Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 104 (2006)
Heft: 2

Artikel: Maternité de Genève : l'activité d'une sage-femme en périnéologie
Autor: Nunno, Catia / Faltin, Daniel L.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949852

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: 14.07.2025

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

Tout de suite après

Le rêve et... les réalités

«Le bébé tant imaginé impose à ses parents sa présence et son apparence physique. Sa dépendance et sa vulnérabilité provoquent chez eux un sentiment écrasant de responsabilité. L'enfant crée ses parents en tant que tels. Leurs sentiments envers lui peuvent être ambivalents, passer de l'admiration à la déception. Les liens se tissent peu à peu, jour après jour. D'où la souffrance intime et silencieuse de certaines femmes restant désarmées et parfois coupables face à leur émotion, quand elles n'éprouvent pas immédiatement de l'amour pour leur bébé. Savoir qu'il est normal de ressentir des émotions contradictoires envers l'enfant soulagerait beaucoup de mères et de pères. Mais nos sociétés préfèrent gommer ce qui paraît si dérangeant, au profit du récit fantasmatique où tout semble facile, phénomène accentué à notre époque où l'enfant est «roi», surinvesti.»

Extrait de «Ah. Quelle famille!» de Sylvie Angel, Robert Laffont, 2005.

Le débriefing obstétrical...

... est un temps très précieux dans lequel on permet à la jeune mère de raconter très en détail comment elle a vécu son accouchement et en particulier d'insister sur les émotions, les douleurs physiques et son ressenti à l'égard du père de l'enfant et du personnel soignant qui était là lors de l'accouchement (sage-femme, obstétricien, nurse, pédiatre). Il ne faut oublier aucun détail et surtout oser poser des questions très précises afin d'explorer le vécu de l'expérience complète et ainsi de permettre à la jeune mère de l'«exorciser». Cela peut se faire quelques semaines, quelques mois, ou même quelques années après l'accouchement en question.

Source: Définition personnelle du Dr Juliette Buffat, psychiatre et sexologue, Onex (GE)

Maternité de Genève

L'activité d'une sage-femme en périnéologie

Les conséquences périnéales de l'accouchement sont fréquentes et méconnues. Les femmes se posent beaucoup de questions mais elles en parlent avec réticence. Pour répondre à ces besoins, un poste de sage-femme en périnéologie a été créé il y a cinq ans à la Maternité de Genève. Evaluation d'une centaine de suivis.

LES conséquences périnéales de l'accouchement sont malheureusement fréquentes et méconnues. Les femmes en parlent avec réticence [1].

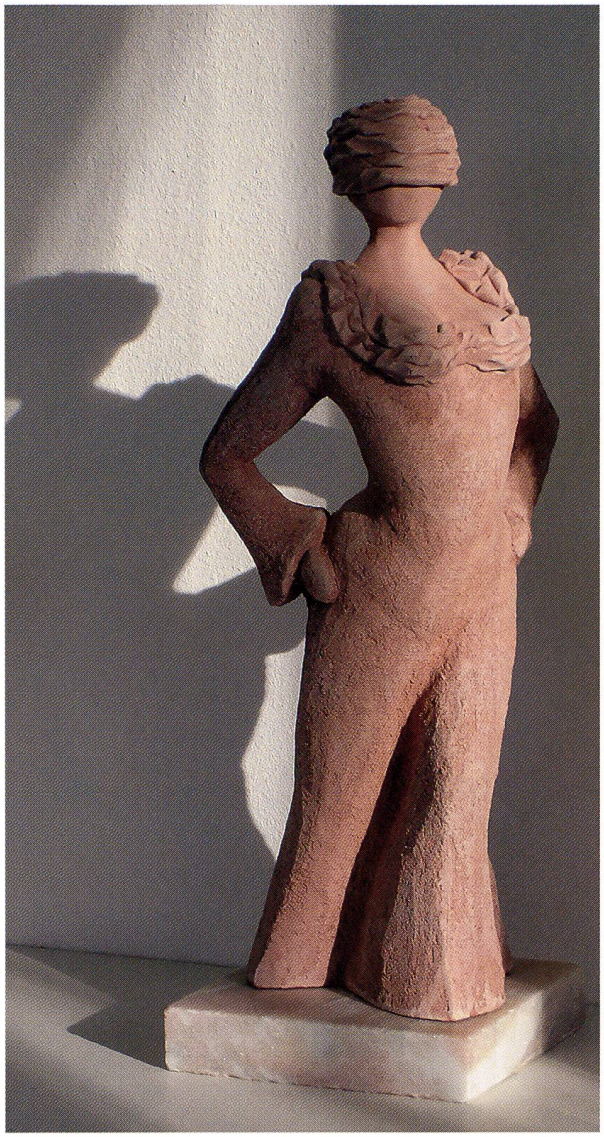
L'incontinence urinaire touche environ 30% des femmes ayant accouché. En ce qui concerne l'incontinence aux gaz, le pourcentage se situe également aux alentours de 30% à 3 mois post-partum. L'incontinence aux selles est heureusement beaucoup plus rare mais touche environ 2 à 3% des parturientes. Les dyspareunies sont rapportées par 70% des patientes (douleurs de «rarement» à «habituellement») [2]. Dans le post-partum, un tiers des patientes souffrent de fissures ou de thromboses hémorroïdaires externes [3]. Il faut donc parler de morbidités qui nuisent à la santé des femmes et qui peuvent conduire à des traitements chirurgicaux par manque de prise en charge précoce multidisciplinaire.

«Amazone», Alma Dupont

Conseils de la sage-femme

Pour répondre aux besoins de prise en charge des problèmes périnéaux, un poste de sage-femme en périnéologie a été créé pour dispenser des conseils (alimentaires, traitement de la constipation, informations sur les incontinences et la rééducation périnéale) pour les patientes ayant des lésions périnéales importantes au post-partum.

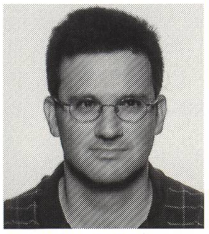
La sage-femme se déplace dans les différentes unités et se concerte avec le personnel soignant pour savoir s'il y a une indication à rendre visite à une accouchée. Elle consulte le dossier d'accouchement. Puis, la patiente discute brièvement de l'accouchement, du type de prise en charge pour le déroulement de la suture, du transfert au post-partum, du déroulement de son séjour dans cette unité et du retour à domicile. La conversation s'engage et la sage-femme dispose d'une liste de sujets (tableau 1), élaborée par l'équipe pluridisciplinaire, dont elle parlera avec la femme. Ce n'est pas une liste exhaustive, mais elle permet d'avoir un fil conducteur pour l'entretien. Une fois l'entretien terminé, la sage-femme retourne vers le personnel soignant pour faire un compte rendu oral et écrit dans le dossier informatisé de la patiente.



«Aguicheuse», Alma Dupont

La physiothérapeute fait partie de cette équipe pluridisciplinaire et elle intervient sur prescription du médecin assistant pour prodiguer des soins d'antalgie, des conseils d'hygiène posturale et de protection du périnée par des techniques manuelles de décongestion du petit bassin. Elle montre également des massages circulatoires et lymphatiques pour améliorer la résorption d'oedèmes des membres inférieurs ainsi que la stimulation du transit intestinal.

Catia Nunno, Unité de périnéologie, Dpt. de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève.



Daniel L. Faltin, Unité de périnéologie (HUG) et Centre de périnéologie Dianuro, Genève.

La patiente peut, à tout moment, reprendre le contact avec la sage-femme si elle le souhaite. Elle détient également les coordonnées du secrétariat de périnéologie si une autre consultation s'avère nécessaire. Certaines fois, la sage-femme qui se rend auprès de la patiente est amenée à parler d'autres sujets comme l'allaitement ou l'organisation pour le départ au domicile.

Des réunions en post-partum sont organisées deux fois par semaines, les mardis et jeudis, pendant une heure, pour tous les étages de l'unité post-partum de la maternité. Les physiothérapeutes, les sages-femmes et les mères peuvent partager des informations. Ces rencontres permettent de laisser la place à une large discussion sur l'incontinence et la rééducation, ainsi qu'un espace de discussion sur les moyens de contraception, de la sexualité, d'organisation pour le domicile et pour la connaissance des réseaux sociaux.

Les patientes viennent à ces rencontres avec leur bébé ce qui leur donne également la possibilité de poser des questions sur l'allaitement, de découvrir d'autres positions pour l'installation de l'enfant au sein et de discuter avec d'autres mères. Lors de ces discussions, nous passons environ trente minutes à expliquer l'importance du périnée dans la vie quotidienne et le but d'un traitement comme la rééducation périnéale. Pendant les séances, la physiothérapeute propose des postures de mise en décharge périnéale, des exercices basés sur la respiration et qui visent l'amélioration de la circulation et la reprise du transit. Elle propose également aux mamans qui le souhaitent une consultation privée en chambre.

Une consultation de périnéologie a été mise sur pied à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève. Depuis cinq ans, un médecin et une sage-femme reçoivent les patientes en cas d'antécédent de lésion périnéale sévère, pour une évaluation périnéale anténatale ou postnatale ainsi que pour suivre l'évolution des lésions périnéales trois mois après un accouchement traumatique. La consultation s'adresse également aux femmes ayant des symptômes.

Il est également possible d'obtenir un traitement par rééducation périnéale, dispensé par une sage-femme ou une physiothérapeute, au sein de la maternité.

Evaluation

Afin d'évaluer cette activité en périnéologie, un relevé du travail effectué et des questions abordées lors de ces entretiens a été conduit sur une série de 100 femmes consécutives par la sage-femme en périnéologie. Un formulaire de relevé des sujets abordés par thème a été rempli pour chaque visite (tableau 1).

Les données ont été introduites dans une banque de données anonyme du logiciel Epi info 6. Nous avons restreint l'analyse à une description des fréquences des événements rapportés. Nous avons également mesuré le temps investi par la sage-femme pour ces consultations. Notre travail étant un contrôle de qualité, nous n'avons pas soumis le protocole à la consultation d'éthique des HUG. Cependant, chaque patiente a reçu une information et a donné son consentement oral.

Résultats

Le motif le plus fréquent (tableau 2) de consultation est la déchirure périnéale (65%). D'autres éléments se combinent souvent (accouchement instrumenté et épisiotomie par exemple). 55% des femmes (tableau 1) posent des questions sur les incontinences et 44% sur la rééducation périnéale. Parler de sexualité reste difficile avec les patientes. La sage-femme essaye d'aborder ce thème le plus souvent possible mais peu de patientes demandent des compléments d'information (5%).

La plupart des consultations se font au premier jour post-partum (30%) et au deuxième jour (24%) (tableau 3). Cela laisse le temps à l'équipe soignante de mettre en place le protocole de soins pour les lésions périnéales et de contacter la sage-femme. Il reste difficile d'aborder les patientes le jour d'accouchement. Souvent, elles ne sont pas disponibles, fatiguées, entourées des familles et trop préoccupées par la nouvelle vie.

Pour répondre aux questions des patientes, il nous faut une moyenne de 13 min. En comptabilisant le temps passé avec les patientes et celui passé en discussion avec l'équipe et en transmission dans le dossier de soins, il nous faut environ 16 min pour chaque patiente.

Discussion

L'écho que nous recevons des patientes et des soignants est très positif sur cette consultation personnalisée ainsi que sur la présence des physiothérapeutes. Le personnel soignant est beaucoup plus sensibilisé aux problèmes périnéaux.

Les auteurs d'un article paru dans le journal Birth sur les déchirures du troisième degré recommandent que chaque membre du personnel reçoive une formation adéquate, avec une équipe pluridisciplinaire. Pour le traitement, mais aussi pour le suivi à long terme pour les patientes, il est recommandé, d'après l'étude, de donner un soin particulier à rencontrer ces femmes durant une future grossesse pour qu'une décision soit prise pour le mode d'accouchement [4]. Selon une étude de petite taille menée par une équipe de Liverpool, le plus grand problème des patientes ayant subi une déchirure du troisième degré est l'anxiété vis-à-vis d'une future grossesse, les conséquences physiques de la déchirure et les répercussions sur leur vie sexuelle. La plupart des femmes participant à cette étude n'ont pas la sensation d'avoir reçu les informations nécessaires ou appropriées accentuant leur anxiété. Les auteurs préconisent donc un maximum d'informations et un suivi particulier pour les patientes ayant subi une déchirure du troisième degré.

Les patientes sont quelquefois très réticentes à la discussion et, pour certaines, l'idée d'évoquer l'accouchement peut être douloureuse. Empathie et écoute sont indispensables. Pour certaines femmes, il est difficile de parler librement de sexualité, de rééducation ou d'incontinence. Cependant, rares sont les patientes qui refusent ce moment de partage et d'information.

Plusieurs auteurs ont rapporté un PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) [5] de l'accouchement, également appelé «expérience traumatique de la naissance» [6]. Les évidences suggèrent qu'une seule séance de debriefing ne suffit pas à réduire ce stress ou ce syndrome. Celui-ci est souvent confondu avec la dépression post-partum. Cependant, d'autres experts sont d'avis de promouvoir le débriefing ou l'écoute dans l'activité du post-partum. Aucune étude ne semble avoir été faite quant à une approche plus large comme l'inclusion du partenaire dans la discussion, l'intervalle entre les sessions ou encore un groupe de parole.

Nous avons rencontré certaines difficultés pratiques lors de la mise en place de ces rencontres. Les locaux, le recrutement des patientes, les heures de visites des familles ou encore la langue maternelle sont des éléments sur lesquels une réflexion est nécessaire.

Par la suite, nous avons remarqué que le roulement des équipes dans le post-partum au sein d'une grande maternité nécessite la mise en place d'un protocole pour une uniformisation des soins tant au niveau médical qu'au niveau paramédical. Ce que nous avons mis en place dans les suites de couche n'est pas une séance de débriefing, c'est un espace de rencontre où toutes les femmes ayant accouché peuvent prendre place. Elles sont effectivement libres d'écouter ou de parler, elles prennent uniquement les informations qu'elles désirent.

Nous n'accueillons pas les pères par manque de place mais beaucoup en font la demande. Je ne peux voir toutes les accouchées. Cependant, si nous voulions faire de la prévention pour le plus grand nombre de patientes, il faudrait un poste à plein temps (45.6 h/semaine = 57 femmes x 16 min x 3 consultations/sem), en admettant que tous les lits de la maternité soient occupés à chaque consultation c'est-à-dire 3x/semaine (lundi, mercredi et vendredi).

Un autre aspect positif pour le personnel médical réside dans le fait que les entretiens médicaux lors de la sortie des patientes sont facilités puisqu'elles ont déjà connaissance des réseaux sociaux, de la contraception et des notions des soins périnéaux.

Tableau 1

Sujets abordés pendant la discussion

Sujets	Information donnée[1]	Questions supplémentaires des patientes[2]
Alimentation et hydratation	67 %	18 %
Discussion sur l'accouchement	37 %	11 %
Episiotomie et déchirure	67 %	27 %
Constipation	76 %	30 %
Rééducation	92 %	44 %
Incontinences	95 %	50 %
Douleurs	56 %	11 %
Hémorroïdes	36 %	2 %
Sexualité	39 %	5 %

[1] Items sur lesquelles les patientes ont demandé un complément d'information.
[2] Si la patiente estime, par exemple, qu'elle n'a aucun problème de constipation et qu'elle sait traiter elle-même ce problème, aucune discussion ne se fait.

Tableau 2

Motifs des consultations de la sage-femme (plusieurs motifs sont possibles)

Accouchements instrumentés	31 %
Déchirures périnéales	65 %
Incontinences au post-partum	18 %
Demande de l'équipe	6 %
Autres	12 %

Tableau 3

Jours post-partum de consultation

Jour Post-Partum	Nombre de patientes (N = 100)
Jour 0	5
Jour 1	30
Jour 2	24
Jour 3	25
Jour 4 et plus	16

Conclusion

Nous avons mis en place une forme de conseil pour les mères dans le post-partum et d'aide pour les sages-femmes. Nous aimerions toucher un maximum de femmes dans l'espace de rencontre mais aussi évaluer efficacement ce nouvel instrument des soignants et des soignés. De nombreux domaines de la santé du post-partum sont abordés durant ces consultations. L'écho reçu des patientes et des sages-femmes est favorable. Une évaluation formelle peut être proposée. ◀

Bibliographie

[1] *Faltin D.L., Sangalli M.R., Curtin F., Morabia A., Weil A.:* Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12(2): 117–120; discussion 121.

[2] *Faltin D.L., Boulvain M., Irion O., Bretones S., Stan C., Weil A.* Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. Obstet Gynecol 2000; 95(5): 643–7.

[3] *Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L., et al.:* Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002; 45(5): 650–5.

[4] *Williams A., Lavender T., Richmond D.H., Tincello D.G.:* Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. Birth 2005; 32(2): 129–36.

[5] *Gamble J.A., Creedy D.K., Webster J., Moyle W.:* A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. Midwifery 2002; 18(1): 72–9.

[6] *Albers L., Garcia J., Renfrew M., McCandlish R., Elbourne D.:* Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. Birth 1999; 26(1): 11–7.