Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 7-8

Artikel: Le temps de naitre
Autor: Bodart Senn, josianne
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949936

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

Editorial

Après un peu plus d'une année de réflexions, rencontres, discussions, prospections et organisation, le Congrès 2011 se termine sur une note joyeuse et positive: quelle récompense pour nous les organisatrices!

Je voudrais tout d'abord vous remercier, vous les participantes, pour votre bonne humeur, votre collégialité et votre enthousiasme. Vous étiez plus de 450 à venir à Fribourg pour ce Congrès et c'est merveilleux!

Je voudrais aussi vous remercier chaleureusement pour avoir rempli les feuilles d'évaluation. En effet, vos critiques et vos remarques nous ont permis d'avoir un feedback assez précis de ces deux journées.
Dans l'ensemble, il en ressort que la très grande majorité des intervenants invités ont été appréciés et même très appréciés.

Les exposants ont, eux aussi, eu du succès et les lieux, la nourriture et l'organisation ont été en général bien évalués. Seuls bémols: la traduction (simultanée et écrite des interventions), ainsi que le check-in d'entrée, qui n'ont pas été optimaux, mais sur lesquels, malheureusement, notre comité a eu très peu d'influence...

Quant au souper de gala, les échos ont été très enthousiastes: de savoir que vous avez passé une belle soirée est pour nous une belle récompense!

Avec l'été qui arrive, il est temps pour les organisatrices de retrouver une vie plus calme. C'est donc avec un certain plaisir que nous tournons la page du Congrès 2011... Et c'est avec impatience que nous nous réjouissons de notre prochaine rencontre lors du prochain Congrès!

Je vous laisse maintenant à la plume de Josianne Bodart Senn, qui n'a pas son pareil pour saisir «l'essentiel» et qui a su très habilement résumer les interventions de ce Congrès.
Je vous souhaite, à toutes, une très bonne lecture!

Lorraine Gagnaux

Compte rendu

Le temps de naí

Le temps de la sage-femme qui attend, simplement, en surveillant d'un œil bienveillant sa parturiente, semble révolu. Pourtant, la sage-femme reste «la» spécialiste de la physiologie. Sait-elle encore ce qui se passe quand «elle ne fait rien?» C'est la question que se sont posées les organisatrices fribourgeoises du Congrès 2011 et elles ont fait appel à des intervenants ayant l'habitude de faire confiance au Temps, à l'Autre, au Vivant.

Josianne Bodart Senn

Jean Mahler, psychothérapeute, a accepté avec joie d'ouvrir ce Congrès de Fribourg et a immédiatement mis en évidence le fait que la rencontre, l'accueil et l'écoute sont des qualités spécifiques du temps féminin. C'est le temps de la présence: de la présence à soi, à l'autre et au monde. Un autre temps, un élément fondamental dans l'existence humaine. «Un temps ralenti, rond, plein», explique-t-il, «que je cherche à retrouver le plus possible dans ma vie d'homme et de thérapeute *(encadré ci-dessous)*. En tant que professionnel, j'accompagne aussi, certes sur un autre plan, une mise au monde, chaque fois unique et singulière dans son déroulement, ce qui constitue également un mystère».

Pour Jean Mahler, il est nécessaire de reconsidérer le temps d'un processus dépassant nos concepts et nos représentations. Ce qui demande une réelle attention pour qu'il puisse se déployer selon sa nature propre, avec «l'acte» adéquat au moment «juste». Or, notre société moderne ne favorise guère cette attitude. Pire, elle la contrarie, en nous éloignant du vivant et en nous propulsant dans un temps où la communication immédiate oblitère le mouvement de la relation authentique.

Un ralentissement indispensable

Dans ses séminaires, Jean Mahler insiste sur le ralentissement intérieur qui permet une «ouverture» progressive à l'autre, une «dilatation» de la personne au-delà de ses limitations habituelles. Cet «autre» temps nécessite une intention claire, afin de créer des conditions favorables à son éclosion. Il faut d'abord vivre une qualité de présence à soi-même, revenir à l'intérieur de soi et réveiller nos sens, pour développer une réelle qualité de présence à l'autre et au monde. C'est ce que C. Bobin appelle «la défaite de la conscience soucieuse» nécessaire pour pouvoir goûter à une adhésion profonde à la vie, et cela dans l'instant immédiat, pour pouvoir s'ouvrir à

Exemple du patient en thérapie

Le récit d'une naissance qui explique tout

«Il peut arriver que le psychothérapeute, pour diverses raisons (internes et externes), se retrouve en décalage par rapport au rythme de son patient. Je pense ici à ce patient rencontré au début de ma pratique. Je percevais ses potentialités en jachère, et pressé par le fait qu'il devait partir bientôt à l'étranger, je tentais le plus possible de le stimuler. Et plus je le stimulais, plus il semblait régresser. Je lui ai alors parlé de mon malaise et il m'a dit: ‹Cela s'est passé avec tous les autres thérapeutes. On a toujours voulu me tirer›.

Il m'a alors raconté sa naissance. Tout allait mal. La sage-femme avait appelé le médecin à l'aide, mais celui-ci avait oublié les forceps et il a encore pris beaucoup de temps pour retourner les chercher. Sa mère a donc souffert longtemps avant qu'il n'arrive au monde. Je lui ai alors dit: ‹C'est bon, je range mes forceps. Vous sortirez quand vous serez prêt!› Et ce fut le début de son changement...»

tre

l'étonnement dans l'infime des choses et arpenter en flânant les chemins buissonniers de la vie.

Sarah J. Buckley, femme médecin généraliste australienne formée en obstétrique et maman de quatre enfants nés à domicile, a rappelé le précieux mécanisme des hormones naturelles de la naissance et montré pourquoi il fallait veiller à ne pas entraver cet équilibre fragile qui règle la physiologie pour mener à une naissance «douce».

Comme tous les mammifères, les femmes doivent se sentir en sécurité pour pouvoir accoucher. En général, les mammifères mettent bas en solitaire ou parfois dans un cercle de femelles (comme chez les éléphants ou les dauphins), les mâles étant systématiquement écartés. La moindre menace d'être dérangée prolonge la naissance, pour une simple question de survie de l'espèce. La seule présence d'un observateur engendre une augmentation du stress, car elle donne l'impression d'être en danger ou du moins de ne plus être protégée. Tous les mammifères doivent donc rester dans un environnement familier, ou du moins connu, et se sentir non seulement en sécurité mais à l'aise.

Confiance, sécurité et réelle intimité

Se sentir bien, être en sécurité, ne pas être sous un regard observateur, ce sont là les conditions primordiales pour produire un cocktail d'hormones extatiques qui facilitent la naissance tout en réduisant les douleurs. Le plaisir est parfois même parfois au rendez-vous quand la parturiente est suffisamment «dans un monde à part». Dans les minutes qui suivent la naissance, ces hormones continuent à agir: elles favorisent l'attachement mère-enfant et permettent l'allaitement. Ces hormones sont l'ocytocine, les beta-endorphines, les catécholamines, la prolactine *(encadré ci-contre)*.

Toutes les interventions obstétricales viennent perturber cet équilibre naturel. Aussi conviendrait-il de bien considérer leurs risques vs bénéfices. Et cela, cas par cas, en se rappelant que chaque situation est unique et que c'est la parturiente qui est la mieux placée pour décider, à condition qu'elle soit bien informée et qu'elle puisse l'être.

Accouchement physiologique

Un cocktail d'hormones naturelles

Ocytocine

- Appelée aussi «hormone de l'amour», elle est produite par le système limbique et déversée de manière pulsatile dans le cerveau et tout le corps.
- Elle a un impact physique mais aussi émotionnel durant l'orgasme, la grossesse, l'accouchement et la naissance, puis l'allaitement.
- Elle réduit la peur en activant le parasympathique et en réduisant le rôle du système sympathique.
- Elle rend les contractions plus efficaces, raccourcit le travail et atténue la douleur.
- Elle induit le réflexe de Ferguson.
- Après la naissance, elle réchauffe naturellement et prévient l'hémorragie.
- C'est véritablement l'hormone du calme et de la protection. Chez le nouveau-né, son pic se situe à 30 minutes de vie et sa production reste élevée durant les quatre premiers jours de vie.
- Des chercheurs prétendent même que le déficit d'ocytocine entraînerait l'autisme, la schizophrénie, les maladies cardio-vasculaires, l'abus d'alcool ou de drogues, le recours au Prozac.

Beta-endorphines

- Ce sont des analgésiques naturels qui réduisent le stress et les contraintes.
- Elles apportent plaisir et euphorie. Elles modifient l'état de conscience. Elles permettent de surmonter les contactions.
- Au début de la phase de travail, le taux des beta-endorphines augmente graduellement.
- Sa durée de mi-vie est de 37 minutes (on en trouve encore dans le cerveau 21 heures plus tard).
- L'enfant aussi en produit lui-même durant l'accouchement: le pic de production se situe à la naissance et il en reste pendant ses deux premières heures de vie.
- Elles facilitent l'allaitement ainsi que l'attachement.

Catécholamines (Adrénaline/noradrénaline)

- Appelées aussi «hormones de l'excitation», elles sont produites quand nous avons faim, froid ou peur. Elles ont pour effet d'inciter à se battre ou à fuir. Si la survie est en jeu, elles stoppent le travail de l'accouchement. Il en va de même si la parturiente ne se sent plus en confiance ou en sécurité, ou encore si elle se sent observée.
- Au début de la phase de travail, le taux des catécholamines augmente graduellement.
- Elles favorisent une naissance rapide: au moment de l'expulsion, le taux est 9 fois plus élevé qu'au début du travail.
- L'enfant aussi en produit, ce qui le protège des contractions et le prépare à respirer lorsqu'il sort du ventre de sa mère.

Prolactine

- Appelée «hormone de la lactation» mais aussi «de la paternité», sa production débute avant même que ne commence le processus de l'accouchement. Puis, elle chute durant le travail, remonte à dilation complète et connaît un pic 1 à 2 heures après la naissance.
- Elle réduit le stress et favorise un allaitement satisfaisant.

Effets perturbateurs

Il suffit que la parturiente fasse le trajet de chez elle à la maternité, que des étrangers entrent dans la salle, que l'équipe soignante passe le relais à la suivante, que le monitoring reste continu, pour que les conditions de «confiance, sécurité et intimité» ne soient plus respectées et que le processus de l'accouchement soit contrarié.

Pour Sarah J. Buckley, l'apport d'ocytocine de synthèse perturbe. En effet, si au point de vue chimique, cette ocytocine est équivalente à l'ocytocine naturelle, elle n'est pas produite de manière pulsatile. Des taux très élevés sont nécessaires quand il s'agit d'une provocation parce que, dans ce cas, tous les récepteurs ne sont pas prêts. Les contactions sont plus longues, plus fortes, plus rapprochées et bien moins de beta-endorphines sont produites. Le stress chez la mère augmente, de même que la demande de péridurale. Et on s'achemine ainsi vers une «cascade d'interventions» et de dommages pour l'enfant. De plus, l'ocytocine de synthèse, donnée par voie intraveineuse, ne parvient pas à passer la barrière du cerveau. Elle va donc agir sur le corps seulement, et non pas aussi sur le cerveau, contrairement à l'ocytocine naturelle qui,

Deux invitées de réputation mondiale, Mesdames Gaskin et Buckley, ont retenu l'attention du public.

elle, est produite dans le cerveau. Ainsi, avant d'agir sur le corps, l'ocytocine naturelle va agir sur le cerveau et pourra jouer son rôle dans l'attachement, le calme, l'atténuation de la peur, etc.).

De même, la péridurale dérègle. Elle a des effets considérables sur la production de toutes les hormones naturelles durant l'accouchement et en post-partum. Elle réduit entre autres la production d'ocytocine naturelle, ralentit la phase de travail, complique la phase d'expulsion, entraîne le recours au forceps, provoque une hausse de température.

Enfin, la césarienne d'urgence bouleverse le processus prévu par la nature. Pour la mère, pas d'hormone extatique ou très peu. Pour l'enfant, aucune protection hormonale ou très peu. Sarah J. Buckley indique par exemple qu'un enfant né par césarienne a, par rapport à la normale, seulement 50% d'ocytocine, 60% de beta-endorphines, 10 à 30% d'adrénaline, 20 à 60% de noradrénaline, 70% de prolactine.

La conclusion de Sarah J. Buckley a été un brin poétique: elle a rappelé que, lorsque tout va bien, de manière tout à fait naturelle, «la mère s'envole dans les étoiles pour aller chercher son bébé»... C'est un processus compliqué, précise-t-elle: «alors, n'ajoutons pas d'interférences ou minimisons-les pour permettre à cette femme de vivre cette expérience inoubliable».

Dans la même perspective, Ina May Gaskin, sage-femme américaine, a indiqué comment ne pas entraver la physiologie, mais aussi comment la «booster». Elle évoque sa longue expérience jalonnée par plus de 1200 accouchements. C'est elle qui a créé en 1971 le Centre de naissance «The Farm» bien connu pour son très faible taux d'interventions pendant le processus de l'accouchement *(encadré ci-contre)*.

Alors que Sarah J. Buckley a évoqué l'apparition des mammifères il y a 65 millions d'années, Ina May Gaskin a rappelé que la femme donne naissance, comme les 5000 autres espèces de mammifères, sous certaines conditions de calme et de sécurité. Pour pouvoir accoucher de manière naturelle, la femme doit privilégier sa «part animale» et se comporter comme tout autre mammifère. Pour s'en faire une idée plus précise, Ina May Gaskin conseille de visionner «The Dramatic Struggle for Life» sur YouTube.com ou «Baby chimp's birth at Attica Zoological Park».

Tous les enfants élevés dans une ferme savent combien il est important de ne pas déranger une vache ou une brebis qui met bas. Or, l'urbanisation et la montée des technologies nous font penser que l'esprit est supérieur au corps. Au moment de mettre au monde son enfant, il faudrait se convaincre du contraire: c'est le corps qui accouche et il le fait en harmonie avec les émotions. A l'origine de la manœuvre (en cas de dystocie des épaules) qui porte son nom, Ina May Gaskin dit même qu'il faut traiter la parturiente «comme sa propre fille»: elle le fait par exemple en l'appelant «ma chérie»... Par ailleurs, elle affirme qu'un accouchement peut être orgasmique et l'a constaté auprès de 151 femmes.

Tout pour que la femme se sente bien

Elle pense en tout cas que le bien-être est contagieux et que le sens de l'humour aide à enfanter: elle conseille même aux sages-femmes l'achat d'un «cousin péteur» ou, en tout cas, de faire «n'importe quoi» pour faire rire. Pour permettre une meilleure ouverture du vagin, elle suggère d'ouvrir la bouche ou de faire du bruit avec les lèvres en soufflant. Enfin, comme elle l'a vu faire par les sages-femmes

«The Farm»

Résultats en 30 ans d'expérience

- Sur 2844 naissances, «The Farm» n'a connu en 30 ans que 5,2% de transferts à l'hôpital et 1,7% de césariennes, alors que la proportion de primipares était de 36,8%.
- Le recours au forceps a été limité à 0,37% et à la ventouse à 0,04%.
- Pour 19 naissances de jumeaux, il n'y a eu aucune césarienne.
- 127 accouchements par voie basse après césarienne, 7,9% d'accouchements par le siège, 5,4% d'inductions (avec huile de ricin), 1,7% d'hémorragies post-partum.
- 29,1% des parturientes ont mangé et bu durant le temps de l'accouchement.
- Il n'y a eu aucun décès maternel.

mexicaines, elle utilise la technique du foulard.

Le Dr Peter Dürig, a montré pourquoi la césarienne était privilégiée en cas de présentation par le siège et a expliqué la nécessité de mettre en place des centres d'excellence régionaux prêts à s'occuper d'accouchements vaginaux par le siège chaque fois qu'ils sont possibles. Rappelons que le Dr Peter Dürig a été, durant 15 ans, directeur du service de médecine prénatale et d'obstétrique de l'hôpital universitaire Frauenspital de Berne. Depuis 5 ans, il exerce dans un cabinet indépendant et il est médecin agréé à l'Hôpital Lindenhof de Berne.

Depuis les années 1970, les accouchements vaginaux en cas de présentation par le siège sont passés en Suisse de 35% en 1987 à 19% en 1996 (Statistique AGOS) et, après la publication de l'étude Hannah qui mettait en avant une mortalité périnatale significativement élevée ils se sont encore raréfiés (environ 4% dès 2005). L'étude randomisée menée par Hannah[1] a en effet constitué une référence pour privilégier la césarienne programmée, mais le Dr Peter Dürig la trouve critiquable. Il rappelle qu'elle a été réalisée dans 121 centres d'une vingtaine de pays. Dans beaucoup de centres qui ne pratiquent pas assez souvent d'accouchements par voie vaginale en cas de présentation par le siège, l'expérience obstétricale devient rapidement insuffisante et elle conduit à de mauvais résultats en termes de mortalité et de morbidité infantiles. En tout, 2083 femmes ont participé à cette étude. Parmi les 1041 femmes assignées au hasard à une césarienne programmée, 941 (90,4%) ont reçu une césarienne. Parmi les 1042 femmes assignées au hasard à un accouchement programmé par voie vaginale, 591 (56,7%) ont connu un accouchement vaginal. La césarienne programmée présentait des risques significativement moindres de mortalité périnatale, de mortalité néonatale ou de morbidité néonatale sérieuse. Aucune différence n'a été constatée en termes de mortalité maternelle ou de morbidité maternelle sérieuse.

Une bonne gestion avant, pendant et après l'accouchement

Une étude danoise sous la direction de Krebs[2], parue en 2002, a étudié des cas de décès intra-partum ou néonataux suite à des accouchements par voie vaginale en cas de présentations par le siège. Dans 58% des cas, il a été constaté qu'une meilleure gestion de l'accouchement aurait pu éviter le décès de l'enfant.

En 2004, l'équipe Hannah[3] a présenté les résultats d'une analyse d'un suivi des enfants de 2 ans nés par césarienne programmée ou par accouchement par voie vaginale programmé. Elle conclut qu'il n'y a pas de différences significatives en termes de réduction de décès ou de réduction de retard neuro-développemental. Simultanément, l'équipe Hannah[4] a étudié les suites pour les mères deux ans après la naissance. Elle ne constate aucune différence en termes d'allaitement au sein, de relations avec l'enfant ou avec le partenaire, de douleurs, de grossesses ultérieures, d'incontinence, de dépression, de pro-

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Recommandations 2009

1. L'accouchement du siège par voie vaginale peut être associé à un risque de mortalité périnatale et de morbidité néonatale à court terme plus élevé que celui qui est associé à la césarienne de convenance.
2. La sélection des cas et la prise en charge du travail de façon rigoureuse au sein d'un milieu obstétrical moderne peut permettre l'obtention d'un degré de sûreté semblable à celui de la césarienne de convenance.
3. L'accouchement vaginal planifié est raisonnable chez certaines femmes dont la grossesse monofœtale est en présentation du siège à terme.
4. En présence d'une sélection des cas et d'une prise en charge du travail de façon rigoureuse, la mortalité périnatale survient dans environ deux naissances sur 1000; une morbidité néonatale grave à court terme est alors constatée chez environ 2% des enfants en présentation du siège. De nombreux signalements récents d'études rétrospectives et prospectives portant sur l'accouchement du siège par voie vaginale en fonction de protocoles particuliers ont indiqué d'excellentes issues néonatales.
5. Les issues neurologiques infantiles à long terme ne diffèrent pas en fonction du mode d'accouchement planifié, même en présence d'une grave morbidité néonatale à court terme.

Source: www.sogc.org/guidelines/documents

[1] Hannah et al.: Planned caesaren section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. In: Lancet, 21.10, 2000, 1375–83.

[2] Krebs et al.: Are intrapartum neonatal deaths in breech delivery at term potential avoidable? A blinded controlled audit. In: J Perinatal Med 2002; 30(3): 220–4.

[3] Hannah et al.: Outcomes of children at 2 years after planned caesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The International Randomized Term Breech Trial. In: AJOG, 2004, Sep; 191(3): 864–71.

[4] Hannah et al.: Maternal outcomes at 2 years after planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The International Randomized Term Breech Trial. In: AJOG, 2004, Sep; 191(3): 917–27.

Hôpital de district Riggisberg – Dr H. J. Grunder

Résultats d'un Centre d'excellence

1993–2010
Un total de 255 présentations par le siège et de 40 accouchements vaginaux (15,7%).
Mortalité périnatale: 0

Année 2010
23 présentations par le siège:
- 10 césariennes primaires
- 13 tentatives d'accouchements par voie basse: 5 se terminant par voie basse (21,7%) et 8 césariennes secondaires.

blèmes urinaires, menstruels ou sexuels, de fatigue ou de souvenirs traumatiques. La césarienne programmée était toutefois associée à un risque plus élevé de constipation ($p<0.02$)

Dans de nombreux pays, l'analyse critique de ces études Hannah a provoquée toute une discussion et de nouvelles lignes directrices – comme celles de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2009) – amènent à repenser la problématique et à envisager autrement l'accouchement du siège par voie vaginale (encadré p. 7).

Pour Peter Dürig, le plus important, c'est de garder un certain niveau d'expérience. Aussi, il préconise une régionalisation de la pratique de tels accouchements dans des centres d'excellence et une intensification de la formation continue doit en outre être mise en place. Il donne encore l'exemple des résultats d'un de ces centres d'excellence de Suisse alémanique (encadré ci-dessus). ◀

Références

Jean Mahler
Une nouvelle thérapie sensitive – Un regard chamanique pour notre temps. Dervy, 2003. La sensation – Un chemin vers l'intime et l'ouverture au monde. Dervy, 2006. Petit livre de l'inutile nécessaire – Ou quelques histoires de sensation. Yves Meillier, 2010.

Sarah J. Buckley
Gentle Birth, Gentle Mothering. Celestial Arts, 2009. Site Internet: www.sarahbuckley.com

Ina May Gaskin
Spiritual Midwifery. Book Publishing Company, 2002. Ina May's Guide to Childbirth. Bantam, 2003. Ina May's Guide to Breastfeeding. Bantam, 2009. Site Internet: www.inamay.com/ www.rememberthemothers.com

Un nouveau rythme à trouver

Les débuts d'une

Un bébé demande beaucoup de temps et d'attention: souvent beaucoup plus de temps et d'attention que ce que l'on avait imaginé avant sa naissance... En Suisse quand, selon la formule classique, «la mère et l'enfant se portent bien», on a tendance à penser que tout va bien et que cette maman peut se débrouiller toute seule. Et pourtant, on sait que le pic des pleurs de l'enfant culmine à six semaines. Dans le cadre de son doctorat à l'Institut des sciences des soins de l'université de Bâle, Elisabeth Kurth a cherché à comprendre ce qui influençait les pleurs de l'enfant et comment aider la maman à passer ce cap difficile.

Facteurs de risque et interactions

Les pleurs du nouveau-né et la fatigue maternelle

Plan des 2 études

1. Etude de cas-témoins
- Prédicteurs de problèmes de pleurs se basant sur la statistique nationale des sages-femmes 2007
  Cas = 1636 paires mère-enfant (problèmes de pleurs documentés par des sages-femmes)
  Témoins = 6129 paires mère-enfant (pas de problèmes de pleurs documentés)
  Appareillés («matching») par sage-femme (1:4): il s'agissait de prendre en considération la définition de cas non standardisée, plus exactement de comparer uniquement des paires cas avec des paires témoins qui avaient été suivies par la même sage-femme.
- Quels facteurs – maternels, infantiles et sociaux – sont liés aux problèmes de pleurs dans l'accompagnement post-partum par des sages-femmes?
- Analyse statistique: Analyse bivariée; Régression logistique multiple dans le groupe de facteurs; Régression logistique multiple avec tous les facteurs dans un modèle; Examen de la colinéarité et du «confounding».

2. Etude longitudinale qualitative
- Facteurs de risques spécifiques en lien avec la fatigue maternelle et les pleurs de l'enfant durant les 12 premières semaines
  N= 15 couples mère-enfant
- Collecte des données: à 2–6 jours (observation), à 5–7 semaines (entretien), à 10–12 semaines (entretien)
  Analyse interprétative des données: analyses de cas, analyses thématiques, exemples typiques
- Phénoménologie interprétative: expérience vécue de la santé et de la maladie, comportement au quotidien, transitions de vie, processus d'apprentissage

E. Kurth[1,2,3], E. Spichiger[2], H. P. Kennedy[4], E. Zemp Stutz[2], Université de Bâle.

[1] Institut de sages-femmes de l'école supérieure de sciences appliquées de Zurich.
[2] Institut des sciences de soin de l'université de Bâle.
[3] Institut Tropical et de Santé Publique Suisse de Bâle.
[4] Yale University School of Nursing des Etats-Unis.