein et D. Surbek (Universitäts-Frauenklinik Bern).

Lors de la remise des prix, j'ai pu transmettre les félicitations de la FSSF aux auteures des posters du 1^{er} rang (avec Fr. 650.–) et du 2^e rang (avec Fr. 350.–). Je remercie également les 4 membres du Jury pour leur précieuse collaboration ainsi que notre sponsor, la caisse-maladie SWICA.

Marianne Indergand-Erni
Membre du CC
et du comité du congrès

¹ Ce poster fera l'objet d'une publication dans le numéro «Sage-femme.ch» d'octobre 2009.

1. Dans quelle mesure les parturientes contribuent-elles à leurs dossiers de grossesse?
2. Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de ces femmes qui contribuent ou non à leurs dossiers?
3. Quelles sont les parties du dossier que les parturientes complètent ou ne complètent pas?
4. Quels sont les thèmes principaux abordés par les parturientes et sont-ils en adéquation avec une approche centrée sur la personne?
5. Est-ce que les contributions des parturientes sont réfléchies dans leur prise en charge?

Les résultats

Population et représentativité

Sur 300 dossiers sélectionnés, 250 (83%) ont pu être récupérés. En comparaison de ceux recouverts, ceux non recouverts avaient significativement plus de chance de relater une césarienne ($p < 0.05$), un accouchement prématuré ($p < 0.05$) ou l'accouchement d'un enfant de petit poids de naissance ($p < 0.05$).

Le degré de contribution des patientes à chaque section du SWHMR (questions 1–3)

Section 1: Détails personnels (7 critères tels que adresse, personne à contacter en cas d'urgence, etc.). 86% des femmes ont complété au moins un intitulé sur les 7 items demandés. Les adolescentes et les patientes résidant en région rurale/rurale éloignée contribuaient significativement moins à ces questions personnelles ($p < 0.05$). De même, les patientes contribuant moins étaient multipares, appartenaient à la classe sociale populaire, étaient non mariées et avaient eu un suivi partagé entre un obstétricien et une sage-femme (en comparaison d'un suivi unique par une sage femme). Il est important de noter que seulement 5% des femmes ont décrit leurs conditions de vie et leurs besoins en termes de support social ou psychologique.

Section 2: Santé et habitudes de vie (7 critères tels que antécédents familiaux, médicaments, santé mentale, etc.). 76% des femmes ont complété au moins un item dans cette section. Dans l'ordre de fréquence des réponses, les patientes ont tendance à compléter en priorité leur usage passé de drogues (70%), de tabac (68%), d'alcool (62%), leur usage présent de drogues (58%), puis de compléter leurs antécédents familiaux (52%), médicaux (49%), puis finalement leurs antécédents obstétricaux (16%).

Section 3: Préférences sur le travail et la naissance (ce qui est souhaité pour l'accouchement, quel type d'analgésie je souhaite utiliser, à propos des examens vaginaux, etc.). Seulement 26% des femmes ont contribué à cette section. Par ordre de préférence, les éléments suivants ont été complétés: relatifs au support familial (25%), à la naissance (22%), à l'analgésie pendant le travail (21%), les soins à l'enfant (20%), aux touchers vaginaux (18%), le monitoring fœtal (15%), et leurs expériences passées de l'accouchement (5%). Les femmes qui contribuaient le plus à cette partie étaient principalement des primipares ($p < 0.05$) et avaient eu un suivi uniquement par des sages-femmes ($p < 0.05$).

Section 4: Le postpartum (hygiène des mains, comment stériliser, préparer un biberon, partage du lit avec mon enfant, etc.). Seulement 12% des femmes ont contribué à cette partie de leur dossier. Elles avaient tendance à être plus âgées (> 35 ans), appartenaient à une classe sociale populaire, étaient primipares et avaient eu une prise en charge uniquement par des sages-femmes dans la période anténatal. Les items par ordre d'importance étaient: porter correctement son enfant (10%), changer les couches et soins du cordon (10%), soins de la peau du nouveau-né (9%), avoir reçu des informations relatives à la mort subite du nourrisson (8%), reconnaître les signes d'un enfant en bonne santé et malade (6%).

Thèmes ressortant des contributions des femmes et leur adhésion aux domaines des soins centrés sur le patient (question 4)

La majorité des contributions des femmes correspondaient aux domaines des soins centrés. Ce dossier permet ainsi de collecter des données qui sont en adéquation avec les domaines décrits pour la centration des soins. Les domaines les plus représentés sont: le respect pour les besoins non médicaux et spirituels du patient, la collaboration, le management d'équipe, puis l'implication de la famille et des amis. Les contributions recouvraient moins souvent les domaines de l'éducation et du partage de connaissance, ainsi que la diffusion et l'accessibilité aux informations.

Autres thèmes

L'analyse réflexive: Plusieurs multipares ont utilisé le SWHMR comme une opportunité pour réfléchir sur leur précédent accouchement et ont considéré que cette expérience passée influençait leur grossesse actuelle. Exemple ci-contre.

«Pendant mon dernier accouchement j'étais très malade et j'avais l'impression d'avoir perdu tout contrôle après la naissance. Je ne pouvais pas m'occuper de mon enfant (peut être d'u à la pethidine(r), j'aimerais discuter de cela)»

Les sentiments et attitudes: Quelques femmes ont exprimé leurs attitudes à l'approche de leur accouchement. Ces attitudes pouvaient être positives ou négatives. Exemples ci-après:

«Parfois, je me sens très calme et pleine d'anticipation»

«Je ne sais pas à quoi m'attendre mais je suis nerveuse et j'ai peur»

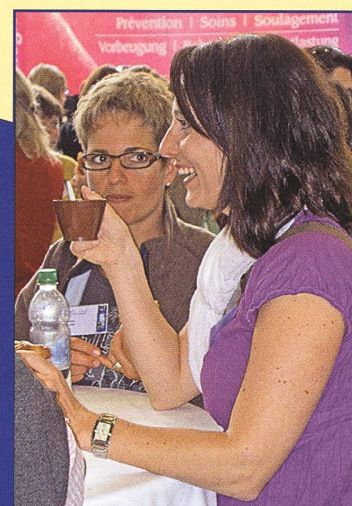
Les préférences de prise en charge: Ces préférences étaient variables. Certaines femmes préféraient être passives: «Suivre les conseils médicaux». Quelques femmes se décrivaient elles-mêmes comme: «Ayant un contrôle», indiquant une préférence pour une attitude plus active quant aux décisions à prendre. Mais, d'autres femmes indiquaient une approche plus flexible, plus en rapport avec leur compréhension de l'incertitude de la naissance.

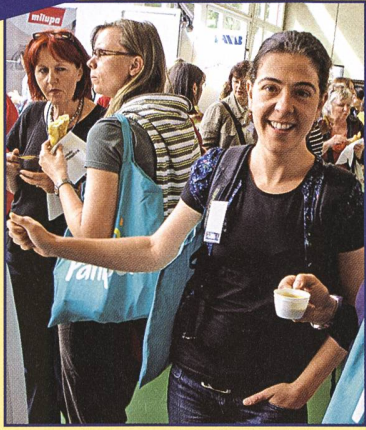
Autres faits intéressants

Nous avons noté que certains indicateurs de vulnérabilité (abus domestiques, sans-abris) ou des habitudes de vie risquées (essentiellement consommation d'alcool ou de substances illicites) n'étaient pas reportés dans les dossiers de grossesse. Apparemment, les patientes n'utilisaient pas l'espace dédié à ces sujets pour en faire part aux soignants. Cette étude n'a pas permis de savoir pourquoi. Les informations ont pu être retrouvées dans d'autres documents joints (rapport des assistantes sociales, sages-femmes conseils), mais néanmoins cela soulève une inquiétude quant à l'implication du SWHMR sur la sécurité des femmes.

Est-ce que les préférences des femmes ont été réfléchies dans leurs soins (question 5)

49% des souhaits ou préférences exprimés par les femmes ont été respectés. Pour ceux qui n'ont pu être mis en place, 16% étaient dus aux circonstances cliniques et aucune explication n'a pu être trouvée dans les dossiers pour 3% des cas. Finalement, il n'a pas pu être déterminé, dans 29% des dossiers revus, si les préférences avaient mises en place à cause d'un





Photos: Josianne Bodart Senn/Gerlinde Michel



Les quatre présidentes de notre Fédération: Ruth Brauen, Lucia Mikeler Knaack (sortante), Liliane Maury Pasquier (nouvelle élue) et Clara Bucher.

dossier incomplet. Manifestement, les multipares et les patientes ayant eu un suivi uniquement par des sages femmes avaient significativement plus de chance d'avoir leurs préférences mises en place ($p < 0.05$).

Discussion

Si les patientes ont en majorité utilisé ce nouvel outil, le degré de contribution varie assez largement. En général, les patientes semblent préférer partager avec le personnel médical des éléments de leur vie personnelle en comparaison avec leurs habitudes de vie, vie sociale et sur leur projet de naissance. De même, des populations ont pu être identifiées comme contribuant moins que les autres à ces dossiers, comme les patientes de nationalité étrangère, mais aussi les adolescentes, les multipares, les femmes vivant en région rurale/rurale éloignée et les femmes bénéficiant d'un suivi partagé entre obstétricien et sages-femmes.

Une majorité des écrits des femmes correspondaient aux domaines de centration de soins, ce qui indique que la construction du dossier permet à la patiente de faire partager des informations sur les thèmes des soins centrés. Toutes les données collectées étant difficiles à interpréter, il n'est pas encore clair pourquoi les patientes ont – ou n'ont pas – contribué à ces dossiers de grossesse et si leurs contributions – ou non contributions – a facilité ou biaisé la discussion sur leurs perspectives et préférences avec le personnel médical.

Dans ce sens, une autre analyse qualitative démarrera en automne 2009 pour explorer plus précisément comment cette prise en charge centrée est affectée par la contribution dans le dossier SWHMR.

Conclusion

Présentée comme poster au Congrès FSSF à Appenzell, cette recherche a ren-

contré beaucoup d'intérêt auprès des sages-femmes. La possibilité pour les patientes de garder en leur possession leur dossier de grossesse est une réalité depuis déjà plusieurs années en Grande-Bretagne. Étonnamment, on constate sur le terrain que ces dossiers ne sont pas perdus (comme peuvent l'être parfois ceux archivés dans les maternités) mais qu'ils restent toujours en leur possession et qu'elles les amènent à leurs consultations auprès de leurs sages femmes, obstétriciens mais aussi médecins généralistes ou dentistes. Depuis peu, ces nouveaux dossiers sont à remplir conjointement par le personnel et les patientes afin de promouvoir la centration des soins et l'implication des patientes dans le processus de soin. Les conclusions montrent qu'il s'agit là d'un outil en adéquation avec les buts recherchés mais qu'il pourrait être plus largement utilisé, bien qu'il reste limité dans la prise en charge de certaines populations plus vulnérables. ◀

Références

- [1.] McWhinney I. (1989). The need for a transformed clinical method. In Mead N, Bower P. (2001) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 51: 1087–1110.
- [2.] Mead N., Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 51: 1087–1110.
- [3.] Shaller D., Consulting S. (2007). Patient-centred Care: What does it take? The Commonwealth fund Commission.
- [4.] Richards N., Coulter A. (2007). Is the NHS becoming more patient-centred? Oxford: Picker Institute Europe.
- [5.] Jenkinson C., Coulter A, Bruster S., Richards N., and Chandola T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual. Saf. Health Care*. 11: 335–339.
- [6.] Statistical Package for Social Scientists. Version 16.
- [7.] Ritchie J., Lewis J. (2003). *Qualitative Health Research*. London: Sage.

Valérie Dumoulin-Assimilalo

Guide pratique d'homéopathie en maternité

Chez l'auteure, Jouve Print Services, 2008, 328 p.
ISBN= 2-953-2826-0-3

Ce «guide pratique» répond à une demande fréquente de la part des professionnels et des usagères en période de maternité. Facile à consulter, il a un défaut en regard des principes de l'homéopathie classique, dite «uniciste»¹: celui d'offrir la possibilité de pratiquer l'homéopathie de manière simple et rapide sous forme de recettes prêtes à l'emploi... Par cette approche, la lectrice, sage-femme, appliquera des recettes, sans doute pour une part avec succès et, pour l'autre, essuiera des échecs avec beaucoup de frustration doutant alors, avec la parturiente, de la pratique de l'homéopathie.

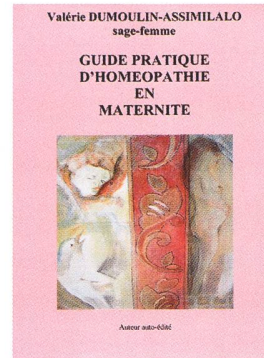
En introduction, l'auteure nous donne brièvement les principes de l'homéopathie – lois de la guérison et de similitude, individualisation, anamnèse et dilution. Les troubles les plus fréquents de la mère et de son enfant sont d'abord présentés avec un certain nombre de remèdes

correspondant à quelques symptômes-clés, brochant ainsi un tableau partiel de la «matière médicale». Nous sommes prévenus que, bien documentés, par ce livre par exemple, nous aiderons les femmes que nous accompagnons. Pourtant, il faut ajouter qu'une solide formation théorique, complétée par une expérimentation, avec analyse de cas, est nécessaire pour développer réellement des compétences en homéopathie.

L'auteure parle d'une action préventive de l'homéopathie. Or, il faut préciser que la prescription d'un remède s'effectue sur la base des symptômes généraux, mentaux et locaux observés et décrits par la mère. Dans ce sens, elle agit sur un problème, la soulageant par exemple de ses maux durant sa grossesse. C'est dans un 2^{ème} temps que cette intervention en homéopathie pourra favoriser un accouchement harmonieux. L'auteure s'appuie sur une bibliographie actualisée dont une thèse (Arnal-Lasserre, 1987) qui a démontré l'efficacité d'une préparation complexiste² à l'ac-

couchement, donnant l'espoir d'une recette largement diffusée «les yeux fermés», mais cette doctorante identifie aussi des «pathogénésies» graves, telle que celle de gelsemium avec prostration, tremblements et arrêt des contractions utérines à la suite de cette prescription de fin de grossesse ne suivant pas le principe d'individualisation de l'homéopathie: *UN remède pour UNE personne dans UNE situation clinique à UN moment donné*. L'auteure omet de nous prévenir de ce biais.

Par ailleurs, dans la conclusion de cette thèse, Dr. Arnal-Lasserre nous indique que d'autres études devraient être faites en suivant la méthodologie et les principes de l'homéopathie. Dans les conseils touchant à la prescription, certains dosages sont proposés à répéter, alors qu'en particulier en phase aigüe, durant la phase de travail, nous observons le résultat du remède alors même que les granules sont encore en train de fondre sous la langue de la parturiente! En conclusion, dans un souci d'exhaustivité,



l'auteure nous présente un ouvrage riche qui doit être perçu comme *UN support pratique*, à condition de s'appuyer à la fois sur une formation et deux outils incontournables dans la pratique de l'homéopathe averti: une matière médicale³ et un répertoire en homéopathie.

Anne Burkhalter
sage-femme enseignante
formée en homéopathie

¹ L'homéopathie selon Hahnemann, 1791.
² Complexiste: plusieurs remèdes en un; pluraliste: plusieurs remèdes à la fois.
³ Par exemple celui cité dans la bibliographie; Demarque D., & al. Pharmacologie et matière médicale homéopathique. Ed. CEDH, Lyon: 2005.

Régine Prat

Maman-bébé: duo ou duel?

Eres, 2008, 161 p.
ISBN= 2-7492-0866-4

Ce livre au titre provocateur a été écrit par une psychologue et psychanalyste française. Son expérience personnelle de devenir mère et de parcourir les différentes étapes de la maternité jusqu'à laisser partir son enfant adulte a été l'inspiration de base, renforcée évidemment par son expérience professionnelle et la rencontre avec les parents.

Comme le titre le laisse présumer, cet ouvrage n'est pas écrit à l'eau de rose et des mots comme traumatisme, arrachement, mutation, violence, identité volée en éclats expriment les modifications brutales auxquelles les femmes sont confrontées en devenant mères. Les stades psy-

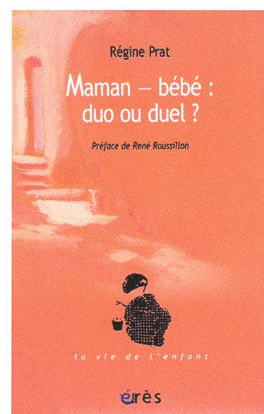
chiques que la mère parcourt, selon l'auteure, reflètent trois temps de traumatisme: de la grossesse à l'accouchement, les premiers temps avec bébé et le développement de la pensée à partir de l'expérience.

Selon l'auteure, «la mère est confrontée à deux mouvements radicalement antagonistes. Alors qu'elle vient de vivre une secousse sans précédent qui a ébranlé les fondements mêmes de son identité, et qu'elle aurait donc besoin, elle-même, d'aide pour se reconstruire, elle doit faire face, dans le même temps, à la nécessité impérieuse de répondre immédiatement aux besoins de son bébé.» (p. 72-73) Ce vécu est encore renforcé par les séjours de plus en plus courts en maternité et des séparations

précoces maman-bébé dans les cas de prématurité ou de césarienne par exemple.

L'ensemble de l'ouvrage est intéressant. Toutefois, j'ai trouvé plus d'intérêt pratique dans les dernières pages: introduire les nouveautés pour bébé à petite dose, instaurer des rites, lui donner la possibilité d'anticiper sur les événements, le (con-)tenir tout en acceptant ses efforts d'indépendance, faire confiance aux capacités du bébé de se créer ses propres moyens d'aide... Ce n'est pas pour rien que l'on dit que devenir parents, c'est le métier le plus difficile à apprendre.

L'auteure s'exprime dans un langage parfois surprenant, mais heureusement pas trop «psychanalytique», et cite de nombreux



travaux de confrères et consœurs qui ont révolutionné la vision du bébé et de son développement psychique autant que de la parentalité.

Pour ma part, je recommanderai le livre plutôt aux professionnels de la périnatalité qu'aux parents parce qu'il reste tout de même exigeant à la lecture.

Heike Emery
sage-femme indépendante

Lydie Raisin

Ma gym grossesse: pour continuer la gym en toute sécurité pendant et après la grossesse

Marabout, 2008, 127 p.
ISBN = 2-501-051140-8

L'auteure, professeur en culture physique, invite les femmes à continuer la gym en toute sécurité autour de la maternité pour rester en forme physique, mais également pour garder le moral. L'ouvrage s'articule en trois parties qui sont consacrées à la période avant, pendant et après la grossesse. Chaque partie se distingue par une couleur de base différente et contient des sous-chapitres comme par exemple: redessiner les fessiers, une poitrine tonifiée ou une nuque détendue avec des exercices plus spécifiques. Ceux-ci sont illustrés,

expliqués et commentés avec des conseils ou des degrés de difficulté supplémentaires. A la fin du livre, l'auteure met un accent spécial sur le bien-être et aborde des questions de nourriture, prise de poids, détente, sommeil et gestes de tous les jours. Une remarque concernant les illustrations: sur la page de garde, une «vraie» femme enceinte pratique des exercices, tandis qu'à l'intérieur du livre, les illustrations sont des dessins sympathiques et colorés, mais le modèle de femme est tellement «fil de fer» que les femmes auront de la peine à s'y identifier. Dans le contexte actuel des problèmes de poids, de boulimie et

d'anorexie, ce choix m'a presque choquée tout comme le recours à la chirurgie esthétique, suggéré pour les seins trop relâchés par la grossesse et l'allaitement.

L'auteure annonce que tous les exercices ont été testés et pratiqués avec le public visé, mais après avoir essayé dans un groupe de préparation à la naissance, certains d'entre eux se sont avérés difficiles ou trop inconfortables. Un grand nombre sont les classiques de la gym, comme les étirements de la nuque par exemple. Les plus intéressants à mes yeux sont ceux pour le haut du corps, qui peuvent être pratiqués sur une chaise,



se, à la maison ou au bureau. Dans l'ensemble, ce guide pratique adressé aux femmes enceintes ou accouchées est bien structuré et le cadre clairement défini, mais je n'en ai pas été entièrement convaincue pour les raisons citées plus haut.

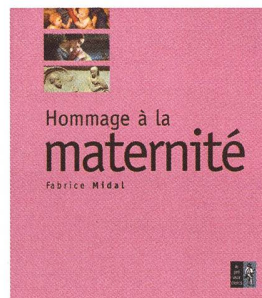
Heike Emery
sage-femme indépendante

Fabrice Midal

Hommage à la maternité

Pré-aux-Clercs, 2008, 64 p.
ISBN = 2-84228-320-9

L'auteur est philosophe et historien d'art. Il est, entre autres, chroniqueur au journal français «La Vie» où il présente régulièrement des œuvres d'art et en explique le sens. Dans ce recueil de moins de cent pages, il rassemble divers commentaires de peintures connues qui concernent, d'une manière très générale, de fait d'être mère. Il y associe des citations et des extraits de lettres d'auteurs de langue française à leur mère. Il s'agit donc d'un ouvrage de culture générale qui n'est pas destiné aux (futurs) mères, encore moins aux sages-femmes,



mais peut-être aux gymnasiens(ne)s... Avec son complément, «Hommage à l'amitié», il constitue sans doute une manière très agréable de progresser quelque peu en philosophie, littérature ou histoire de l'art.

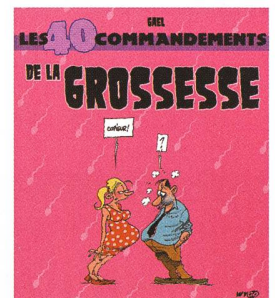
Josianne Bodart Senn
sociologue

GAEL

Les 40 commandements de la grossesse

Wygo, 2008, 43 p.
ISBN = 2-35704-0052

40 pages, 40 commandements: petites phrases courtes pouvant susciter la réflexion avec une illustration par commandement. Un humour un peu grinçant, des dessins ne montrant pas vraiment la femme à son avantage, cette BD relève plutôt les désagréments parfois engendrés par la grossesse que les côtés positifs. Toutefois, plusieurs de ces caricatures – parfois un peu lourdes – m'ont quand même bien fait sourire. Un ouvrage à lire au 2^e degré mais dont l'intitulé des com-



mandements peut aussi amener celle qui le souhaite à entamer une réflexion plus profonde sur le sens ou le comment de tout acte...

Sandrine Racine
sage-femme indépendante

Christiane der Andreassian et Sophie Guillou

Un bébé ou non? Pas facile de se décider...

Ed. Milan, 2008, 137 p.
ISBN = 2-7459-3275-4

Ce livre est écrit d'une manière compréhensible pour tout un chacun. Il se lit comme un roman bien qu'il parle de psychologie.

Les deux auteures font un survol des turpitudes de nos émotions quant au désir d'enfant. Elles font une synthèse plaisante de toutes les questions que nous pourrions nous poser en parlant d'enfant. Ce

qui est intéressant, c'est qu'elles n'oublient ni le vécu des hommes ni le vécu des femmes ayant eu des fausses couches ou des avortements. Pour les sages-femmes, ce livre peut nous aider à nous situer

par rapport au parcours de toutes les femmes dont nous prenons soin. Il faut donc prendre ce livre comme un petit éclairage sur nos cheminement intimes de femme.

Edith Antonier

Groupe médical de réflexion sur les vaccins

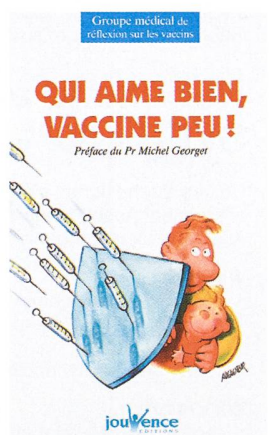
Qui aime bien, vaccine peu!

Jouvence, 2007, 95 p.
ISBN = 2-88353-543-5

Moins de cent pages dans lesquelles médecins généraliste, pédiatres, homéopathes, qui ont l'habitude de soigner les enfants dès la naissance, se sont posé la question de la vaccination de masses (et ces derniers mois, avec l'épidémie de rougeole, nous sommes en plein dans le débat), précoce (dès le deuxième mois selon les recommandations fédérales) et de leurs effets secondaires.

Livre grand public, que l'on trouve sur les étals des grandes surfaces, mais que la majorité des pédiatres suisses ne va pas mettre à disposition des parents, ni utiliser pour ouvrir le débat! Même si, en Suisse, la vaccination n'est pas obligatoire, les parents se retrouvent souvent seuls dans ce monologue... Dès deux mois, leur enfant va au devant de pas moins de 40 inoculations, additifs compris et impuretés, jusqu'à deux ans. Vont suivre les rappels! Et toujours pas d'explications ni de dialogue...

Alors, les parents se révoltent. On les prépare à la parentalité pour qu'ils soient autonomes, responsables, mais leur a-t-on donné tous les outils? Ce livre peut en être un. Avant d'être étiquetés «anti-vaccins», irres-



ponsables, dangereux pour leur enfant et les autres, ce livre leur apporte un répertoire intelligemment pensé des maladies, des vaccins, de leur pertinence en lien avec l'analyse des bénéfices et effets secondaires. Il propose une réflexion sur le nombre de vaccins, l'âge de l'enfant au moment de l'inoculation, les vaccins combinés. Rien n'est donc source à révolte satanique anti-vaccin! Professionnel(le)s de la santé, osons-nous simplement la question: Cet outil fait-il partie de notre travail? Ou, à la suite de certains pédiatres, la vaccination est-elle tabou pour les sages-femmes?

Fabienne Rime
infirmière sage-femme

Sophie Gamelin-Lavois

Accompagner la future maman

Jouvence, 2009, 128 p.
ISBN = 2-88353-737-8

Sophie Gamelin-Lavois est consultante périnatale. Cette fonction, elle l'a elle-même créée en partant du besoin des parents qui manquaient, au départ, de repères face aux différentes possibilités d'accompagnement qui leur étaient proposées pour la naissance de leur enfant.

Autrefois, les femmes accouchaient entre elles; elles étaient entourées d'autres femmes. Dès qu'elles se sont rendues

systématiquement dans les hôpitaux, la naissance c'est vite médicalisée et ces mêmes femmes se sont retrouvées dans une grande solitude affective. C'est ainsi que les pères ont logiquement trouvé leur place dans les maternités. Dans son livre, l'auteure définit et présente le rôle des différentes personnes autour de la maternité et de la naissance. Ceci dans un souci de répondre au besoin d'accompagnement de la mère et du couple. Le rôle, les compétences ainsi que la

Ben Soussan et al.

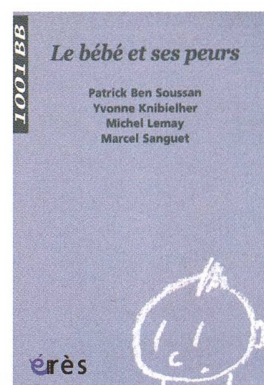
Le bébé et ses peurs

Ed. Erès, 2007, 102 p.
ISBN = 2-7492-0748-3

Attention à l'interprétation! Non, parents, ne vous attendez pas à trouver remède aux angoisses de vos «chérubins» ni à leurs cauchemars nocturnes; encore moins une explication à leurs histoires fantasmagoriques ou leur ami imaginaire. Juste un peu de culpabilité... Je m'explique: oui, nous sommes des êtres humains; normalement intelligents, avec une histoire de vie, une mémoire, ce qui nous a fait «inventer» LA PEUR!

Peur que ce bébé qui va naître, le plus beau, le plus parfait soit malade, porteur de handicap. Et mieux, comme le souligne M. Sanguet, psychologue: «le bébé réel, bien en chair et en cris, supporte difficilement la mesure avec ce merveilleux bébé que l'on se promet, réparateur et idéalisé.»

Les trois autres co-auteurs vont poursuivre cette réflexion. Ils vont aborder tour à tour, sur 88 pages tous publics, les peurs ancestrales de l'Homme. Y. Kniebielher, historienne, se base sur l'évolution des structures familiales: la place de l'homme et la reproduction, celle du père et de l'autorité, devenir parents au XXI^e siècle? P. Ben Soussan, pédiopsychiatre, nous parle de ces



peurs anciennes, lointaines que les contes rapportent: ne sont-elles pas inscrites dans nos chairs puisqu'elles se retrouvent dans les réflexes archaïques du nouveau-né: il pleure!

M. Lemay enfin, professeur à l'Université de Montréal, va conclure avec la parentalité: ce schéma préétabli du bagage familial, transgénérationnel, donné à l'enfant en devenir, mais aussi par l'éducation...

Phrase à méditer pour s'ouvrir à la lecture plaisante de M. Lemay: «Jamais nous ne voyons l'enfant tel qu'il est; nous le voyons tel que nous imaginons qu'il peut devenir.»

Fabienne Rime
infirmière sage-femme

Karine Allaman



et peu respectueux des valeurs de chacun(e).

Karine Allaman