Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 103 (2005)
Heft: 6

Artikel: Le point de vue d'un médecin
Autor: Chabloz, Patrick / Bodart Senn, Josianne
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950056

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: 08.07.2025

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

Témoignage

Un film pour réagir

C'est histoire d'un accouchement difficile et de ses suites. Elle se passe dans un monde qui ne nous est guère familier: le désert de Gobi, une communauté nomade mongole, une chamelle et son petit. C'est peut-être cette distance qui facilite l'expression de nos craintes ancestrales ou le surgissement d'émotions enfouies.

Eva raconte ce documentaire qu'elle a visionné presque trois ans après la naissance de son deuxième enfant. «Il y avait dans cette histoire l'accouchement difficile et horrible de ce chameau. Je ne pouvais presque pas regarder son immense douleur. Quand, enfin, le petit chameau est né, la mère ne voulait pas de lui. Elle l'écartait à coup de pattes et elle a fini par partir loin de son petit. Alors, les gens de la communauté mongole ont fait venir des musiciens pour soigner l'âme du chameau. Et le chameau s'est mis à pleurer. Petit à petit, il a laissé son petit s'approcher. A ce moment, j'ai réalisé – après presque trois ans – que j'avais moi aussi eu un accouchement traumatique. Et je me suis mise à pleurer toutes les larmes de mon corps dans la salle obscure.»

Eva m'explique: «J'ai eu pour ce deuxième enfant des problèmes d'allaitement très importants: des engorgements à répétitions, des douleurs à ne pas fermer l'oeil. J'ai arrêté d'allaiter quand mon enfant a eu quatre mois. Le plus dur, ce fut d'entendre les cris de mon petit qui, au début, refusait le lait artificiel. Mais moi j'étais au bout de mes forces. Quand j'ai vu ‹Le chameau qui pleure›, j'ai désiré revenir en arrière et pouvoir recommencer cet allaitement si difficile. J'ai compris que ce qui m'avait traumatisée avait empêché le lait de couler. Je ne pouvais pas créer ce lien. Il y avait un obstacle en moi. C'est un grand regret aujourd'hui. Et, durant tout ce temps qui a suivi la naissance, je n'ai jamais pleuré... »

Qu'avait dont vécu Eva? Au fil du récit, je comprends qu'il s'agit sûrement de la très controversée technique du Kristeller. Le vécu d'Eva est troublant, ses mots très forts: «Oui, ma tête me disait, le médecin a raison, le bébé doit venir. Mon corps me disait: il va me tuer en appuyant de toute sa force sur mon ventre. J'avais le sentiment d'avoir mal fait, de ne pas avoir eu assez de force. Et le pire, c'était comme si l'enfant n'était pas tout à fait à moi.»

Eva prend du recul par rapport à cette expérience traumatisante et conclut: «Je crois que la sage-femme, comme la famille mongole pleine de compassion qui a entouré la chamelle, devrait être celle qui soigne le corps dans tous ces aspects pratiques, celle qui donne des recettes, mais celle aussi qui soigne ou est à l'écoute de l'âme des femmes. Je n'ai pas pu partager ma douleur avec une sage-femme à ce moment-là. Je n'en étais moi-même pas consciente. Le film m'a révélé ce qui faisait mal au plus profond de moi.»

Christiane Allegro en compagnie d'Eva.

«L'histoire du chameau qui pleure» est un film de B. Davaa et L. Falorni (2003, 90 minutes, en version française ou allemande, aussi en DVD). Christiane Allegro, sage-femme, membre de la commission de rédaction de «Sage-femme.ch», en a entendu parler par une femme qui disait avoir été profondément émue par ce documentaire qui se passe en Mongolie et qui a réveillé en elle des souvenirs douloureux. Cette femme a bien voulu en témoigner sous le couvert de l'anonymat. Nous l'en remercions vivement. Eva est donc un prénom fictif.

Durant l'été, les chamelles du troupeau mettent bas en Mongolie. Tout se passe bien, sauf pour l'une d'elles. Selon la tradition, les nomades font alors appel à un violoniste chargé d'émouvoir la chamelle et de la réconcilier avec son petit.

Entretien

Le point de

C'est en s'intéressant au vécu personnel des femmes qui vont accoucher ou qui viennent d'accoucher, que le Dr Patrick Chabloz a pris conscience des effets traumatisants que peut avoir un accouchement. De cette expérience professionnelle, il retient que l'accouchement traumatisant n'est finalement que le reflet de choses mal vécues auparavant, en particulier dans la vie sexuelle passée. Pour lui, l'essentiel est de ne pas s'arrêter sur un échec.

SF-CH: Un «heureux événement», tout le monde sait ce que c'est... Mais quand cet événement n'est pas «heureux», comment le remarque-t-on?

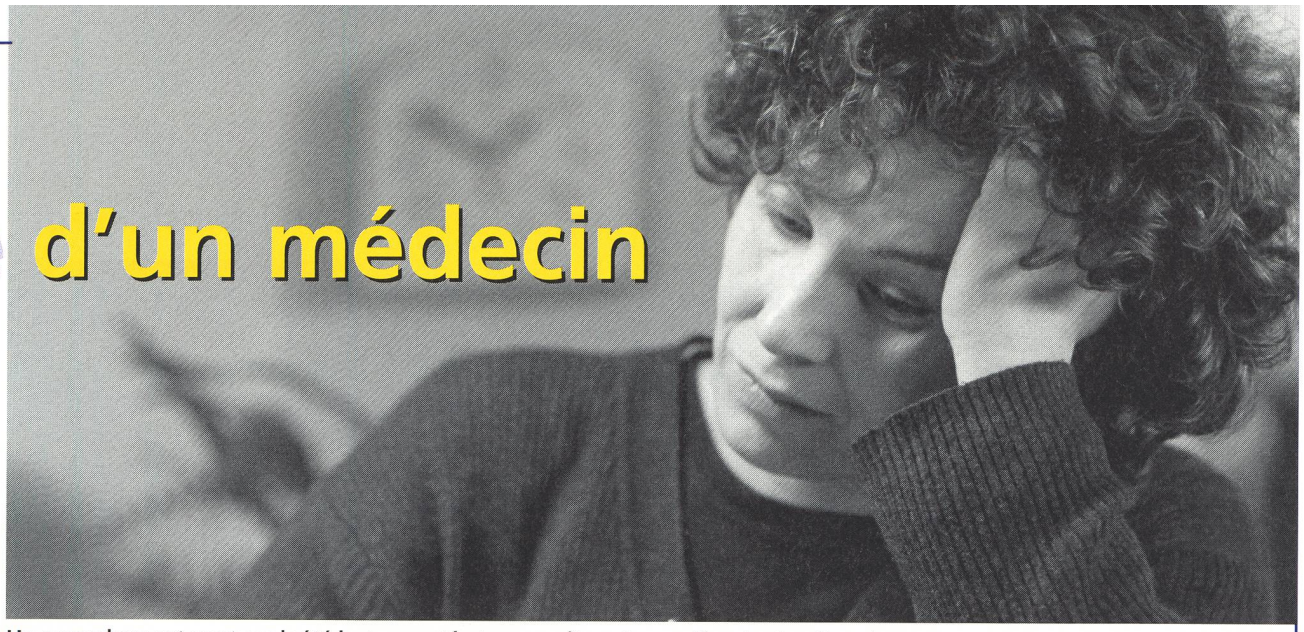
Dr Chabloz: En posant des questions, tout simplement. De manière systématique, dans le post-partum immédiat, je suis très attentif quand l'accouchement a été instrumenté (épisiotomie, forceps ou ventouse). Lors de la consultation des six semaines post-partum, je demande à toutes les patientes si elles ressentent des douleurs résiduelles et, à partir de là, un dialogue peut repartir. Certaines disent ne rien ressentir et garder un bon souvenir de leur accouchement. D'autres ont fait un auto-examen de leur vulve et les interrogations viennent d'elles-mêmes, souvent en lien avec leur vie sexuelle d'avant ou avec ce qu'elles vivent à ce moment-là.

Comment avez-vous vous-même pris conscience de ces «zones d'ombre» de la maternité?

En dialoguant lors des consultations. Les études de médecine ne nous y préparent pas: il y est bien question de blessures physiques de l'accouchement, mais pas des traumatismes psychiques éventuels, ni du lien avec la vie sexuelle (avant, pendant ou après la grossesse). De cela, on ne parle pratiquement pas. Il y a aussi des femmes qui ont vécu des relations sexuelles traumatisantes (avec traumatismes vaginaux) et elles sont plus nombreuses que l'on ne pense. Si on les écoute vraiment, elles disent: «Non, là, on n'y touche pas».

Quand un accouchement a été traumatique, la femme n'en parle pas volontiers... Ce sont des choses difficiles à dire...

vue d'un médecin



Un accouchement peut avoir été instrumenté et ne pas être «traumatisant», tandis qu'un autre peut, apparemment, ne pas avoir présenté de complications et avoir laissé une profonde «blessure» dans les souvenirs de la femme qui redoute une nouvelle naissance.

Photo: Susanna Hufschmid

Il faudrait, à ce propos, bien distinguer «traumatique» et «traumatisant». Un accouchement peut être difficile, présenter de grosses complications, nécessiter d'être instrumenté... et, finalement, on se rend compte qu'il n'a pas été «traumatisant» dans l'esprit de la femme. En revanche, une simple auscultation, la vision des cuillères du forceps, voire une parole trop brusque en salle d'accouchement, peuvent «blesser» la parturiente et déclencher un «trauma». Par après, cela se voit à peine mais le souvenir est bien vivace. Lors d'une consultation, je me dis parfois: «Tiens, cette patiente est bien crispée, beaucoup plus que la précédente... Pourquoi? Restons très attentif! Elle a sans doute des choses à me dire...» C'est aussi une question de degrés: un accouchement peut avoir été «traumatique» aux yeux du médecin puisqu'il a été instrumenté, mais tout va très bien du côté de la femme; un autre accouchement n'a pas présenté de difficultés spéciales, mais il était tellement éloigné de l'idée que s'en faisait la femme qu'il a finalement été «traumatisant».

Dr Patrick Chabloz, médecin adjoint, Gynécologie-obstétrique et Maternité, Hôpital de Pourtalès, Neuchâtel.

Y a-t-il de « bons » moments ou «bons» endroits pour susciter le dialogue?

C'est un travail qui se fait dès la première grossesse, avant le premier accouchement. La femme a des idées sur l'accouchement, mais elle n'a pas vécu cette expérience. Je lui demande alors: «Quelles sont vos attentes particulières? De quoi avez-vous peur? Y a-t-il des choses que vous ne voulez absolument pas vivre?» Certaines craignent que le bébé soit trop gros ou que leur bassin soit trop étroit. Elles ont surtout peur des conséquences pour leur corps: «Ne va-t-il pas y avoir trop de dégâts là en-bas?»

Pour une deuxième grossesse, la femme a ses propres souvenirs, bons ou mauvais, et ses craintes s'enracinent dans ce passé, dans son histoire personnelle. Je demande plutôt: «Comment avez-vous vécu votre premier accouchement? Comment cela s'est-il passé pour vous? Est-ce qu'il y a des choses que, vous, vous ne voulez plus jamais revivre?» Alors, certaines choses ressortent: nombre de femmes n'osent pas mettre le doigt dans leur vagin et connaissent mal leur corps. On en parle. On cherche des solutions ensemble.

Mais, il n'y a pas de recettes, pas de grille d'entretien à suivre. Il suffit de se mettre à l'écoute et de prendre le temps d'écouter attentivement. Et de créer les conditions favorables.

Il n'y a aucune méthode, mais beaucoup de bons sens. Un déclic se fait parfois et le dialogue commence. Quand le problème est plutôt complexe, j'oriente vers un psychothérapeute ou un sexologue. Il ne peut y avoir une répartition préalable de ce travail: tout doit être réglé au cas par cas. Et puis, tout dépend de ce que les gens (la femme et son partenaire) ont envie d'investir... et de ce à quoi ils aspirent dans leur propre vie...

D'après votre propre expérience professionnelle, que faut-il pour surmonter le «trauma» éventuel d'un accouchement précédent?

Toute femme a plus ou moins peur de l'accouchement mais elle trouve les moyens d'apprivoiser, à sa manière, cette peur. Pour certaines, la césarienne (dite «de convenance») sera une solution. Ce n'est pas la césarienne en elle-même qui importe, mais le fait qu'elle se dise enfin «OK, je suis prête» et que cela se passe bien. Elle peut aussi dire plus vaguement «Aidez-moi» et on voit ensemble où est le problème. Encore faut-il qu'elle trouve une oreille attentive à cet appel. Dans l'urgence, on ne peut rien faire: il faut savoir prendre le temps.

En revanche, je pense qu'une femme qui n'est pas prête a peu de chance d'être à nouveau enceinte. Parfois, c'est un problème de vaginisme qui existait déjà avant l'accouchement traumatique (et ce problème constitue lui-même un contraceptif). A l'examen, il n'y a rien d'anormal. Tout est dans la tête, si l'on peut dire, mais ce travail est d'autant plus long et difficile... C'est parfois le début d'un long dialogue.

Y a-t-il encore différentes phases de «sortie du trauma»?

Non pas vraiment mais, encore une fois, cela peut prendre du temps. Pour une dizaine de mes patientes, il a fallu deux ans avant que «l'idée» d'une nouvelle grossesse n'apparaisse à nouveau. Avec la confiance, on y arrive. L'essentiel est de ne pas s'arrêter sur un échec. Vous savez, l'accouchement traumatisant n'est finalement que le reflet de choses mal vécues auparavant.

Que peuvent faire les médecins ou les sages-femmes juste après un accouchement?

Comme je l'ai dit: le médecin peut poser des questions, simplement, en se centrer sur le vécu personnel de la femme. La sage-femme hospitalière, elle, a peu de possibilités: en tout cas, pas dans nos structures hospitalières actuelles. Il n'y a pas l'intimité requise... Et puis, ça ne se règle pas en une seule fois, surtout pas au moment fort de l'accouchement lui-même.

Par contre, la sage-femme travaillant à domicile ou la sage-femme faisant de la rééducation périnéale remarquent souvent certaines choses et peuvent attirer l'attention du médecin.

Propos recueillis par Josianne Bodart Senn

www.tabs.org.nz

Conseils aux mamans

«Trauma And Birth Stress» (TABS) est un groupe d'entraide fondé par des mères néo-zélandaises. Il donne, entre autres, quelques idées aux femmes désireuses d'intégrer l'événement traumatisant:

- Ecrire sa version des événements, dans une lettre ou un journal intime (l'écriture devrait aider à donner sens aux événements et à clarifier ses émotions);
- Parler à une personne de confiance;
- Créer un réseau de soutien parmi la famille, les amis et les professionnels de la santé;
- Etablir un rythme de vie stable;
- Veiller à s'alimenter sainement;
- Donner un avis sur les soins reçus (par une discussion avec un professionnel, en écrivant une lettre ou en déposant une plainte officielle).

TABS explique que mettre au monde un bébé est une «expérience monumentale» dans la vie de n'importe quelle femme. Pour chacune, il est par conséquent important de se remémorer cet événement émotionnellement fort. Qu'il soit bon ou mauvais, son souvenir doit être pris en considération et «reconnu» par quelqu'un qui «sait» écouter.

Plus l'expérience a été stressante, plus il faut parler, à plusieurs reprises, en plusieurs séances. Les amies et les proches peuvent se montrer très sympathiques, mais elles sont généralement aussi «très (trop) prises» par cet événement.

Interventions précoces

Une seule séance de soutien professionnel suffit-elle?

Photo: Susanna Hufschmid

Dans sa panoplie, la sage-femme dispose aussi de chaleur, de compréhension, d'une oreille attentive. Surtout, lorsqu'elle travaille à domicile. Ou bien encore dans un groupe restreint.

Dans une revue de la littérature scientifique, J. Gamble et ses collègues analysent trois études où des sages-femmes pratiquent des entretiens dans les premiers jours postpartum. Une première étude indique des niveaux d'anxiété et de dépression plus bas dans le groupe ayant participé à un entretien non structuré et interactif. Deux essais contrôlés randomisés suggèrent au contraire qu'une seule séance de *debriefing* ne réduit pas la prévalence de dépression et n'est pas associé à une amélioration de la santé générale. Toutefois, dans ces trois études, les femmes signalent qu'elles étaient satisfaites de l'intervention, que cela les avait aidées; qu'elles s'étaient senties mieux préparées pour leur retour chez elles. Il semble par ailleurs que l'état de fatigue de la mère dans la période de postpartum immédiat pourrait l'empêcher de s'engager dans une discussion en profondeur au sujet de l'accouchement.

Source: Jenny A. Gamble et al.: A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress, *Midwifery*, 2002, 18, 72–79.

Stratégies spontanées

Comment s'en sortent-elles?

Dans une étude qualitative de 23 femmes ayant vécu un accouchement causant une extrême détresse, S. Allen a analysé, à l'aide d'un questionnaire et d'interviews semi-structurés, les stratégies mises en place par ces femmes.

L'auteure dégage deux processus de gestion du stress lié à l'accouchement: l'un où la détresse était réduite et l'autre où la détresse persistait à 10 mois postpartum.

Les stratégies efficaces sont: réinterpréter positivement les événements; penser à l'événement; prendre du temps pour ses propres intérêts loin du bébé; accéder à un soutien émotionnel et pratique.

Les stratégies inefficaces sont: avoir peur d'admettre la difficulté à sortir de la crise; éviter de penser à l'événement; échouer dans les essais d'accéder à un soutien; éviter de parler de l'événement.

Source: S. Allen: A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic birth, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1998, 16, 107–131.

Sondage

Sources d'insatisfaction

L'Association française «Naissance et citoyenneté» a interrogé plus de 600 femmes pour savoir ce qu'elles pensaient des gestes qui leur sont imposés en maternité.

89% pensent avoir été bien informées durant leur grossesse, mais 39% s'estiment frustrées ou insatisfaites en repensant à leur accouchement. Les mères bien informées – et celles qui ont déjà l'expérience d'un premier accouchement – ont mieux accepté épisiotomie, sonde urinaire ou déclenchement, parce qu'il y avait un véritable dialogue.

C'est le cumul de pratiques contraignantes (rasage, jeûne, immobilisation durant le travail, trop nombreux touchers vaginaux, trop de personnel en salle d'accouchement, mise hors champ de vision de la mère du nouveau-né, etc.) qui les affecte surtout.

Source: Pratiques obstétricales: 39% des femmes frustrées par leur accouchement, *Profession Sage-femme*, mars 2004, 14.

Interventions tardives

A domicile plutôt qu'à l'hôpital

Deux sages-femmes anglaises ont évalué leurs interventions auprès de 46 femmes rencontrées à Oxford (Grande-Bretagne) au-delà de 28 jours après la naissance, en moyenne une année après. Bien qu'une seconde séance leur était proposée, une séance suffisait pour toutes les femmes.
Deux d'entre elles furent référées au psychiatre, l'une d'elles souffrant de PTSD. Plus de la moitié (25 femmes, soit 54%) auraient eu des raisons de porter plainte, mais ne le firent pas suite à leur entretien. Une majorité (39 femmes, soit 84%) choisirent leur domicile comme cadre de rencontre. Toutes se montrèrent satisfaites.
Les contenus de la séance étaient: la narration de l'accouchement, des compléments d'information, une validation de l'expérience, une possibilité d'exprimer des émotions non encore exprimées (colère, plaisir), compréhension des attentes non réalisées, la formulation de projet pour les futures grossesses.

Source: Julie A. Smith; Salli Mitchell, Debriefing after chidbirth: a tool for effective risk management, *British Journal of Midwifery*, november 1996, 581–586.

Flash-back

Une heure d'écoute attentive personnalisée

Une obstétricienne anglaise relate son expérience auprès de 104 femmes suivies à Reading (Grande-Bretagne). Là aussi, il existait une possibilité de deuxième séance, mais les femmes n'en ont eu que rarement besoin.
Douze femmes furent référées au psychologue, avec chaque fois un résultat positif. Les femmes, parfois accompagnées de leur partenaire ou de leur enfant, étaient reçues dans un cabinet meublé comme un salon (sans aucun équipement hospitalier). Les contenus de la séance étaient: une explication de la structure de la séance, une écoute de la femme racontant sa propre expérience de l'accouchement, une analyse et une explication du partogramme et du dossier, une évaluation de l'état psychologique de la femme (avec recherche de symptômes de dépression et de PTSD), la formulation de projet réaliste pour les futures grossesses, les excuses officielles de la direction si nécessaires.

Source: Helen Allot, Picking up the pieces: the post-delivery stress clinic, *British Journal of Midwifery*, 1996, 4, 534–536.

Choc culturel

Des groupes de parole à Paris

«L'Arbre à palabres» est un lieu où des femmes sur le point d'accoucher – ou venant tout juste d'accoucher – viennent dire, à une obstétricienne et une sage-femme, ce qui les choque, ce qui les perturbe, ce qui est susceptible de les traumatiser dans le suivi médical. Depuis 1996, ces réunions mensuelles sont organisées à la Clinique des Bluets pour permettre aux femmes d'origine africaine d'exprimer leurs inquiétudes face aux pratiques obstétricales occidentales et leurs propres représentations de la maternité.
Une étudiante en ethnologie, Louisa Terrien, a suivi attentivement ces réunions et révèle toute la complexité de ce choc culturel qu'est la naissance de son enfant en terre étrangère: «Ces interrogations, ces questions peuvent être liées à leur histoire personnelle ainsi qu'à des valeurs et des représentations culturelles par rapport à leur corps, à la fécondité, à l'accouchement, à la douleur...» Ces femmes d'origine africaine – de la première ou deuxième génération – ont bien conscience des capacités de la médecine occidentale, mais elles n'en comprennent pas tous ses intérêts. Pour elles, les prises de sang sont trop fréquentes et il y a, de la part de l'équipe médicale, une anticipation démesurée de problèmes éventuels. Beaucoup d'entre elles pensent que l'on césarise davantage les femmes d'origine africaine pour permettre aux médecins de «s'entraîner» ou «de gagner du temps». Elles ne pensent jamais aux risques encourus par le bébé qui, pour elles, «n'existe pas encore». Elles ont de la peine à assimiler la notion de «souffrance fœtale». Elles répondent: «Ce sont les femmes qui souffrent, pas le bébé!»
Dans cette perspective, une césarienne ou une épisiotomie signifient que le corps n'a pas été capable de faire l'enfant et que la femme en gardera les traces toute sa vie: «comme une blessure narcissique, un échec, une sorte de trahison par rapport à leur rôle de mère, dans leur famille et dans leur communauté.» Et elles considèrent alors «ne pas avoir vraiment accouché» puisque «mettre au monde, c'est une chose très naturelle» et elles n'ont pas pu mener à bien cette épreuve.
Une femme africaine doit en quelque sorte savoir accoucher seule – ou presque, avec un minimum d'aide – mais elle bénéficie ensuite de tout un réseau d'entraide pour s'occuper de son nouveau-né.
Dans les pays occidentaux, c'est l'inverse qui se passe: il y a relativement beaucoup de monde dans la salle d'accouchement et plus personne – ou presque – dans les jours qui suivent. Dans tous les cas, il est bon de le savoir... pour mieux comprendre les résistances et expliquer sans rien imposer, ni stigmatiser.

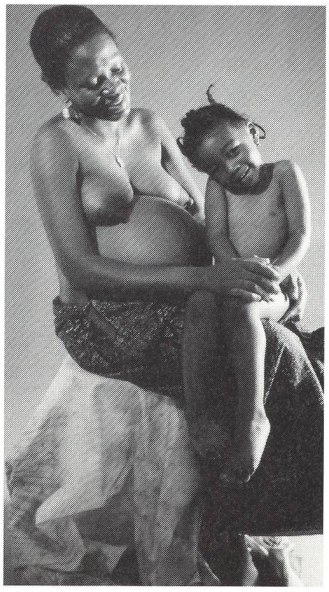


Photo: Rachel Silvestone

Accoucher dans un autre pays que le sien va pouvoir raviver des sentiments d'isolement, d'étrangeté, chez beaucoup de femmes immigrées, entraînant repli sur soi et parfois même refus de certaines décisions.

Source: Louisa Terrien, Des parturientes d'origine africaine et leur maternité en France: les réunions de «l'Arbre à palabres», lieu d'expressions interculturelles, *Migrations et Santé*, 2004, n. 119, 7–30.

François Sirol

La décision en médecine fœtale

2002, Ed. Erès, Coll. Mille et un bébés, 144 pages, ISBN: 2-7492-0066.0

Voici un petit ouvrage bien utile pour les sages-femmes confrontées au diagnostic prénatal et au deuil anténatal dans le cadre de l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) ainsi que de la mort in utero. Il aborde des aspects éthiques et légaux de l'ITG, forcément conséquente de ce progrès à double tranchant. Il dit l'importance de chaque mot prononcé par l'échographiste dans l'annonce du diagnostic: là où la haine, la colère envers le médecin, les sentiments de culpabilité et d'injustice révèlent toute l'ambivalence des futurs parents. Ceux-ci vivent un véritable drame bien documenté par quelques cas cliniques, illustrant comment chacun donne un sens à cet événement.

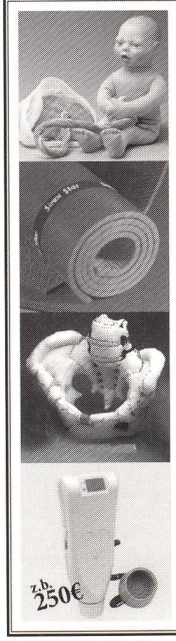
Pour la sage-femme, actrice de premier plan de l'ITG, connaître et comprendre l'implication des sentiments de la future mère pour le fœtus, est crucial. Est aussi abordé le «concept de haine» pour le fœtus. Surprenant et dérangeant dans un premier temps, il donne un éclairage sur les bouleversements psychiques induits par la parentalité.

Ainsi, le fœtus malade (ou mort in utero), éveille un retour de sa mère aux étapes infantiles qui ont été source de haine, et s'il survit la relation mère-bébé peut en être altérée.

Par de nombreuses références psychanalytiques, l'ouvrage ouvre la réflexion sur le deuil anténatal du fœtus réel et fantasmé. Il semblerait que plus la femme avance dans sa grossesse, plus l'attachement augmente et plus le travail de deuil de cette naissance sans vie est concret.

Le livre conclut sur les possibilités d'actions thérapeutiques du psychiatre et sur les questionnements éthiques incessants, soumis aux équipes médicales dans le cadre de l'interruption thérapeutique de grossesse.

Christine Dutoit



Rikepa Demo

Warum wo anders suchen, wenn Sie bei uns alles finden!

Wir sind spezialisiert auf Geburtshilfliches Lehr- u. Demonstrationsmaterial wie: Becken-, Fetal-, Uterus-, Plazentamodellen uvm Stillen-, Geburtsatlanten, Simulatoren, Doppler CTG Geräte, Waagen, Instrumente, Matten, Bälle, Praxisbedarf und viel mehr.

Wir garantieren für unsere Preise und Qualität

Fragen Sie nach unseren monatlichen Angeboten. Fordern Sie unseren kostenlosen Katalog an!

Odenwaldring 18A • 64747 Breuberg • Germany
fon: +49 6165 912204 • fax: +49 6165 912205
E-Mail: rikepademo@aol.com • www.rikepademo.de

Rosette Poletti – Barabara Dobbs

Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre

La voie du coquelicot

2004, Ed. Jouvence, 48 pages, ISBN: 2-88353-355-5

Ce petit ouvrage construit sous forme de textes courts accompagnés d'illustrations photos invite le lecteur à la remise en question et à la réflexion sur sa propre relation avec l'autre. C'est un livre, sans grande théorie de communication, qui met en évidence par ces textes succincts mais profonds la complexité de la relation à l'autre et les barrières qui se trouvent autant du côté du soignant que de la personne soignée.

C'est ainsi qu'à travers ces pages, le lecteur est poussé à la réflexion et à la méditation de son vécu et peut-être de l'essence même de l'aventure humaine qu'est la rencontre et la communication avec autrui. La communication est un des outils favorisant le développement de chacun pour lui permettre de construire sa propre personnalité et trouver ses ressources dans les moments difficiles. Utilisée par le soignant, elle constitue souvent la première aide dont profite le soigné.

Ce livre s'adresse aux professionnels de la santé de tous les domaines mais aussi à toute personne s'intéressant à l'autre et au développement de soi.

Corine-Yara Montandon

Eléna Zampino et Olivier Goka

Maman sort des bébés

2004, Zoom Editions, 39 pages, ISBN 2-919934-32-5

Selon la quatrième de couverture, la collection Kifékoi vise «à présenter aux enfants différents métiers qui constituent en soi un patrimoine incontournable». Bien visé donc: nous, sages-femmes faisons bien partie du patrimoine de l'humanité!

Toujours selon cette quatrième de couverture, l'auteure est une sage-femme «à la plume drôle et décapante, qui convient aussi bien aux enfants qu'à leurs parents.» Bon. Peut-être n'avons-nous pas le même humour! Je me suis même un peu ennuyée. Pourtant, ça parle de grève à l'hôpital, d'un accouchement à la télévision, des papas, de la pleine lune, de la gymnastique, de l'échographie, des contractions, du décor de la «salle d'acc», de la péridurale, du cri «tout à fait permis» qui soulage.

Mais finalement, quel est l'objectif de ce livre? Présenter la péridurale comme une détente sous les cocotiers au Club Med? Défendre les différences (la grande star Lili va accoucher d'un petit à 11 doigts et aux très grands pieds)?

Tiens, mais où parle-t-on d'accouchement? A force de deuxième et troisième degrés, on ne sait plus très bien ce qui est présenté de notre formidable métier! Un texte décalé, apparemment superficiel, mais des dessins qui attirent les enfants. En suivant les dessins seuls, ma petite de sept ans s'est amusée. Alors: pour les enfants seulement?

Pascale Chipp, sage-femme