

Actualité

Objektyp: **Group**

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

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

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.

Un pictogramme contre l'alcool

Les fabricants français d'alcool devront apposer sur leurs bouteilles, à partir de l'été prochain, un pictogramme ou un message sanitaire mettant en garde les femmes enceintes contre les dangers de l'alcool pendant la grossesse, une première en Europe.



«Les Brasseurs de France se préparent à ajouter sur les étiquettes le message de prévention du Syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) dès que l'arrêté sera paru», a déclaré à l'AFP Gérard Laloi, président de l'association qui représente la soixantaine de brasseries encore présentes en France. Le ministère de la Santé a en effet annoncé aux fabricants qu'il prendrait cet été un arrêté imposant pour toutes les boissons alcoolisées commercialisées en France (bières, vins et spiritueux) un message, visuel ou écrit. Il pourra s'agir soit d'un pictogramme représentant la silhouette barrée d'une femme enceinte qui porte un verre d'alcool à la bouche, soit de la phrase: «la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant».

Les entreprises auront un délai d'un an, à compter de la publication de l'arrêté, pour se mettre en conformité avec la loi. Cet arrêté découle d'un amendement voté à l'initiative de la députée UDF de La Réunion Anne-Marie Payet dans le cadre de la loi de février 2005 relative aux personnes handicapées. Pour le président des Brasseurs de France, M. Laloi, «la mise en œuvre prendra nécessairement un peu de temps, compte tenu des délais d'impression de nouvelles étiquettes pour nos 400 références de produits différents».

Source: AFP, 14 mai 2006.

Quelle naissance demain?

En étroite collaboration avec l'association «Quelle naissance?», le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) regroupant plus de 110 associations d'usagers organise les 22, 23 et 24 septembre 2006 de nouvelles Rencontres de Châteauroux sous le thème «Quels changements souhaitent les usagers?»

La stricte application, dans les maternités des hôpitaux et cliniques privées, des protocoles *a priori* destinés à assurer la protection des parturientes et de leur enfant n'a pas atteint complètement l'effet escompté. En revanche, des effets pervers sont lourdement ressentis chez les usagers qui se plaignent des conséquences iatrogènes de cette orientation obstétricale à l'encontre de la liberté de choisir leur mode d'accouchement. Par ailleurs, certaines sages-femmes, désorientées, sont prêtes à abandonner une profession choisie pourtant par vocation. Mais l'espoir renaît, la tendance semble actuellement s'inverser.

La résistance au système par les usagers (et un bon nombre de professionnels de santé) a permis une certaine ouverture, par le biais notamment des projets de naissance. Par ailleurs, les abus d'épisiotomies, de déclenchements et de césariennes se discutent maintenant au grand jour. Le CIANE n'y est

pas étranger. Certains hôpitaux remettent en place des postes de préparation à la naissance. Ce sont des signes non négligeables de changement des mentalités vers une obstétrique respectueuse de la physiologie. Mais ce n'est encore qu'un léger frémissement, il faut «continuer le combat».

Un grand nombre de changements que souhaitent les usagers seront évoqués, soumis aux élus et responsables politiques et présentés aux médias:

1. Le respect de l'évolution physiologique de l'accouchement;
2. Le respect des choix de la mère: lieu de naissance (hôpital ou domicile), positions d'accouchement... (Les sages-femmes ont tellement de difficultés à pouvoir «accoucher à domicile»);
3. La mise à disposition de la mère de moyens pour retrouver ses réactions primales (baignoire, etc.);
4. Le refus de technologies de surveillance ou de suivi médico-obstétricales trop envahissantes;
5. L'acceptation de la présence du père et d'une accompagnante de la naissance (une doula);
6. L'augmentation du *numerus clausus* des sages-femmes, formation de celles-ci au respect de la physiologie. (Actuellement, les «sièges» se terminent le plus souvent par une césarienne.);
7. La fermeture des petites unités obstétricales pourtant conviviales avec d'excellents résultats et, parallèlement, la concentration en volumineux centres favorisant les complications nosocomiales;
8. L'hypertechnologisation de la surveillance et la gestion active du travail de l'accouchement aboutissant à des actions iatrogènes, l'abus de programmations, déclenchements, césariennes, etc.;
9. La mise en place de préparations à la naissance suffisamment efficaces pour permettre une certaine indolorisation sans péridurale et rendre les naissances agréables;
10. La création de vraies maisons de naissance (inconnues en France actuellement) définies selon les 5 *points du CIANE* permettant leur gestion par les usagers et les sages-femmes libérales;
11. Les indications abusives de déclenchements et de césariennes;
12. L'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie des mamans, des bébés, l'allaitement maternel;

Pour en savoir plus et pour s'inscrire: www.ciane.info ou www.quellenaissance-demain.info ou encore par téléphone 0033 6 08 77 01 69 (Max Ploquin)

A vos agendas!

Olten, les 22 et 23 mai 2007

Le prochain Congrès de la FSSF aura lieu à Olten les 22 et 23 mai sur le thème du «Lifestyle Event».

De plus amples informations seront bientôt diffusées.



Traitements FIV en Suisse

Vers l'enfant unique sans complication



En Suisse, environ 20% des traitements FIV aboutissent à une grossesse multiple. La position de la Suisse au niveau international est bonne. Sous la législation en vigueur actuellement, une nouvelle réduction du taux de naissances multiples est presque impossible. En effet, la loi interdit la sélection d'embryons. Pourtant, cette sélection est nécessaire afin d'éviter la baisse du taux de réussite d'une FIV. Les grossesses

multiples doivent donc être considérées comme le résultat, indésirable mais difficile à éviter, de la procréation médicalement assistée.

Toutes les grossesses multiples ne sont pas dues à la FIV. Le traitement hormonal classique, souvent envisagé au début d'un traitement de la stérilité, entre pour beaucoup dans le risque de naissance multiple. Toutefois, à l'heure actuelle, cette méthode de traitement n'est pas réglementée.

La qualité d'un centre de FIV devrait être mesurée non seulement au taux de grossesses, mais également au taux de complications. L'objectif doit être un enfant unique, en bonne santé. Si, auparavant, on aspirait encore au «meilleur taux de grossesses pour un taux de complications raisonnable», aujourd'hui on vise «l'absence de complications pour un taux de grossesses raisonnable».

«L'expérience montre que le nombre d'embryons transférés est moindre lorsque la procréation médicalement assistée est prise en charge par la

caisse maladie. Tandis qu'en Suède par exemple, les caisses maladie prennent en charge l'ensemble des frais de FIV, en Suisse les caisses ne financent que les tests de stérilité et le traitement conservateur de la stérilité. (...) Le modèle belge, introduit en 2003, est une méthode très efficace pour réduire le taux des naissances multiples. Il consiste à ne transférer qu'un embryon pour chacun des deux premiers cycles, si la patiente est âgée de moins de 37 ans. Si elle est plus âgée, ou si deux tentatives ont déjà échoué, deux embryons sont transférés. La caisse maladie prend intégralement en charge six tentatives par patiente. Cette méthode a permis de réduire le taux de naissances multiples. Mieux: l'argent économisé suffit à financer l'ensemble des traitements FIV/ICSI d'une année. Toutefois, il est hors de question d'appliquer ce modèle en Suisse, car il suppose la sélection des embryons.»

Source: Theres Lüthi, Le problème des grossesses multiples, Bulletin des médecins suisses, 2006, 21, 943-947.

Danemark

Beaucoup de prématurés

La presque totalité (99,8%) des naissances survenues entre 1995 et 2004 au Danemark a été prise en considération par une équipe de chercheurs qui constate une nette augmentation des naissances prématurées (moins de 37 semaines).

En dix ans, ce taux a connu une hausse globale de 22%. Si l'on ne tient compte que des primipares accouchant d'un seul enfant, la hausse est de 51%. Si l'on s'en tient aux seuls grands prématurés (22 à 28 semaines), elle est également de 51%. Les chercheurs ont calculé le risque en tenant compte de plusieurs facteurs: il est de 17,7% pour primiparité, de 14,3% pour grossesse multiple, de 7,2% pour habitudes tabagiques, de 5,7% pour déclenchement artificiel, de 5,1% pour FIV. Autre facteur en cause: le stress engendré par les demandes contradictoires entre famille et travail mais, là, les données manquent cruellement pour comprendre ce qui se passe vraiment...

Source: Jens Langhoff-Roos et al., «Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study». In: British Medical Journal, 22 avril 2006, 937-939.

PAN en France

Un entretien précoce systématique

Dans le cadre du Plan périnatalité 2005-2007, la Haute autorité de santé (HAS) a publié ses recommandations pour la pratique clinique de la préparation à la naissance et à la parentalité. Le 12 mai dernier, au Congrès de Montreux, la coordinatrice du projet Anne-Françoise Pauchet-Traversat a présenté et commenté ces recommandations qui instaurent un entretien précoce, individuel ou en couple:

«Les objectifs de cet entretien sont, d'une part, d'identifier les besoins de prévention, d'éducation et d'orientation au sein du système de santé, et d'identifier des fragilités chez la femme et le couple, d'autre part, afin de proposer des réponses cohérentes et adaptées par la mise

en œuvre de dispositifs d'aide et de soutien. Cet entretien doit avoir lieu dans le 1^{er} trimestre de la grossesse et fait l'objet d'une cotation spécifique à la nomenclature des actes professionnels. Les troubles de la relation parents-enfant pourraient être ainsi prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, une activation des professionnels autour des familles et par une cohérence des actions en continuité de la période anténatale à la période postnatale. Cette démarche permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur les possi-

bilités offertes par le système de santé, le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de

son enfant. (...) Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent



Photo: J. Fahner

modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice professionnel.»

Pour en savoir plus: www.has-sante.fr, rubrique «Publications».