

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 6

Artikel: Demandes de césariennes de convenance : "Prenons la temps d'écoputer et d'accompagner"
Autor: Rudigoz, R.C. / Bodart Senn, Josianne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949448>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

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

Demandes de césarienne de convenance

«Prenons le temps

Que cache la demande d'une césarienne de convenance: une simple demande d'information complémentaire, un droit à «choisir» son mode d'accouchement ou un sentiment d'abandon devant une expérience majeure? Quoi qu'il en soit, le Prof. René Rudigoz préconise d'accueillir une telle demande avec tact et bienveillance. Il précise en outre les éléments éthiques et sociologiques à prendre en compte dans une telle situation.

Sage-femme: Si l'on parcourt les nombreux forums et blogs qui fleurissent sur Internet, on y découvre en effet une certaine «peur panique», tout à fait irrationnelle mais qui semble enfler comme une rumeur. Que peuvent faire les sages-femmes dans le domaine de la prévention?

Prof. R. C. Rudigoz: Il est urgent d'identifier très vite les patientes susceptibles de demander une césarienne de convenance, afin de pouvoir les prendre en charge de façon adaptée tout au long de la grossesse. Cela nécessite une bonne collaboration entre les différents professionnels de la santé. Cette prise en charge doit se faire de manière personnalisée, par exemple par les sages-femmes. Elle devrait démarrer le plus tôt possible, car il semble que cette peur d'accoucher touche de 5 à 10% des femmes enceintes. Mais, il faut aussi remarquer que les demandes de césariennes sans raison médicale ne procèdent pas toutes des mêmes motifs. Les raisons avancées sont très variables: représentation insupportable de l'accouchement, peur de la douleur, impossibilité de lâcher prise, refus de participer à la séparation d'avec son bébé, anomalie ou particularité de la filière génitale, état d'esprit, etc.

Aux Etats-Unis, les débats se concentrent plutôt sur le «droit» des patientes à «choisir» leur mode d'accouchement. Qu'en pensez-vous?

En fait, il s'agit rarement d'une demande très argumentée, émanant d'une patiente parfaitement informée qui considère, tout bien pesé, que la césarienne représente pour elle le type d'accouchement le plus adapté. Dans l'immense majorité des cas, la demande de césarienne est une



Photo: JBS

d'écouter et d'accompagner»

façon de «dire» sa crainte: crainte pour elle-même ou pour le bébé, peur alimentée par des antécédents ou des récits lus ou entendus avec beaucoup d'émotion, etc.

Il faut surtout prendre le temps d'écouter la demande de ce type, donner des informations, répondre de manière individuelle, donner des précisions sur tel ou tel point. Un temps de réflexion permet souvent de faire évoluer la réflexion de ces patientes.

Ne pas accepter immédiatement une demande de césarienne de convenance n'est-ce pas risquer de perdre une «cliente»?

Les patientes ont le droit d'exprimer une demande de césarienne de convenance, ce qui ne revient pas du tout à dire que cette demande correspond à une autorisation. Cela ne veut pas dire non plus qu'une demande de césarienne doive être acceptée sans discussion: le médecin a tout à fait la possibilité de refuser une telle demande.

D'un point de vue éthique, l'attitude médicale implique un enjeu d'autonomie. Cela signifie, d'une part, que la demande doit être exprimée par une personne disposant d'informations qui sont suffisantes et qu'elle a bien comprises. Cela signifie que, d'autre part, la personne est autonome, libre de préjugés, de peurs, de pressions, etc.

Toujours d'un point éthique, l'attitude médicale implique également un enjeu de communication fondamental: une demande doit être accueillie avec sérieux, attention, sans arrogance, cynisme ou condescendance. Dans cette situation, le médecin doit donner une réponse claire, complète, compréhensible aux questions posées par la patiente. Un refus du médecin doit être formulé avec tact, délicatesse, sans brutalité ni mépris. Et la «cliente» en sera très souvent reconnaissante.

Dans la littérature récente, quelles données fiables trouvez-vous en ce qui concerne les comparaisons entre la césarienne prophylactique et l'accouchement par voies naturelles?

Je me réfère aux travaux de Anthony Visco qui permettent de dresser un ta-

bleau suffisamment complet et nuancé des paramètres à prendre en compte. Pour les résumer, on peut dire qu'au total, la plupart des paramètres réunis sont peu fiables et les arguments médicaux ne favorisent fortement ni l'un ni l'autre des modes d'accouchement. Ainsi, pour les patientes qui souhaitent plusieurs enfants, la réalisation d'une césarienne au cours du premier accouchement les expose à des complications spécifiques: rupture utérine, placenta accreta; tout ceci plaçant en faveur de l'accouchement par les voies naturelles. On peut en tout cas dire, avec Susan Bewley, qu'il n'y a «pas d'argument médical suffisamment probant pour remettre en cause le fait que l'accouchement par voie vaginale soit le mode d'accouchement naturel de l'espèce humaine». Ce qui revient à dire qu'il n'est pas prouvé, à ce jour, qu'une politique très libérale de césarienne soit susceptible d'apporter un bénéfice médical aux patientes.

D'un point de vue médico-légal, comment devrait être traitée une demande de césarienne quand elle s'exprime avant tout début de travail?

La réalisation d'une césarienne de convenance comporte, à l'évidence, des implications médicales potentielles considérables qui ne surgiront bien sûr qu'à posteriori en cas de complications. En cas de problèmes, il n'est pas douteux que les patientes elles-mêmes, leurs ayants droit ou leur compagnie d'assurance demanderont des comptes à propos de l'indication, de la réalisation, de la surveillance postopératoire de cette césarienne. Dans cette situation, il faudra que les experts puissent trouver dans le dossier matière à justifier cette décision et à vérifier que la réalisation a été parfaitement conforme aux bonnes pratiques médicales.

A cet égard, il apparaît indispensable de donner quelques conseils aux médecins amenés à réaliser des césariennes de convenance:

- L'indication, après avoir été envisagée, devra être confirmée au cours d'une consultation, proche du terme de la grossesse, en présence d'une tierce



Photo: inconnu sur Internet

Enquête européenne

Attitudes du corps médical

Quelque 1530 gynécologues obstétriciens venant de 8 pays européens (Luxembourg, Pays-Bas, Suède, France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni) ont répondu à un questionnaire sur leurs attitudes devant une demande de césarienne de convenance.

Feriez-vous une césarienne parce que c'est le choix de la patiente?

Espagnols:	15% de OUI
Français:	19%
Pays-Bas:	22%
Allemagne:	75%
Britanniques:	79%

Feriez-vous une césarienne une patiente qui a peur d'accoucher?

Espagnols:	10% de OUI
Français:	14%
Suédois:	79%

Feriez-vous une césarienne à une collègue qui vous le demande?

Espagnols:	21% de OUI
Français:	28%
Britanniques:	76%

Une analyse multivariée a mis en évidence les facteurs suivants: pays où le médecin travaille ($P < 0.001$), crainte d'un procès ($P = 0.004$), pratique dans un hôpital universitaire ($P = 0.001$). En outre, les femmes médecins qui sont aussi elles-mêmes mères sont moins disposées à accepter une demande de césarienne de convenance (OR 0.29, 95% CI 0.20–0.42).

Source: Habiba, Marwan et al.: Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. BJOG, 2006; 647–656.



Il n'y a pas d'argument médical suffisamment probant pour faire pencher la balance...

Photo: JBS

personne: conjoint, membre de la famille si possible

- Il paraît prudent de demander à la patiente de signer un document dans lequel elle demande la réalisation d'une césarienne de convenance, même si ce type de document n'a pas une valeur médico-légale de décharge; il permet de prouver que le devoir d'information a été respecté

- Il nous semble également indispensable de soigner tout particulièrement l'intervention et d'être très attentif en cas de complication postopératoire.

A l'inverse, la non-validation d'une césarienne qui a été demandée expressément implique que l'on soit particulièrement prudent dans la surveillance et le déroulement d'un accouchement par les voies naturelles, faute de quoi on peut s'exposer à des complications médico-légales.

En Suisse, les derniers taux de césariennes connus sont de 29,4% pour 2005 et de 31,1% pour 2006. Le taux des césariennes de convenance est plus difficile à préciser. Pour l'année 2004, il serait en Suisse de 11%. Que peut-on faire pour réduire ce taux qui reste curieusement imprécis?

Il n'y a pas de chiffres précis pour la France non plus, ni même pour mon propre service... Mais l'expérience pratique montre que, lorsqu'il y a hésitation du point de vue médical (utérus cicatriciel, présentation du siège, grossesse gémellaire, macrosomie, antécédent d'accouchement dystocique), le point de vue de la mère fait volontiers prendre une décision de césarienne.

Les demandes de première césarienne chez les patientes sans facteur de risque apparaissent en fait très peu nombreuses. Et encore moins nombreuses les demandes maintenues après information et discussion.

Une étude américaine montre qu'il n'y a pas de tendance récente à l'augmentation mais plutôt une stagnation après un pic

vers l'année 2000. On peut donc retenir que les demandes exprimées concernent env. 0,5% des patientes, mais que les demandes aboutissant effectivement à une césarienne de convenance sont d'env. 0,2%. On peut donc dire que, pour un service effectuant 3000 accouchements par an, 15 patients émettront le vœu d'une césarienne de convenance et 6 maintiendront cette demande.

Mais la culture du corps médical entre aussi en ligne de compte: les travaux de Marwan Habiba sont à cet égard très instructifs: ils montrent une très nette différence entre les médecins de culture anglo-saxonne qui accordent une place prépondérante au choix exprimé par la patiente et les médecins de culture méditerranéenne qui estiment que la décision de principe appartient plutôt au médecin. Enfin, d'autres éléments doivent aussi être pris en compte: grossesse précieuse, âge maternel, désir d'autre enfant ou non, etc. ◀

*Propos recueillis par
Josianne Bodart Senn*

Combien de césariennes de convenance?

Estimation suisse

Dans la statistique suisse, l'enregistrement se fait au moyen d'un code de diagnostic ou de traitement, qui fait supposer que la césarienne est soit programmée, soit d'urgence. Selon les données de l'année 2004, les césariennes de convenance sont estimées pour l'ensemble de la Suisse à 11%, mais il s'agit selon les termes des auteurs eux-mêmes d'une «estimation grossière».

Source: Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. StatSanté 1/2007, p. 17-19.

Estimations internationales

Etats-Unis:	10% env.
Italie:	9%
Norvège:	7,6%
Belgique:	2,6%
Australie:	moins de 1%

R. C. Rudigoz, La Rochelle, le 23 mai 2007.

Références:

S. Bewley: «The unethics of «request» cesarean section». BJOG, 2002; 109: 593-596.

R. C. Rudigoz, Huissoud C.: «Où en est-on de la césarienne de convenance?» In: Réalités en Gynécologie-Obstétrique, n. 126, décembre 2007.

R. C. Rudigoz et al.: «Peut-on accepter une césarienne sans indication médicale?» Exposé lors des 35^e Assises nationales des sages-femmes de La Rochelle, le 23 mai 2007.

Visco, Anthony C. et al.: Cesarean delivery on maternal request. Maternal and Neonatal outcomes. In: Obstet. Gynecol. 2006; 108: 1517-1529.

Ce qui a changé

Nombreux rapports sous l'effet de l'alcool

Lorenza Bettoli et Raphaël Ducrot (Planning Familial HUG) ont mis en évidence le lien entre sexe et alcool: un lien vécu de plus en plus fréquemment et régulièrement par les jeunes, mais qui n'est pas nécessairement le «bon cocktail»...

Des cas vécus montrent une baisse du discernement, une absence de limites, une ignorance de la quantité d'alcool absorbée, une augmentation de la consommation hebdomadaire et, ce qui est nettement nouveau, une uniformisation des comportements (des filles se comportent désormais «comme des mecs») et une poly-consommation (quel que soit le sexe). Les deux conseillers en planning

familial constatent que le premier rapport sexuel se fait de plus en plus souvent sous l'effet de l'alcool, pour «oser passer le cap». Par la suite, que la relation soit stable ou que l'on passe d'un partenaire à l'autre, une habitude des rapports sexuels sous l'effet de l'alcool s'installe, ce qui conduit à des rapports non protégés, non choisis, parfois violents, pouvant déboucher sur des abus sexuels. Diverses pistes de dialogue semblent efficaces: Peut-on faire la fête sans alcool? Que faire quand on va mal? Comment se détendre? Comment renforcer une bonne image de soi? Quel est le regard de l'autre? Où en est la confiance mutuelle?

Roubaix, France

Des mères racontent

Un CD audio (48 minutes) intitulé «Paroles de mères à mères» rassemble les témoignages d'un groupe de femmes ayant connu le drame de l'alcoolisation.

Il voudrait faire partager l'expérience de mères d'enfants atteints d'un SAF qui militent au sein de l'association ESPER, créée à Roubaix en 1996, et susciter chez d'autres femmes, mères ou futures mères, consommatrices abusives ou occa-



sionnelles d'alcool, l'envie de créer leur propre réseau de soutien pour s'entraider dans l'éducation de leurs enfants.

Courriel: reseau@dapsa.org

Prévalence à Genève

Une femme sur deux arrête pendant la grossesse

Trois étudiants en médecine de l'Université de Genève (supervisés par les Dr. Boulvain et Etter) ont réalisé au début de l'année 2008 une enquête par questionnaire à la Maternité de Genève. Résultats: Si deux tiers des femmes consommaient de l'alcool avant leur grossesse, un tiers seulement ont continué à boire. Au total, elles ont été deux fois plus souvent encouragées à arrêter de fumer et elles sentent

trois fois plus souvent de la culpabilité à fumer qu'à boire de l'alcool. Sur 207 réponses, les étudiants comptent 73 femmes (30%) ayant consommé un verre ou plus par semaine et, parmi ces femmes, 7 reconnaissent même avoir consommé 4 verres lors d'une même occasion. L'influence du conjoint et de l'entourage est souvent déterminante, de même le fait de... travailler.



Photo: JBS

Genève, 24 avril 2008

Alcool au féminin

Un colloque pour mieux appréhender le problème de santé publique que constitue l'augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescentes et les femmes d'aujourd'hui: il s'agissait d'actualiser les connaissances des professionnel(le)s pour les rendre capables de dialoguer sur un sujet encore tabou.

Ce compte rendu a été préparé par Josianne Bodart Senn.

Adolescentes en danger

L'âge du premier verre

La Dr. Françoise Narring (Unité Santé Jeunes HUG) dresse le tableau d'une évolution inquiétante: les jeunes filles consomment de l'alcool de plus en plus jeunes, en plus grande quantité, de plus en plus souvent et leurs états d'ivresse sont de plus en plus nombreux.

Que faire? D'abord, comprendre. Elle rappelle que l'adolescence est un processus long: le cerveau préfrontal est alors en plein développement et il ne sera mature que vers 24 ans! Prévoir, fixer des priorités, choisir, peser les conséquences des actes, autant de capacités qui ne sont que progressivement mises en place.

«Corps en travaux: on agrandit», pourrait-on dire des adolescents. Et ce corps, ils ont envie de s'en débarrasser, parce qu'il gêne ou intimide. Quand

on sait, en plus, que les normes sociales posent un «idéal» relativement haut, on n'est pas surpris de voir les jeunes «fuir» leur corps par une consommation excessive régulière. Enfin, dans une société avide de performances et intolérante aux frustrations, où les parents donnent très tôt des vitamines pour être sûr que leur enfant va réussir, tout incite à éviter les conflits, échecs et incompétences. Et c'est ainsi que, souvent, l'alcool succède simplement aux vitamines...

Aujourd'hui, les jeunes qui consomment quotidiennement de l'alcool ont commencé vers 11 ans et demi! Il s'agit souvent d'une «conduite d'essai»: goûter parce que c'est nouveau, mais aussi parce qu'il faut bien s'intégrer et, pour cela, faire comme les autres.

Chaque 9 septembre

Sensibilisation au SFA

Savez-vous que, chaque année, une journée internationale est organisée le 9 septembre – avec des rendez-vous régionaux à chaque fuseau horaire à 9 heures 9 minutes précises – pour faire connaître le Syndrome d'alcoolisation fœtale?

Pour en savoir davantage: www.ortho-saf.com

Il est encore très mal connu

Le syndrome d'alcoolisation fœtale

Le Prof. Maurice Titran, pédiatre au Centre d'action médico-social précoce de Roubaix (France), préconise une abstinence dès que le désir d'enfant apparaît. En plaisantant, il rappelle que l'alcool n'est certainement pas utile au développement de l'enfant à naître... Comme nous ne savons pas quelle est la dose minimale en dessous de laquelle la prise d'alcool n'a pas de conséquence sur le corps – et surtout le cerveau – du fœtus, nous nous devons de recommander l'abstinence totale. Il faut aussi savoir que l'arrêt de la consommation d'alcool à n'importe quel moment de la grossesse entraîne l'arrêt des méfaits sur le fœtus.

Le placenta est une véritable passoire

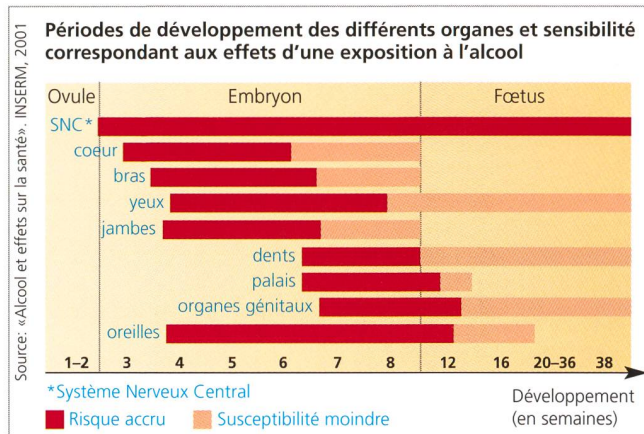
Le Prof. Maurice Titran signale qu'il existe bien une «période de grâce», les 15 premiers jours de l'embryon, durant laquelle les cellules endommagées pourraient être remplacées, mais c'est justement la période durant laquelle la future mère ignore son état. Ce qu'il faudrait faire comprendre aux fu-

tures mères, c'est que 0,1 g d'alcool par litre dans leur propre sang passe tel quel dans le sang du fœtus. En théorie, l'enfant mettra une heure pour éliminer ce 0,1 g d'alcool mais il ne pourra le faire entièrement, parce qu'une partie de cet alcool restera encore un temps dans le liquide amniotique. Ainsi, en cas de «Binge Drinking», si la mère arrive à 1 g d'alcool par litre, elle mettra 12 heures pour l'éliminer tandis que son enfant ne s'en débarrassera pas avant 15-16 heures.

Pendant ce temps, durant le 1^{er} trimestre de grossesse, l'alcool intoxique les cellules en développement (voir tableau) qui ne migreront pas suffisamment rapidement au bon endroit. En plus, durant les neuf mois de la grossesse, l'alcool est particulièrement toxique pour le cerveau: il perturbe la migration et l'organisation des neurones, provoque des lésions entraînant des déficits fonctionnels et un retard de développement intellectuel.

Terminologie récente

C'est en 1968 que le Dr. Paul Lemoine décrit pour la 1^{ère} fois



le syndrome d'alcoolisation fœtale ou «embryofœtopathie alcoolique». Mais comme il le fait en français et dans une période de troubles sociaux, sa description clinique de 127 cas passera inaperçue jusqu'en 1973. Cette année-là, les Américains Jones et Smith décrivent, dans le «Lancet», un type semblable de malformation sous la dénomination «Fetal alcohol syndrom».

Le SAF se traduit par 3 caractéristiques principales:

- un retard de croissance, avant ou après la naissance, qui affecte la taille, le poids, le périmètre crânien;

- des anomalies du crâne et des traits faciaux
- une atteinte (permanente et irréversible) du système nerveux central

Tous les symptômes ne s'observent pas nécessairement sur un même enfant.

En France, l'alcoolisation fœtale est la 1^{ère} cause de retard mental non génétique: les atteintes complètes s'y chiffrent à 0,3% des naissances et les atteintes incomplètes à 0,7%: si ces dernières sont diagnostiquées tardivement, rien n'est entrepris à la naissance et leur pronostic est encore plus grave...

Après l'intoxication

Une consultation bien utile

La Dr. Marianne Cafilisch (Dép. de l'enfant et de l'adolescent HUG) a mis sur pied une consultation le jeudi après-midi pour les jeunes ayant été hospitalisés d'urgence pour intoxication alcoolique. En 2004-2005, de plus en plus de jeunes de 12 à 16 ans (autant de filles que de garçons) arrivaient dans un état alarmant chaque week-end, surtout durant le mois de juin, mais aussi en septembre, novembre et décembre. Ils avaient connu une hyperalcoolisation ou «Binge Drinking»¹. Le plus souvent, il s'agissait d'une consommation accidentelle: pour

s'amuser, se surpasser, se sentir moins «vide». Curieusement, ce qui les inquiète le plus par après, c'est de savoir s'ils ont vomis ou pas... Durant la consultation, souvent en présence d'un des parents, leur attention a été attirée sur les diverses façons de consommer, sur les risques immédiats comme sur les effets à long terme. Deux tiers d'entre eux n'ont pas répété cette expérience.

¹ «Binge Drinking» en anglais – «Biture express en français»: il s'agit d'une mode qui consiste à consommer rapidement 5 verres ou plus pour atteindre une véritable «défonce» à l'alcool.

CHUV Lausanne

Screening alcool et/ou tabac

Yvonne Meyer a participé à une étude menée entre décembre 2005 et novembre 2006 (N=1367) auprès de femmes se présentant à la première consultation prénatale au CHUV à Lausanne.

Premiers résultats: Un dépistage par questionnaire semble mieux détecter la consommation d'alcool et de tabac. Ce questionnaire peut, par la suite, servir de base à une discussion, mais il permet d'oser «dire» ce qu'il en est réellement. Environ 40% des femmes enceintes déclarent un usage d'alcool. Certaines (1%) en font un mésusage ré-

gulier (plus de 7 verres par semaine), d'autres (5%) un mésusage occasionnel (3-4 boissons lors d'une même occasion). De son côté, Murielle Duckstein s'est penchée sur les discours de 200 femmes enceintes et a analysé leur manière de parler de leur consommation d'alcool. Les plus jeunes banalisent: elles boivent «le week-end seulement». Les plus âgées le font aussi avec un autre argument: elles ne boivent «pas à tous les repas» ou elles expliquent qu'elles ne peuvent pas se permettre de refuser de «trinquer seulement»...

Bernadette Costa-Prades

Les garçons (un peu) expliqués aux filles Les filles (un peu) expliquées aux garçons

Illustré par Philippe Pastet
Ed. Albin Michel, 2007, 223 p.
ISBN = 2-226-16937-2

L'auteure est journaliste, elle a écrit plusieurs ouvrages semblables. Cette fois encore, elle s'adresse aux très jeunes gens et très jeunes filles. Vous ne vous sentirez peut-être pas directement concernées bien que, vous aussi, vous êtes sans doute mères d'enfants qui grandissent très (trop) vite... Et pourtant, ce sont ces jeunes que vous allez retrouver dans quelques années, voire quelques mois peut-être, dans un cours de préparation à l'accou-

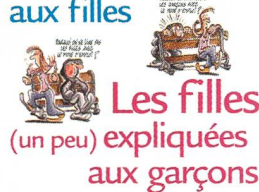
chement ou en salle de naissance. Auront-ils/elles reçu des réponses satisfaisantes aux 41 questions qu'ils/elles se posent aujourd'hui sur l'autre sexe au moment où ils/elles sont en train de donner la vie à leur tour?

De bébé, il n'en est pratiquement pas question, sauf à la page 110 quand il est question de l'abus des régimes amaigrissants: «Pas de seins, pas de hanches, pas de fesses: tel est l'idéal du corps féminin encensé par la mode. Or, c'est tout ce qui distingue une fille d'un garçon, et pour cause: ces rondeurs-là sont utiles pour faire

des bébés». En revanche, les débuts de la vie sexuelle sont abordés sous différents angles. Le principal message est qu'il n'y a aucun mode d'emploi, qu'il faut tout réinventer à chaque fois et que le partage est le meilleur atout pour réussir. Parce que s'enfermer dans les stéréotypes, c'est refuser de se laisser surprendre, Bernadette Costa-Prades invite ses lectrices ou lecteurs à envisager les relations quotidiennes sous un angle «inhabituel», créatif ou «surprenant» et à trouver des équivalences entre filles et garçons pour ne pas rester coincé dans leurs rôles respectifs.

Bernadette Costa-Prades

Les garçons (un peu) expliqués aux filles



Albin Michel

Un livre facile à lire: à mettre d'urgence dans les mains des ados ou à savourer en tant qu'adulte et parent, parfois encore aux prises avec l'hypocrisie, les tergiversations, les dissimulations ou le machisme.

Josianne Bodart Senn
sociologue

Hugo Lagercrantz

Le cerveau de l'enfant

Traduit par Agneta Nordh
Ed. Odile Jacob, 2008, 235 p.
ISBN = 2-7381-2046-5

Tout ce qu'il faut savoir sur la «grande aventure» du cerveau humain par le spécialiste suédois de la biomédecine Hugo Lagercrantz. Pourquoi ne se souvient-on pas de notre vie utérine ou de notre naissance? Comment les hormones du stress agissent-elles durant l'accouchement? Pourquoi le cerveau des trisomiques 21 est-il plus «lisse» que

celui des autres humains? L'auteur vous fournit tous les éléments pour répondre à ces questions et à bien d'autres.

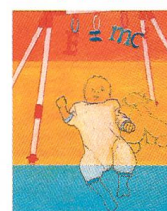
L'ouvrage donne un état des connaissances actuelles: de nombreux rappels historiques orientent sur les progrès théoriques, des expérimentations scientifiques récentes y sont décrites, de même que les hypothèses tirées des dernières observations cliniques. Pas à pas, on y suit la progression «normale» d'un cerveau humain ainsi qu'un bon nombre

d'anomalies possibles. La situation particulière du bébé prématuré est précisée. L'accent est également mis sur l'importance des impressions sensorielles durant la vie anténatale, dans le post-partum, puis par après. Les développements cérébraux divergents – tels que l'autisme, la dyslexie et l'hyperactivité – sont également expliqués.

Pour toutes les personnes curieuses des phénomènes de la mémoire et de la conscience humaine. Pour tous les profes-

HUGO LAGERCRANTZ

LE CERVEAU DE L'ENFANT



Odile Jacob

sionnels de la santé amenés à faire de la vulgarisation scientifique.

Josianne Bodart Senn
sociologue

DER STORCH BRINGT DIE KINDER

Die Hebamme.ch und alles rund um die Geburt.

Stellen- und Kommerzinserte

künzlerbachmann
medien

KünzlerBachmann Medien AG, Geltenwilenstrasse 8a, CH-9001 St.Gallen, T 071 226 92 92, F 071 226 92 93, info@kbmedien.ch, www.kbmedien.ch