Des naissances "sur mesure"

Autor(en): **Mettraux-Berthelin, Anne-Marie**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 10

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950072

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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Biliographie:

Brown HC; Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2 (2004).

Green et al: Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. Birth (1990) 17: 15-24.

Hadari G: The impact of medical and nursing interventions during labour on women's sense of control and satisfaction from the birth. International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world: ICM proceedings CD-ROM Vienna 2002. The Hague: ICM (2002) 14 pages

Merz JF Druzdzel MS et al. Verbal expressions of probability in informed consent litigation. Med Decis Making 1991 vol 11pp 273–81.

Page L. Informed choice has become a hollow phrase. MIDIRS Midwifery Digest. Vol 10, no. 4 December (2000) pp 523–52.

Page L. Informed choice initiative, information pack, MIDIRS and The NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999).

Paling J. Strategies to help patients understand risks. British Medical Journal. Vol 327 September (2003) pp 745–748.

Reed B: The Albany Midwifery Practice. MIDIRS Midwifery Digest, vol 14, no1, Mar (2002) pp118–121.

Sedgewick, Hall, Table of everyday risk. bmj-journals.com/cgi/content/full.

Simkin P: Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience: part I Birth, vol 18, no 4, (1991) pp 203–210.

que les femmes pourraient avoir. Lorsqu'il ne peut y avoir de continuité dans les soins, ou trop peu, il donne à la sage-femme des renseignements sur les désirs de la femme, évite de poser un tas de questions durant le travail et sert de référence. Il invite aussi les femmes à se demander ce qu'elles souhaitent vraiment. Il indique ce que les femmes refusent ou permettent et constitue un document légal. Discuter du plan de naissance avec la femme durant la période anténatale esquisse un scénario idéal, comprenant le choix du professionnel, le lieu de naissance, l'utilisation ou non du monitoring, les positions de travail et de naissance, l'attitude devant une rupture de membranes, un soulagement de la douleur, une épisiotomie, la gestion de la 3ème phase, les touchers vaginaux, la vitamine K, etc. L'existence de plans de naissance porte un message lourd de sens aux femmes: «elles peuvent choisir, elles sont des partenaires actives dans leurs propres soins».

Entretien

Des naissances «sur mesure»

Le choix est à la mode. Mais, de quel choix parle-t-on? Anne-Marie Mettraux-Berthelin l'envisage bien avant le jour J de la naissance au sein d'une véritable préparation et d'une «maturation». Il s'agit d'accompagner, étape par étape, la future mère et son partenaire. En partant de leur propre vécu, de leurs questions et de leurs craintes, il est possible de renforcer leur capacité à formuler des projets et de les aider à affronter les imprévus.

Anne-Marie Mettraux-Berthelin

- Nos grand-mères, et même nos mères, avaient peu ou pas de choix. Que s'est-il passé entre-temps ?
- Nos grand-mères ne choisissaient pas: elles avaient l'habitude d'accoucher à la maison. Puis, on a dit à nos mères qu'il valait mieux accoucher à l'hôpital et elles l'ont fait. Et puis, dans les années 70 – plus exactement après 68 et ses slogans «Un enfant quand je veux, si je veux» – on a commencé à réclamer le droit à la contraception, le droit à la péridurale, etc. Il est vrai que c'est une espèce de mode que les femmes suivent, pour se rassurer sans doute.

Anne-Marie Mettraux-Berthelin: Sage-femme, mariée et mère de cinq enfants, cofondatrice de la maison de naissance «Le Petit Prince» à Givisiez (Fribourg).

Mais, certaines sortent du lot. Elles disent: «Nous, on voudrait choisir!» Ce n'est pas le cas de la majorité du «flot humain». Seules, quelques-unes sortent de ce flot et disent: «Cela s'est mal passé la dernière fois. Qu'est-ce que je pourrais faire pour que cela aille mieux cette fois-ci?»

- N'est-on là devant une sorte d'élite?
- Non, absolument pas. Il n'y a d'ailleurs pas de profil type de la femme qui décide d'accoucher en maison de naissance. Depuis 1999, notre maison accueille environ un tiers de primipares, de tous âges et de tous horizons, peut-être une clientèle «plus nature». Et des multipares qui n'ont pas envie de surmédicalisation. En fait, les gens réfléchissent, un peu partout dans la société, quelle que soit leur origine sociale: des charpentiers, des médecins, des architectes, des enseignantes, mais aussi des chômeurs, des étudiants, des paysans. D'abord, les couples viennent ici pour se préparer à la naissance (250 couples par année). Puis, durant cette préparation, des questions se posent les unes après les autres. Certains couples optent pour la naissance à domicile ou au «Petit Prince» (80 à 90 par année). D'autres sont orientés vers l'hôpital de par leur profil médical. D'autres encore pendant le travail, quand un transfert à l'hôpital se révèle indispensable en raison de complications. Mais, une majorité éprouve un très grand besoin de la sécurité hospitalière et donne la préférence, parfois à la dernière minute, aux structures hospitalières jugées «plus sûres».
- Ce qui est important c'est la démarche que font les couples avant la naissance. Ici, à Givisiez, vous proposez de les initier à l'haptonomie. Quand et comment les femmes et leur partenaire y viennent-ils?
- Environ 20% des couples viennent à l'initiative de l'homme: ils ont tout simplement entendu leurs collègues parler des bienfaits de l'haptonomie et veulent l'expérimenter. Pour les autres, c'est la femme qui les entraîne.

Tous peuvent commencer entre la 9e et la 14e semaine de grossesse. Il y a très peu d'abandon (moins de 1%): ce sont généralement des hommes étrangers

Notre rôle, c'est de poser des jalons le long du chemin que fait le couple. Il n'y a pas de parcours type. C'est comme une randonnée avec pique-nique. On se demande: «Par où passer? Où s'arrêter? Quelle est la prochaine étape? Et la suivante?». Photo: Susanna Hufschmid

Haptonomie

La quête d'une sécurité de base

Le terme Haptonomie provient de la conjonction des termes grecs classiques «hapsis» (le tact, le sens, le sentiment) et «nomos» (la loi, la règle, la norme). Hapto signifie donc « J'établis tactilement une relation» et désigne un contact tactile pour rendre sain, pour guérir, rendre entier, pour confirmer l'autre dans son existence, tout au long de la vie.

L'accompagnement pré et post-natal haptonomique favorise le développement des liens affectifs entre l'enfant, le père et la mère. Il leur permet de vivre une relation de tendresse lorsque l'enfant est encore dans le giron de sa mère. Il favorise également l'accueil du nouveau-né au moment de la naissance et après celle-ci. Très tôt l'enfant acquiert une sécurité de base qui l'invite à l'autonomie, à la communication et à la confiance.

Le 4e Congrès international d'haptonomie aura lieu à Paris-La Défense les 9 et 10 décembre 2005.

Pour en savoir plus: www.haptonomie.org

qui, du fait de leur culture, ne sont pas prêts au toucher, alors que leurs femmes (qui sont des Suissesses) auraient bien envie de poursuivre. Cela signifie que, pour eux, le choc culturel est trop grand.

Les bénéfices de l'haptonomie (voir encadré) sont grands, surtout en terme d'autonomie et de connivence, ce qui prépare les couples aux choix ultérieurs.

- Dans un moment aussi intense que l'accouchement, un choix n'est-il pas à la fois rationnel et irrationnel?
- Oui, je pense à cette jeune mère qui a eu elle-même un iléus méconial à 4 jours de vie. Pendant sa grossesse, elle pensait que l'accouchement ne se passerait pas bien. De fait, elle avait déjà eu un premier enfant malformé, mort in utero. Et puis, l'accouchement s'est passé normalement. Mais, 24 heures plus tard, l'enfant a eu une infection majeure. Et, il y a eu effectivement hospitalisation et réanimation. Nous ne pouvons pas aller contre cela. Ce que nous pouvons faire, c'est l'aider à se renforcer, à être une personne plus forte pour affronter ce qu'elle va développer de toute façon...

C'est apparemment plus confortable de savoir que quelqu'un choisit à votre place. Mais, vous risquez aussi d'être déçue. Vous risquez surtout de ne pas avoir l'énergie pour affronter la réalité et ses imprévus, pour vivre ce choix que vous avez fait. Un choix éclairé est toujours difficile. Et puis, il ne faut pas faire un drame de la péridurale. Elle existe et on peut s'en servir. Par exemple, quand la femme perd pied parce qu'elle ne se sent pas suffisamment accompagnée. Ou bien, quand le déroulement harmonieux de l'accouchement ne se fait plus: la pose de la péridurale pourrait alors permettre à la maman de mettre son bébé au monde par voie basse.

Faire découvrir aux futures mères leurs propres richesses, leurs doutes et questions, ce dont elles sont sûres, ce dont elles ont envie, tel est notre objectif. Nous sommes là pour les renforcer, pour faire en sorte qu'elles rassemblent leurs forces pour vivre la naissance qu'elles ont choisie (voir encadré). On pourrait presque dire que nous sommes là pour les faire «accoucher»... dans leur tête!

- Le choix n'est-il pas plus facile après une première expérience, quand on attend le deuxième enfant, et que l'on ne part plus tout à fait dans l'inconnu?
- Non, il est surtout plus facile de choisir quand on n'a pas connu un accouchement catastrophique à l'hôpital...

Quand les dégâts ont été lourds, est-ce bien un choix? C'est plutôt l'expression d'une ambivalence ou même l'expression d'un désespoir. Autrement dit: «Cela ne peut pas être pire!»

Nous accueillons aussi régulièrement des mères clandestines (sans permis de séjour, sans assurance maladie) qui nous sont envoyées par Fri-Santé. Elles sont en rupture de famille, de culture, de pays, et ne vivent pas cette naissance comme un choix. Il arrive même qu'elles «bloquent» tout: deux sur trois sont finalement transférées à l'hôpital. Pour elles, c'est tout de même l'occasion de faire un bout de chemin avec nous. Ici, elles se sentent uniques. Elles sont considérées comme des personnes. Et je pense que cette expérience laisse des traces...

- L'entourage n'est-il pas aussi un des éléments constitutifs du choix, parfois même un frein?
- Il est effrayant de voir comment les femmes consultent assidûment les forums de discussion sur Internet et comment elles sont influencées par les avis des copines, des collègues, des parentes. Péridurale, épisiotomie, haptonomie: elles ne savent pas si elles sont «pour» ou «contre», elles réagissent d'après ce qu'elles entendent ou, pire, d'après ce qu'elles lisent. Les petits saignements deviennent alors des hémorragies et elles m'amènent des dizaines de pages de sites médicaux rapidement consultés. Celles qui ont peur se laissent envahir par tout cela sans rien y comprendre.

Dans ces conditions, comment un choix est-il possible? Elles cherchent inlassablement à se rassurer. Elles sont en quête d'une «vérité» qu'elles ne trouvent d'ailleurs pas. Car cette «vérité», c'est en elles, dans leur for intérieur, qu'elles la trouveront. C'est pourquoi il faut les accompagner, les aider à aller en profondeur, pour développer une certaine maturité.

- Et les femmes de la génération précédente dans tout cela?
- Il arrive que les futures grands-mères sèment le doute en revivant leurs propres craintes ou hantises et qu'elles projettent leurs souvenirs douloureux. C'est pourquoi nous les accueillons volontiers à nos journées portes ouvertes. Certaines s'exclament bien vite: «Ah, il y a des tables de réanimation, des perfusions, de l'oxygène, tout ce qu'il faut» et elles repartent rassurées.

Aux jeunes couples qui n'arrivent pas à se décider ou qui n'osent pas affronter leurs parents et beaux-parents, nous conseillons de rencontrer d'autres couples. Ceux-ci sont d'accord de témoigner afin de les aider à être «forts», à prendre des décisions courageuses et à les assumer quoi qu'il arrive.

- Sont-ils de bons pédagogues après une expérience dans cette maison?
- Oui, mais nous insistons pour que ces jeunes parents restent très discrets: ils témoignent de leur vécu («c'est seulement notre chemin»), mais ils ne militent pas pour ou contre tel mode d'accouchement («c'est possible, mais c'est à vous de choisir»).

A moi aussi, on me demande parfois: «Vous pensez que c'est mieux ceci ou cela?». Je leur dis: «Moi, je n'ai pas de réponse pour vous».

- Une information peut être bonne si elle est bien comprise, si elle est «digérée» par la personne qui la reçoit. Et trop d'informations tue l'information, dit-on...
- Oui, il faut savoir rester dans le «sur mesure». Je dis souvent qu'une grossesse, c'est laisser la femme se laisser porter au gré du vent: voir comment elle va grandir avec son bébé et son mari, trouver une à une des réponses à ses questions, lui donner les forces nécessaires pour elle-même. Après elle sait: elle verbalise ce qu'elle a choisi pour cet accouchement-là.

Lors d'une préparation à la naissance, l'information doit être donnée petit à petit. Les ressources personnelles doivent être stimulées progressivement pour qu'en fin de parcours, le couple soit prêt à tout, même à un transfert à l'hôpital. Et c'est ainsi que toute cette expérience devient profitable pour tous...

Propos recueillis par
Josianne Bodart Senn

Un couple qui fait la démarche de se préparer arrivera à mieux choisir: il part dans cette aventure avec plus de connaissances, plus d'intimité, plus de sécurité, plus de complicité...

Photo: Susanna Hufschmid

Bilan

«Le Petit Prince» en 2001–2004

Dans les années 2001 à 2004, «Le Petit Prince» a réalisé 255 naissances.

Les parturientes accompagnées dans cette maison de naissance ont choisi d'accoucher dans l'eau (63%), accroupies (21%), allongées sur le côté (8%), assises (3%) ou d'une autre manière que ce soit à genoux ou debout (5%).

Leur périnée est le plus souvent intact (66%) et parfois légèrement déchiré (29%), l'épisiotomie restant rare (5%).

Pour en savoir plus: www.le-petit-prince.ch

Limites de la bioéthique

Quelle est l'autonomie réelle des patientes?

Lazare Benaroyo (Faculté de Médecine, université de Lausanne) rappelle que l'état des patients peut influencer leur capacité de choix et de décision. Bien que les parturientes ne sont généralement pas des «patientes» au sens strict, elles peuvent être concernées quand elles se trouvent à la limite entre le physiologique et le pathologique. Lazare Benaroyo précise:

1. Le désir des patients d'être informés et de participer à toutes les décisions médicales n'est pas une donnée constante: les patients souhaitent souvent être rassurés sur leur pronostic plutôt que participer à toutes les décisions prises à leur sujet.
2. La capacité de prendre part à une décision dépend du type de pathologie et du traitement en cours: la peur, la confusion, la douleur, la sensation d'oppression et de dyspnée, les insomnies ou encore les effets secondaires des médicaments – pour ne donner ici que quelques exemples – peuvent entraver l'aptitude des patients à prendre part à une décision de façon éclairée.

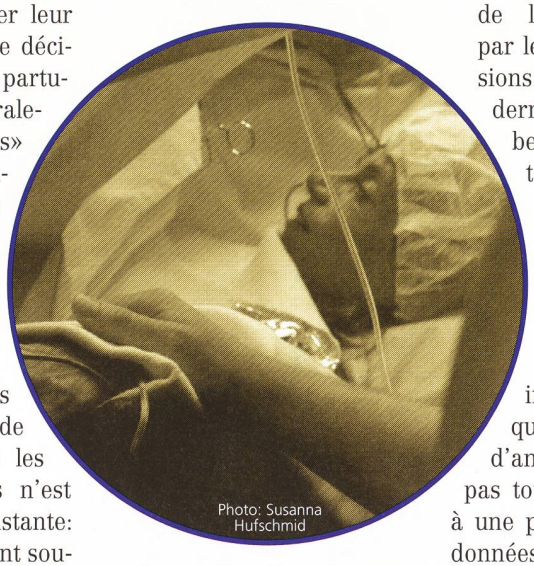

Photo: Susanna Hufschmid

3. La maladie peut interférer avec la capacité de compréhension et d'interprétation de l'information fournie par le médecin: les dimensions émotionnelles de cette dernière peuvent perturber l'évaluation de la situation par le malade et influencer les décisions portant sur leur propre existence.
4. Un processus d'information qui se voudrait complet devrait introduire des données qui peuvent être sources d'anxiété et qui ne sont pas toujours indispensables à une prise de décision. Ces données peuvent se révéler des sources d'insécurité, alors que les patients cherchent habituellement à être rassurés sur leur pronostic.

Source: Méthodologie en éthique clinique: une approche intégrant les diverses dimensions éthiques du soin. In: Médecine & Hygiène, 2004, n. 2486, 1304–1307.

France

Informer le plus tôt possible

La Haute Autorité de santé et son Service des recommandations professionnelles diffuse sur Internet un document intitulé «Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé» (Paris, Avril 2005). Ce document de 134 pages s'appuie sur une traduction en français des recommandations du National Institute for Clinical Excellence (NICE), traduction qui a été précisée et complétée par une recherche de littérature française sur le sujet. Il y est rappelé que «la grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de la santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de la santé, des décisions concernant sa santé.»

Pour télécharger le document, se connecter sur le site www.anaes.fr – cliquer sur la rubrique «Publications» – puis chercher dans «Les titres».

Vaud

L'essentiel à savoir

Le Service de la santé publique du canton de Vaud met à disposition du public une brochure de 24 pages résumant et explicitant «L'essentiel sur les droits des patients». Cette brochure existe en français et dans dix autres langues.

Pour télécharger le document, se connecter sur le site www.sanimedia.ch – cliquer sur «Documentation» puis «Droits des patients».

Pour recevoir la brochure en version papier, appeler gratuitement 0800 106 106.

Suisse romande

Droits des patients

Les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud s'unissent pour faire connaître leurs droits aux patients. A cette fin, ils éditent une brochure qui explique les différentes lois et offre un répertoire d'adresses utiles.

«L'essentiel sur les droits des patients» aborde en neuf chapitres des thèmes tels que le consentement du patient, le secret professionnel, le droit à l'information, l'accès au dossier ou les dons d'organes. Tirée à 70000 exemplaires, la brochure a été élaborée en collaboration avec l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel et le Service de la santé publique vaudois. Elle sera diffusée dans les hôpitaux et autres lieux de soins.

Source: ATS, 7 septembre 2005.

Angleterre

Une série de 21 feuillets

Par l'intermédiaire du MIDIRS (MIDwives Information and Resource Service), les sages-femmes anglaises – et les autres – disposent d'une information écrite sur 21 sujets aussi divers que les positions d'accouchement, la péridurale, l'allaitement, les lieux de naissance, la césarienne, etc.

Pour chaque thème, il existe deux versions: une version grand public et une autre professionnelle. Chacun des feuillets pose le problème en termes simples et concrets, puis passe en revue les offres actuelles et énumère leurs avantages et leurs inconvénients ainsi que les résultats des recherches récentes. Le set complet est payant.

Pour télécharger gratuitement un ou plusieurs feuillets, se connecter sur le site www.infochoice.org – cliquer sur la rubrique «Leaflets» et faire son choix – Les documents sont envoyés rapidement par mails.