

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 1

Rubrik: Mosaïque

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: 12.01.2026

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



Photo: © wellness for me/Nestlé

Centre médical Nestlé

Une salle de repos et d'allaitement

Depuis juin 2010, le Centre médical Nestlé qui a été intégré au Centre WellNes dispose d'une nouvelle salle d'allaitement et de repos. Des sages-femmes vaudoises ont supervisé le projet durant son élaboration.

Un petit local disposant d'une entrée discrète à l'intérieur même du Centre médical Nestlé, allie confort (lumière tamisée, fauteuil relaxant-massant, coussins d'allaitement) et équipement adéquat (tire-lait, rangements individuels, réfrigérateur, évier en inox, table à langer). Il est même possible d'appeler l'infirmière travaillant dans la salle d'à côté, en cas de malaise.

Qui peut en bénéficier?

- Les femmes enceintes pendant toute la durée de leur grossesse.
- Les jeunes mères de retour de congé maternité pour tirer leur lait et le conserver, voire même pour accueillir leur bébé pour son repas.

Une simple réservation par Intranet suffit – comme pour toutes les autres salles, des plus petites aux plus grandes – grâce au programme Meeting Room Manager.

Quelle a été l'idée initiale?

Une élève infirmière en stage, Solange Christin, avait remarqué, à deux reprises en peu de temps, que les collaboratrices souhaitant tirer leur lait devaient le faire à l'infirmerie (où sont consultés les collaborateurs malades) ou même... dans les toilettes.

«J'ai fait la même chose il y a quelques années déjà», souligne Gayle Crozier-Willi. Je m'en souviens comme si c'était hier et ce n'était pas vraiment confortable. Avec cette salle, Nestlé souhaite faciliter la vie des femmes et soutenir leur effort pour poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. Ceci s'inscrit dans l'esprit de l'OMS qui recommande un allaitement maternel exclusif durant 6 mois. Par ailleurs, chez Nestlé, le congé de maternité est de 4 mois, soit sensiblement plus que ce qu'exige la loi.

Stéphane Cosandey ajoute: «Le temps pris pour le repos ou pour

tirer son lait est considéré comme du temps de travail. Remarquez que, pour ce qui est de l'allaitement hors lieu de travail, l'obligation légale n'est que de la moitié du temps. Avec la possibilité de tirer son lait au travail, les jeunes mères sont gagnantes».

Ce projet fait partie d'un programme visant à maintenir et promouvoir le bien-être et la santé des employés. Il comprend toute une série de services qui vont des consultations nutritionnelles au programme de formation à la nutrition, en passant par des stations de vélos en libre service et un programme stop tabac.

Combien de femmes sont concernées, ici à Vevey?

Une soixantaine de collaboratrices chaque année.

Qui a été informé de cette nouvelle offre?

Les 3000 collaborateurs et collaboratrices. Stéphane Cosandey explique: «On s'est d'abord de-

Rencontre avec Stéphane Cosandey, responsable programme promotion santé des employés, et Gayle Crozier-Willi, nutritionniste, Nestlé-Vevey.

mandé s'il fallait annoncer cette offre à tout le personnel ou seulement aux femmes en âge de procréer ou à celles qui sont enceintes ou qui ont accouché. Après réflexion, on s'est prononcé pour une annonce, en interne seulement, mais à tous. Car tout le monde est concerné finalement et doit en être fier. Un chef ou un collaborateur doivent savoir qu'une femme a le droit de se reposer quand elle est enceinte et qu'elle peut s'absenter un moment quand elle allaite. Une annonce détaillée est adressée aux nouveaux collaborateurs et un rappel est fait sur la première page Intranet. Dès l'annonce, j'ai reçu des remerciements par courriel ou de vive voix».

Propos recueillis par Josianne Bodart Senn

La parole aux sages-femmes

Au terme des 26^{èmes} Journées du Groupement Romand de la Société Suisse de Gynécologie Obstétrique (GRSSGO), sept sages-femmes ont exposé les résultats de leurs recherches et/ou expériences professionnelles. Elles ont ainsi démontré leurs compétences sur des sujets particulièrement variés.

Consultation post-traumatique

Antonina Chilin (Genève) a évalué le travail de consultation post-traumatique de la Maternité de Genève réalisé en 2009. Elle ne trouve aucun antécédent psychiatrique ou pathologique chez les femmes demandant un entretien ni aucune revendication ou plainte, mais seulement un besoin d'en parler «sur les lieux de l'accouchement». Les raisons avancées sont variées: une analgésie inefficace ou refusée, un manque d'écoute, une mise à l'écart lors de la décision, un sentiment d'avoir été infantilisée, une information ou une explication trop succincte, des paroles maladroites, une séparation mère-enfant dans le cas d'une césarienne en urgence.

La consultation post-traumatique est réalisée par quatre sages-femmes qui sont supervisées par un médecin. Elle a lieu lorsqu'une deuxième grossesse est envisagée, ou en post-partum immédiat ou en post-partum plus tardif (4-6 mois). L'entretien est réalisé:

- en individuel ou en couple;
- en général, en une seule fois ou en deux fois;
- si possible en binôme;
- a priori sans consulter le dossier;
- parfois avec une visite des lieux (par exemple, lorsqu'il y a eu manifestement une perte de la notion du temps lors de l'accouchement).

Un projet d'entretien systématique de ce genre qui serait fait à la sortie de la Maternité est à l'étude.

Prévention du tabac et de l'alcool

Yvonne Meyer-Leu (HECVSanté, Lausanne) a présenté le nouveau Guideline de la FSSF de prévention du tabac et de l'alcool avant, pendant et après la grossesse. Ce guideline est basé

sur les savoirs professionnels éprouvés à l'heure d'aujourd'hui. Il s'adresse prioritairement aux sages-femmes qui ont le rôle et la responsabilité d'aider les femmes à modifier leurs habitudes de consommation. Si l'arrêt de tabac est reconnu comme la principale visée de prévention, pour l'alcool, le consensus international sur le risque zéro n'existe pas encore. Ainsi, le Canada et l'Union européenne préconisent l'abstinence, alors que le Royaume-Uni et le Danemark visent plutôt une consommation extrêmement modérée. Quoi qu'il en soit, on sait maintenant que pour être efficace, il faut mettre

Ferey et Liliana Ferreira (HEDS Genève) – ont analysé, pour leur travail de fin d'études Bachelor, huit études sur le décollement des membranes pour provoquer un déclenchement du travail. Il en ressort que les femmes sont plutôt favorables à cette intervention. Leur profil type est le suivant: dès 40-41 SA, plutôt nullipare, en prévention du dépassement de terme et de provocation de convenance.

Représentation et vécu des femmes lors de l'accouchement

Michelle Pichon (professeure HEDS, Genève) a présenté les résultats d'une étude qualitative

total 13) relevaient majoritairement des raisons liées au besoin de vivre leur côté instinctif, d'être présentes à cent pour cent, et à la peur des complications de la péridurale. Elles subissaient également plus souvent des remarques négatives de leur entourage qui jugeait dépassée l'expérience de la douleur du travail.

En revanche, toutes les femmes ont souligné l'importance de conserver les sensations corporelles même sous analgésie péridurale. Les femmes pratiquant habituellement un sport de manière intensive étaient plus attirées par l'accouchement «le plus naturellement possible».



Une des oratrices, Samia Ravasi (au centre).

Photos: Josianne Bodart Senn

en place une approche personnalisée. La question qui se pose maintenant est la suivante: faut-il proposer une prévention intégrée dans un suivi global (par toutes les sages-femmes qui font des suivis de grossesse) ou une offre spécialisée plus fragmentée?

Décollement des membranes

Deux étudiantes – Emmanuelle

menée dans deux maternités genevoises (HUG et La Tour) auprès de 26 femmes. Celles qui avaient choisi le projet d'accouchement avec péridurale (au total 13) avançaient plus souvent des raisons liées à la modernité et à la peur du traumatisme de la douleur d'un accouchement naturellement (sans analgésie). En revanche, celles qui avaient choisi le projet l'accoucher «le plus naturellement possible» (au

Elles appréciaient effectivement cet effort physique et savaient le contrôler. Quoi qu'il en soit, il en ressort qu'une aide à la décision serait utile pour toutes les femmes en ce qui concerne les moyens à disposition, médicamenteux ou non, pour faire face à la douleur du travail.

Prise en charge ostéopathique dans les syndromes ligamentaires

Samia Ravasi (Lausanne) a décrit son activité en tant que sage-femme ostéopathe, activité qui est d'abord axée sur une recherche individualisée de l'étiologie (tests de mobilité), puis sur un traitement manuel particulièrement doux. Pour la période 2008-2010, elle a réalisé quelque 747 consultations, dont 634 en prénatal. Ses résultats sont remarquables puisque les douleurs ont totalement disparu dans 73% des cas ou partiellement disparu dans 25% des cas. Trois consultations ont été nécessaires dans 57% des cas, deux dans 30% des cas et une seule dans 13% des cas.

Mission de la sage-femme conseillère de liaison

Brigitte Castaing (Lausanne) a montré l'importance de construire de la cohérence autour de la patiente dans les situations à risque psychosocial. En

prennent les décisions adéquates. Un débriefing et coaching est proposé aux équipes touchées par des situations préoccupantes.

Diagnostic de présentation du siège et choix du mode d'accouchement

Marie-Julia Guittier (HEdS et HUG, Genève) a présenté les résultats d'une étude qualitative sur le vécu de 12 femmes (5 multipares et 7 primipares) lors du diagnostic de présentation du siège et du choix du mode d'accouchement. Les influences sont d'origines multiples et très sensibles à la subjectivité. Celles d'origine externe, comme par exemple, le discours médical, ne sont pas négligeables et peuvent être contradictoires. Les femmes disent avoir manqué de temps: au moins une nuit à la maison leur aurait permis d'avoir un minimum de temps pour réflé-



Une autre oratrice, Brigitte Castaing (à gauche).

2008, la Maternité du CHUV a créé la fonction de sage-femme conseillère de liaison pour garantir la sécurité mère-enfant dans le processus d'adaptation périnatale. Son action s'effectue dans la prévention des situations à risque psychosocial, dans la restitution des données psychosociales aux médecins afin qu'ils

chir). Elles évoquent un réel sentiment de solitude face à cette décision. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas banaliser cette situation et un travail sur la qualité de la relation s'impose afin de permettre une décision partagée.

Josianne Bodart Senn



Déni de grossesse

Des femmes dépassées par leur propre histoire

Le 2 décembre 2010, la deuxième journée de périnatalité, organisée à Genève sous la direction de la Dre Manuella Epiney, traitait du déni de grossesse et s'interrogeait sur la position que les professionnels pourrait adopter. Entre banalisation et psychiatrisation à tout prix, un accompagnement est en effet à inventer pour aider au mieux les femmes pour qui le voile du déni se lève subitement.

«Ce n'est pas possible!» C'est ce que tout le monde dit spontanément – tout à fait imprudemment pour ce qui est des professionnel(le)s de la santé – lorsqu'une grossesse cesse d'être «silencieuse». Si le déni de grossesse est contagieux, la sidération l'est tout autant, à commencer pour la femme «enceinte à son insu». C'est ainsi que l'on disait autrefois. Vers 1970, le concept de «déni» s'est imposé. Il fait référence au concept freudien qui désigne plus précisément le clivage psychotique et, pour cette raison, n'est pas très approprié. Mais, il est abondamment utilisé comme désigner l'absence de prise de conscience de l'état de grossesse, qui est un symptôme plus qu'un syndrome se prolongeant au-delà du premier trimestre.

Que faire?

Le déni du déni est bien tentant. Tous les professionnel(le)s de la santé ont rencontré, un jour ou

l'autre, un déni de grossesse mais, si ce déni ne débouche pas sur des complications ou sur un infanticide, beaucoup ont tendance à «l'oublier»... Pour échapper à ce déni du déni, il faut chercher à s'informer ou – mieux – à se former. Ces dernières années, les dénis de grossesse sont souvent trop médiatisés pour que l'on puisse en apprécier les mécanismes. Ce ne sont en effet que les cas extrêmes qui sont alors relatés: jeune adolescente admise aux urgences pour une soi-disant appendicite, femme ayant pourtant d'autres enfants accouchant seule dans sa salle de bain, mère soupçonnée de néoinfanticide, etc. Or, ces cas extrêmes occultent toutes les autres formes «plus simples» qui nécessiteraient également une prise en charge «sur mesure». Ils pénalisent toutes les autres femmes déniaient leur grossesse qui peuvent être «vues» comme des infanticides potentielles, ce qu'elles ne sont



Photo: Josianne Bodart Senn

nullement (voir Encadré). Les statistiques ne sont guère précises et la littérature est lacunaire. Autre difficulté à surmonter: notre vocabulaire. Tout au long de cette journée d'étude, les oratrices et orateurs – mais aussi le public – a hésité à plusieurs reprises sur la manière de NOMMER le personnage central du déni de grossesse: «Au fait, s'agit-il d'une dame, d'une femme, d'une mère?» Pour le Prof. Israel Nissand (Photo), gynécologue-obstétricien à Strasbourg, «il y a 150 raisons de vivre un déni de grossesse comme il y a bien 150 raisons d'avoir de la fièvre! Or, cette dernière ne pose guère problème, alors que le déni dérange toujours profondément. Et pour cause: c'est le fameux «instinct maternel» qui est nié, même s'il qui n'a rien de biologique et s'il n'est qu'une construction culturelle, son absence nous met très mal à l'aise». Il en résulte aussi beaucoup d'incrédulité. Et celle-ci fait très mal, car elle ajoute de la souffrance à une situation déjà bien dramatique par elle-même.

D'abord, éviter toute forme d'incrédulité

«Mais, pourquoi? Et comment se fait-il que vous n'ayez rien senti?» Cette réaction – très spontanée de la part des professionnel(le)s de la santé – devrait disparaître. Car la femme qui a dénié sa grossesse n'est pas ni une menteuse, ni une dissimulatrice, ni une affabulatrice. Elle vit dans un état de non-

expression de son corps parce qu'un mécanisme de défense s'est mis en place dans sa tête: son «corps en résistance» et son esprit ne veulent rien entendre. Pour des raisons qui restent parfois obscures, la femme qui dénie sa grossesse ne «pense» tout simplement pas son corps. Il y a un «blanc», un «vide», dans sa tête qui correspond par ailleurs à une absence de signes de grossesse dans son corps. En général, elle ne rejette pas l'enfant. Il est même spectaculaire de constater que dès que le voile du déni est levé, le ventre s'arrondit et que le fœtus cesse d'être «verticalisé». «Derrière chaque déni de grossesse, explique Sophie Marinopoulos, psychologue et psychanalyste à Nantes, il y a une souffrance immense: une souffrance qui ne fait pas pleurer, une détresse indicible, sourde, inaccessible, un état émotionnel non gérable». La femme est victime d'un mécanisme puissant qui peut d'ailleurs se répéter. Et pour elle, comme pour son par-

tenaire et son entourage, le dévoilement du déni est un véritable séisme. Pour la Dre Marie-Elisabeth Sansele. Candenas, gynécologue-obstétricienne et psychanalyste à Clermont Ferrand, le déni de grossesse est «la preuve de l'énigme humaine». Pour le Prof. Israel Nissand, il est «la preuve de la puissance de l'inconscient».

Ensuite, ne pas chercher à comprendre

Ce qui peut aider la femme victime de son déni de grossesse, c'est de renoncer, dans un premier temps en tout cas, à comprendre et de se montrer disponible à elle (être là tout simplement). Il faut aussi savoir qu'il n'y a pas de profil type de la femme qui dénie partiellement ou totalement sa grossesse, ou encore par intermittence: «A certains moments, je me rendais compte de certains signes. Puis, le lendemain, j'avais oublié». Par après, seule la femme pourra, seule ou avec une aide adéquate, trouver en elle la raison de son déni. Il faudra pour cela laisser venir les mots, car il est vrai que l'on peut réaménager «quelque chose d'humain» par la parole, témoigne Catherine Foulhy, sage-femme surveillante à Clermont Ferrand. Une parole qui peut en faire surgir le sens.

Enfin et surtout, écouter sans juger

Oublions les protocoles et les

entretiens standardisés. Il s'agit d'accueillir la femme en plein chaos émotionnel et de l'entourer chaleureusement. Avant d'attirer l'attention sur l'enfant, il convient de se soucier de son bien-être à elle. Cet enfant ne deviendra «réel» que progressivement quand elle aura «repris pied» et qu'elle sera sortie de son «cauchemar». Ne perdons pas de vue qu'elle doit d'abord souvent rattraper – en quelques jours, voire en quelques heures – tout le cheminement d'une grossesse psychique que les autres femmes font en neuf mois. Il est donc bon d'aller «au même pas» qu'elle, jamais trop vite!

C'est souvent la bonne santé de l'enfant qui remet dans la réalité les femmes en déni. Mais, un indice réjouissant – comme celui de voir le bébé au sein – ne doit pas faire tomber la disponibilité, parce que tout n'est pas nécessairement réglé... et qu'une aide au long cours est généralement indispensable.

On ne connaît pas de troubles spécifiques chez l'enfant qui a été dénié par sa mère. Après la naissance, deux attitudes extrêmes sont fréquentes: ou bien une boulimie affective, «comme pour réparer»; ou bien une mise à distance. Ce sont là deux manifestations de la fragilité de la mère qui peine à construire le lien maternel.

Un bon geste serait de rassurer: «ça arrive plus souvent qu'on ne croit». Il ne s'agit pas de banaliser, mais d'ouvrir un espace de parole et de trouver une façon d'être pour montrer que parler peut être bénéfique. Il s'agit bien d'écouter sans juger et de ne rien expliquer à la place de l'autre. Le Dr. Michel Libert, pédopsychiatre à Lille, appelle cela «border avec des mots». Comme une couturière le fait pour construire une boutonnière, il s'agit d'arrêter l'effilochage autour de la coupure. Le déni est comme une déchirure: c'est à la fois une fêlure et, rétrospectivement, une fraye et/ou une culpabilité. On ne pourra pas vraiment «réparer» l'impensable et l'inavouable que suppose le déni de grossesse, mais on pourra en stopper l'effilochage autour de la blessure...

Josianne Bodart Senn

Quelques chiffres clés

- Un seul néoinfanticide pour 10 000 grossesses
- 2 à 3 denis pour 1000 grossesses
- Un déni partiel sur 475 grossesses
- Un déni total pour 2500 grossesses