

Mosaïque

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.



Le Prix Isabelle Sauvin récompense tous les trois ans les trois meilleurs travaux écrits en matière de cercles de qualité. Les prix (d'un montant de Fr. 1000.- chacun) ont été remis lors de l'Assemblée des déléguées 2006 à Montreux.

Photo: Gerlinde Michel

Post-partum quand il y a perte de l'enfant – résumé

Dans le travail de la sage-femme, il y a aussi l'accompagnement des femmes et des couples dont l'enfant meurt durant la grossesse, pendant l'accouchement ou peu après. Nous sommes alors confrontées à une situation qui nous interpelle personnellement par ses questions existentielles. Nous devons nous positionner par rapport à notre propre histoire de vie et de deuil, nous rappeler nos propres pertes et déceptions, et refléter la façon dont nous les avons vécues et intégrées dans notre vie. Pour que notre travail reste professionnel, nos compétences sont mises en jeu, de même que notre présence authentique. Dans des situations professionnelles aussi difficiles, afin de ne pas nous épuiser, nous devons bien prendre soin de nous-mêmes et évaluer à nouveau nos motivations professionnelles.

Les femmes, couples et familles concernées par la perte d'un enfant doivent être accompagnées de manière compétente aussi bien au niveau professionnel que humain. Cette étape de leur vie est souvent un tournant, certainement un moment sensible dont les effets auront

un impact sur leur vie future, de manière directe pour une éventuelle grossesse suivante, mais aussi en général sur leur vie de femme, de couple et de famille. La manière dont nous nous comportons envers les personnes concernées en ces temps délicats, peut soutenir – ou au contraire – entraver leur processus de deuil. Il s'agit donc de soutenir les parents et la famille en deuil, tout en respectant leurs compétences.

Lorsque l'enfant attendu vient à mourir, on a encore malheureusement tendance à négliger le post-partum de la mère en deuil. Une sage-femme qui sait ce que représente le post-partum dans tous ses aspects physiques et psychiques, prendra aussi en considération la situation particulière du post-partum lors de la perte de l'enfant. De par sa fonction, la sage-femme est la personne qui reconnaît la femme concernée en tant que mère, en tant que femme qui a été enceinte, qui a accouché et qui à présent est la mère d'un enfant décédé. La sage-femme part des réalités corporelles de la mère qui vient de perdre son enfant et l'accompagne dans son proces-

sus de post-partum. Arrêt de l'allaitement, involution de l'utérus, soins, rééducation du périnée et autres sont d'une part des sujets importants pour la santé de la femme en post-partum et constituent d'autre part une reconnaissance de la femme concernée comme mère en deuil.

L'acceptation de la perte et des sentiments qui y sont liés signifie pour les parents concernés tout un processus, qui évolue par étapes et par vagues. Le travail des professionnelles accompagnantes consiste à offrir un soutien compétent et humain dans le respect du parcours de vie particulier des femmes et familles concernées, mais aussi dans le respect de leurs propres limites et besoins.

*Marie-Christine Gassmann,
modératrice*

«Wochenbett bei Kindsverlust. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze für die Hebammenarbeit», 2005, Hebammen-Qualitätszirkel Bern. Par Kathrin Antener, Ursula Bühler, Marie-Christine Gassmann, Helen Gschwend Zurlinden, Franziska Käsermann, Agathe Löliger, Franziska Maurer, Maja Nussbaum, Elfi Thalhammer.

Commande: Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod (FpK), Postfach 480, 3000 Bern 25, Tel. 031 333 33 60, fachstelle@fpk.ch

Prix: SF. 33.- + frais de port.

Les bébés qui pleurent

Définition: Un nourrisson devient un «bébé qui pleure» quand il réunit 3 conditions: il pleurniche ou crie sans arrêt au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine, durant plus de 3 semaines.

Pleurs normaux: Durant les 3 premiers mois de la vie, les pleurs sont un langage caractéristique: depuis la naissance jusqu'à 6 semaines, les pleurs augmentent, puis ils diminuent jusqu'à 3 mois. L'intensité et la durée des pleurs varient beaucoup d'un enfant à l'autre et sont peu déterminés par le comportement des parents. Parfois, les pleurs sont dus à des causes précises, comme la faim ou la fatigue. Mais ils peuvent arriver sans cause précise. Ces pleurs non spécifiques surviennent de manière caractéristique durant la nuit.

Pleurer, c'est normal: Quand un bébé pleure, il veut communiquer quelque chose: j'ai faim, j'ai mal, je me sens seul ou n'importe quelle autre plainte. Un bébé pleure aussi pour maintenir l'attention de la personne (mère ou père) qui s'occupe de lui. Il arrive cependant que des nourrissons pleurent souvent et sans raison apparente. Dans ce cas, il vaut mieux consulter.

Diagnostics différentiels: Chez les bébés qui pleurent, il faut exclure les maladies suivantes: le reflux gastro-œsophagien, l'infection urinaire, l'otite aigüe moyenne et l'intolérance à la protéine du lait de vache. Les bébés qui pleurent et qui, en plus, souffrent d'un trouble du développement, peuvent présenter plusieurs maladies, comme par exemple des affections cardiaques, des troubles du métabolisme, des infections chroniques. Des

affections associées sont toutefois extrêmement rares.

Consultation: Le but de la consultation est le dépistage précoce de causes organiques, la mise en garde contre les thérapies coûteuses, interminables, voire même inadéquates, ainsi que la prévention d'une hospitalisation qui empêcherait l'insertion dans la vie familiale. Après une évaluation précise, des priorités seront fixées avec les parents et des objectifs échelonnés seront précisés. Le conseil comprend: explications et informations, détente, alimentation entre les pleurs, kinésithérapie (Infant Handling, Babymassage), moyens de diminuer l'excitation, structuration de la journée, portage en écharpe, moyens de sécuriser et de reconforter.

Thérapies: Les médicaments (facilitant le tractus intestinal ou l'activité cérébrale) que l'on administrait par le passé ne sont plus pris en considération. Ce sont plutôt des mesures de thérapie comportementale qui sont valorisées. Si l'on constate chez les parents d'un enfant qui pleure de manière excessive des symptômes de stress psychique ou psychologique, une thérapie individuelle ou familiale s'impose. En Allemagne et en Autriche, la plupart des concepts de prise en charge ambulatoire ou de consultation comprennent une hospitalisation de courte durée ainsi qu'un travail d'analyse de vidéos, permettant de visualiser les interactions parents-enfant et, au besoin, d'intervenir pour améliorer la situation.

Dans certains cas, des thérapies complémentaires sont utilisées de manière répétée, comme l'aromathérapie, la biorésonance, l'homéopathie, les sels Schüssler, la technique de la métamorphose, la kinésiologie, l'ostéopathie/la thérapie cranio-

sacrale, la phytothérapie (carminative, spasmolytique, sédative) ainsi que la médecine traditionnelle chinoise. La réussite de ces différentes thérapies augmente quand elles sont combinées.

Infections à streptocoques B

Préambule

Les bactéries du groupe streptocoques B sont les principales causes de septicémie chez les nouveau-nés. L'administration sub partu d'antibiotiques par intraveineuse diminue la transmission de la mère à l'enfant. Mais il faut traiter 1000 femmes donnant naissance à terme pour que 6 enfants puissent en bénéficier effectivement. En cas d'accouchement avant terme, il y a un risque d'infection nettement plus élevé. C'est pourquoi une prophylaxie antibiotique est alors d'une grande utilité. Aussi bien au niveau international que national, il existe des procédures très diverses concernant le diagnostic de streptocoques B en cours de grossesse, la prophylaxie à la naissance et la surveillance des nouveau-nés à hauts risques. L'objectif de ce travail était de fixer des critères de décision en présence de streptocoques B pour les naissances à domicile.

Méthode

Une recherche de littérature a été faite sur les banques de données PubMed, Midirs et Google et un questionnaire a été envoyé à 15 maternités et 2 maisons de naissance.

Résultats

12 cliniques et 2 maisons de naissances ont répondu, montrant des différences dans la procédure. La majorité des institutions réalisent un screening de streptocoques B et administrent des antibiotiques dès la nais-

Annexe: Littérature, listes d'adresses, numéros d'urgence, contacts, protocole sur 24 heures, diagramme.

«Schreikinder. Eine Arbeitshilfe von Hebammen», 2004, Qualitätszirkel Ostschweiz. Par Ursina Arnold, Elke

ce. Les maisons de naissance ne font pas de screening. Elles administrent des antibiotiques dès la naissance seulement en cas de résultat positif transmis par le laboratoire d'analyses, mais pas de façon routinière.

Sur la base de travaux scientifiques, la littérature mentionne les 3 directives suivantes:

- 1) Pas de screening, antibiotiques par voie intraveineuse sub partu en cas de facteurs de risque tels que fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$, rupture des membranes ≥ 18 heures, naissance avant terme, septicémie après naissance avec streptocoques B, streptocoques dans les urines.
- 2) Screening entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse, prophylaxie antibiotique en cas de facteurs de risques additionnels.
- 3) Screening entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse, administration sub partu d'antibiotiques par voie intraveineuse en cas de résultats positifs.

Lors de l'administration de pénicilline, le traitement de choix en présence de streptocoques B, le risque d'allergie est de 10%. Des réactions anaphylactiques apparaissent, selon les études, chez 4 pour 100 000 à 4 pour 10 000 patient(e)s.

Pour la surveillance des nouveau-nés, il existe aussi différentes procédures. En cas de prophylaxie antibiotique, une naissance ambulatoire est possible sans facteur de risques additionnels.

Bispinghoff, Sandra Egli, Sofia Eichmann, Anna Heldstab Indermaur, Elisabeth Kornmaier, Heidrun Winter.

Commande: Elisabeth Kornmaier, Knebelstr.2, CH-8268 Mannenbach, e.kornmaier@bluewin.ch

Prix: FS. 25.-/ Euro 16.- + frais de port.

Conclusions

D'après les données actuelles à disposition, une recommandation générale de Screening streptocoques B durant la grossesse ne s'avère pas nécessaire. Les femmes enceintes doivent toutefois être informées à ce sujet et, à partir de là, pouvoir choisir.

Pour ce qui concerne l'élaboration de directives obstétricales suisses au sujet des streptocoques B, seule l'Université de Genève a jusqu'ici travaillé dans son cadre épidémiologique local. Il existe donc un besoin d'études à ce sujet.

En cas de naissance à domicile, le traitement antibiotique est à déconseiller. En cas de traitement pour facteurs de risque tels que rupture prématurée des membranes ≥ 18 heures et fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$, une hospitalisation est indispensable. Indépendamment du résultat concernant les streptocoques B, le bébé né à la maison doit être surveillé par la sage-femme au moins jusque 4 heures post-partum. Une 2^e et une 3^e visites doivent suivre dans les délais les plus courts.

«Bakterien der B-Streptokokkengruppe in der Häuslichen Geburtshilfe», 2005, Qualitätszirkel Zürich und Umgebung. Par Elisabeth Ballarini, Ursula Greuter, Blanca Landheer, Bettina Suter.

Commande: Hebammen-Praxis Winterthur u. Umgebung, Blanca Landheer, Römerstrasse 231F, CH-8404 Winterthur, Tel. 052 242 74 84, landheer@hebammen-winterthur.ch

Prix: SF. 25.- + frais de port.

Benoît Bayle

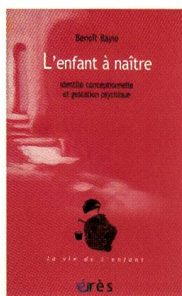
L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Ramonville Sainte-Agne, Erès, 2005, 391 p.
ISBN 2-7492-0487-9

Benoît Bayle, psychiatre, postule que dès la naissance, l'enfant est porteur d'une identité conceptionnelle, dont il n'est pas conscient, et qui découle de l'histoire de ses parents, de sa conception, du déroulement de la grossesse et de la naissance, du contexte historique et culturel dans lequel il s'inscrit. De ce point de vue, l'enfant naît porteur d'un certain nombre de «déterminités» qui vont influencer son développement, ses relations, la manière dont ses parents vont tenir leur rôle vis-à-vis de lui et peut-être expliquer certaines psychopathologies futures.

Pour étayer ses hypothèses, l'auteur met en évidence, à travers une revue de littérature scientifique, les concepts élaborés durant le 20^e siècle sur le «devenir parent», le développement intra-utérin du bébé, etc. Cette démarche s'avère très large, riche, et fait un remarquable état des lieux. Elle est contextualisée à travers différentes thématiques qui posent d'emblée la question de cette identité conceptionnelle: l'enfant de remplacement, les enfants du viol et de l'inceste, la survivance périconceptionnelle



et prénatale, les négations de grossesse, les conceptions chez les parents psychotiques et les enfants issus des AMP. Des vignettes cliniques imagent le discours. Chaque chapitre peut se lire pour lui seul en fonction des intérêts. Un dernier chapitre fait la synthèse des concepts de la psychologie de la grossesse et met bien en valeur les liens entre maternité psychique et physique.

Un autre intérêt de l'ouvrage est de se positionner autant du point de vue des enfants que de celui des parents. Cela permet aux professionnels de trouver des pistes d'action et met en évidence les obstacles qu'ils rencontrent dans leur pratique. L'auteur ne se montre jamais jugeant, est plein de nuances et de mansuétude, sans toutefois être naïf et béatement optimiste. Cette humanité sert tout à fait son propos et permet un regard original. En ce qui me concerne, j'ai énormément apprécié cet ouvrage malgré ma difficulté à adhérer au concept de survivance périconceptionnelle. Cet ouvrage s'adresse à des professionnels.

Corinne Bulliard

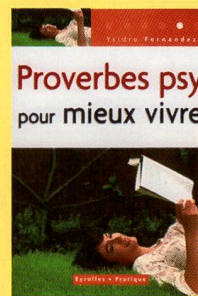
Yldro Fernandez

Proverbes psy pour mieux vivre

Eyrolles Pratique, 2005, 167 p.
ISBN = 2-7081-3596-1

L'auteur, psychologue, nous convie donc à une visite dans des proverbes expliqués, puisés dans sa galerie perso. Survol des thèmes: amour, bonheur, changement, défenses, dépression, idéal, identité, manque, parents-enfants, pensée-action, rapport aux autres, risque, thérapie, violence. Ça, on trouve dans tous les rayons «bien-être» des librairies, un peu avant Rufo et Salomé, alors, il a intérêt à «se différencier» le psy Fernandez!

Essayons dans le rayon parents-enfants: Aïe aïe aïe, écoutez, «enfant trop sage, mauvais présage», «trop arroser noie le rosier», «poussin chasse coq», carrément bateau. Allez, je suis tombée sur les nuls par mégarde, essayons aux risques, j'ai besoin d'en prendre là: «qui veut tenir la barre doit larguer les amarres», «maison sans murs n'est pas sûre»; le sommet, du Raffarin texto! Et là, carrément (j'ose?), «après coup,



nul n'échoue», on verse dans le pédant (un pédant est un homme qui digère mal intellectuellement, dicit Renard et Le Robert).

Non, je suis en rogne. En fait, point n'est besoin de chercher: elles sont toutes de la même veine, ces sentences (je n'ose dire proverbe, par égard pour La Fontaine). «Soleil reste pareil» (nous nageons tous dans l'illusion que le soleil se lève et se couche), «la recette ne fait pas le cuisinier», «baisser les bras avance le trépas», «qui mange, chie» (sic!), j'arrête là, je suis dégoûtée. Soit l'auteur vit dans ce monde-là, et je propose qu'on l'y laisse poliment, soit il se fout de nous et je vous convie à des lectures plus originales, plus riches, plus uniques! Ah, quand même, une petite, la dernière phrase en fait, pas bête: «moins j'ai confiance dans la vie, plus j'en chercherai le sens». Allez, tout n'est pas perdu.

Pascale Chipp, sage-femme

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement

Guide destiné à la sage-femme et au médecin

2004, OMS
ISBN 92 4 254587-2

Il m'est difficile de résumer ce «petit dictionnaire» d'environ... 400 pages. Non conseillé à tout à chacun, mais réservé aux professionnels que nous sommes (?), ce guide peut certainement nous être très utile! Il me faut d'abord en comprendre le maniement: 4 chapitres de pages cartonnées facilement maniables contenant

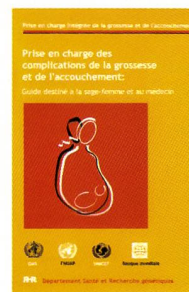
1. des principes cliniques tels que l'évaluation rapide de la

situation; des principes généraux comme la prévention des infections, l'antibiothérapie, la transfusion, etc.;

2. les symptômes, tels que saignements, convulsions, fièvres, méconium dans le liquide amniotique; les douleurs abdominales; mais aussi la prise en charge d'un «faux» travail;
3. les interventions, comme les versions, stimulations, provocations, instrumentations, épisiotomie (etc.)
4. et, enfin, un appendice avec une liste de médicaments

d'urgence ainsi qu'un index qui, peut-être, est la clé de ce trésor (?).

J'en ai trouvé la lecture monotone (car on vous explique vraiment comment se laver les mains ou encore qu'il faut poser une voie veineuse et surveiller les signes vitaux lors d'une transfusion), mais instructive sur le contenant (très bonne remise à jour des connaissances). C'est aussi un bon support métho-



dologique en cas de pépin, même si je me vois mal feuilleter le livre et donner la «recette» du comment faire à l'assistant qui m'accompagnerait ou à une collègue.

Enfin, bref, à vous d'en faire bonne lecture et meilleur usage possible. Difficile à mettre dans sa poche mais à garder à bonne distance «au cas où»!

Fabienne Rime,
infirmière sage-femme