

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	82 (1984)
Heft:	7-8
Artikel:	Après le congrès de Zurich
Autor:	Grand, Hélène / Stoll, Willy / Winzeler, Doris
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-951256

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: 24.01.2026

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

Après le congrès de Zurich

Chères collègues,

nombreuses sont celles d'entre vous qui ont participé aux journées de perfectionnement de Zurich, mais d'autres, encore plus nombreuses ont été retenues chez elles ou à leur travail pour diverses raisons. C'est pourquoi nous avons jugé positif de vous transmettre ici l'essentiel des exposés qui nous ont été proposés. Il serait beaucoup plus difficile de retranscrire toutes les discussions des divers groupes de travail. Ce que l'on peut dire cependant, c'est que les idées ont été nombreuses à être échangées et que ces journées ont été enrichissantes pour chacune d'entre nous. L'assemblée des déléguées a elle aussi été fort animée. Vous aurez l'occasion d'en lire le procès-verbal dans un de nos prochains numéros.

La soirée récréative, dans une maison de corporation du vieux Zurich, avec la visite durant l'apéritif du musée de la porcelaine, a été fort agréable. Nous avons toutes beaucoup apprécié l'humour et la virtuosité de l'orchestre Johann Kobelt et admiré, en dégustant l'émincé à la zurichoise du banquet, la charmante décoration des tables et de la salle. Le plaisir des retrouvailles et des discussions entre collègues achevait de faire de cette soirée une fête.

Hélène Grand

de décès néonataux sont à attribuer à ce groupe. Sans doute le plus grand nombre d'enfants handicapés est également à chercher dans ce collectif.

Nous devons donc diriger nos efforts dans le but d'éviter la prématurité! Si nous réussissons à diminuer le pourcentage d'enfants au-dessous de 2500 g nous pourrons également abaisser considérablement la mortalité et la morbidité néonatale. Le défi à la médecine périnatale est net.

Mais que veut dire prématurité pour nous qui travaillons en clinique? Pour répondre à cette question j'aimerais vous présenter un cas qui montre bien la complexité du problème.

Une femme de 21 ans, I-pare/I-geste, nous est adressée pour prééclampsie. Sa situation sociale est sombre, un divorce est en cours. Anamnestiquement la durée de grossesse était de 31 semaines. A cause de douleurs précoces une tocolysie avait déjà été commencée ailleurs. L'examen ultrasonographique nous a fait estimer le poids de l'enfant à 1000 g et nous avons dû supposer un retard de croissance.

Le manque d'oxygène pré- et intrapartal est à considérer aujourd'hui comme la cause essentielle de la mortalité et morbidité néonatale, par conséquent une surveillance cardiotocographique devient indispensable.

Au moment où surviennent des décélérations tardives l'indication à la césarienne était donnée.

Les grands prématurés sont particulièrement vulnérables par un manque d'oxygène ou par un traumatisme. La césarienne doit être pratiquée de la manière la plus soigneuse en ménageant l'enfant au mieux. Pour atteindre ce but nous utilisons éventuellement un type particulier d'incision de l'utérus.

Les principes de la réanimation primaire sont à observer strictement, en plus: Nous savons aujourd'hui beaucoup plus sur les prématurés et nous devons utiliser des techniques spéciales pour leurs soins.

Nous pourrions les mettre tout simplement sous le titre suivant: Soins minutieux! Et il n'y a que le meilleur qui soit suffisamment bon, car déjà de petites négligences peuvent péjorer les chances de l'enfant à une vie sans handicap.

Comme le cours des choses a changé! Il n'y a pas si longtemps que lors des premiers soins à un prématuré la devise suivante était plutôt valable: «Oiseau mange ou meurs». Cette facette du problème se présente également comme un défi pour nous.

La conduite de l'accouchement et surtout l'intervention en cas de souffrance

La prématurité défi – dilemme – espoir

Exposé du Prof. Dr. Willy Stoll,
Frauenklinik de l'hôpital cantonal d'Aarau

Le but de la médecine périnatale – dont nous obstétriciens, sages-femmes et néonatalogues sommes responsables – est aujourd'hui la prévention de la mortalité périnatale et la diminution de troubles moteurs et intellectuels qui sont en relation avec une complication de la grossesse ou de l'accouchement. La naissance et les premières semaines de la vie doivent toujours être considérées comme la période la plus dangereuse de l'existence.

Le facteur qui influence le plus la mortalité périnatale est le poids de naissance. Ce n'est que depuis 1979 que le poids de naissance est indiqué sur la carte de naissance de l'office fédéral de statistiques, ainsi n'était-il pas possible de connaître avant la distribution annuelle des poids de naissance pour l'ensemble du pays.

A ce jour la distribution est connue pour les années 1979–1981. Les tableaux sont divisés selon les groupes de poids. L'intervalle entre les groupes est de 500 g. Pour chaque année et chaque groupe de poids le nombre d'enfants nés vivants est indiqué avec le chiffre de mortalité correspondant. Vous voyez ici les chiffres absolus des enfants nés vi-

vants: La distribution est constante au cours de ces trois ans et le nombre se situe entre 72 000 et 73 000.

La majorité des enfants se trouvent dans le groupe entre 3000 et 3500 g, la minorité dans le groupe entre 500 et 1000 g. Regardez maintenant la mortalité néonatale, c'est-à-dire la mortalité pendant le premier mois de vie, elle se situe pour ces 3 ans autour de 0,2% pour les enfants du poids idéal, mais autour de 70% pour les tout petits.

Une comparaison exacte de ces chiffres n'est pas encore à faire parce que le nombre d'enfants dont le poids de naissance n'est pas encore connu est relativement grand. Mais nous pouvons dire que dans les années de 1979 à 1981 un peu plus de 5% des enfants nés vivants avaient un poids au-dessous de 2500 g. Pourtant à peu près 65% des décès néonataux tombent sur ce relativement petit groupe.

Ces chiffres n'ont guère changé pendant les dernières années. En 1977 une étude du groupe des néonatalogues suisses a montré des chiffres semblables. 5–7% des nouveaux-nés ont un poids au-dessous de 2500 g et 65–70%

foetale sont étroitement liées à la disposition du néonatalogue aux soins intensifs actifs du grand prématuré. Les décisions des obstétriciens seuls ne devraient plus exister dans ces cas limites. Les limites de l'emploi des moyens obstétricaux et néonatalogues sont depuis toujours en mouvement. Dans les dernières années la tendance à abaisser les classes d'âges ou les groupes de poids est évident. Les limites se situent aujourd'hui entre 1000 et 800 g, respectivement entre 28 et 26 semaines.

Le néonatalogue a une chaîne de difficultés à maîtriser. J'ai choisi trois groupes de problèmes:

Le problème pulmonaire
les membranes hyalines
la respiration artificielle (à la machine)
le contrôle des gaz sanguins
le risque de la fibroplasie rétrolentale
le risque de l'obstruction pulmonaire chronique
le pneumothorax
eventuellement troubles de la coagulation.

Cette chaîne causale nous emmène au deuxième problème:

Les hémorragies cérébrales

En ce qui concerne le diagnostic la tomodensitométrie computerisée a marqué le point tournant en 1979. Mais déjà la TC est remplacée surtout pour la surveillance de routine par l'ultrasonographie.

La fréquence d'hémorragies cérébrales est plus haute qu'on a estimé. Elle est de l'ordre de 40-50% pour les prématurés au-dessous de 1500 g et pour les enfants au-dessous de 1000 g elle est encore plus haute.

Des hémorragies passant du parenchyme cérébral dans le système ventriculaire sont plus fréquemment observées aujourd'hui qu'avant l'ère des soins intensifs. Puisque les enfants survivent plus longtemps les hémorragies se manifestent maintenant plus souvent dans leurs conséquences tardives. La fréquence de l'hydrocéphalie post-hémorragique en comparaison avec le nombre absolu d'hémorragies ventriculaires a augmenté. Le souci que ce problème nous impose est évident.

La pathogénèse de ces hémorragies n'est pas encore éclaircie. Tout de même la relation entre accouchement difficile et réanimation incompétente semble évidente. Notre obstétrique doit être aussi ménageante que possible, finalement même la manière de toucher l'enfant devient importante. (Ceci est d'ailleurs également valable en ce qui concerne la femme enceinte et la parturiente.)

Les infections, le troisième groupe de problèmes:

L'enfant au-dessous de 1500 g a un risque de septicémie de 11% et une chance de survie de 50%, autrement dit: plus de la moitié des cas avec septicémie et entéro-colite nécrosante se trouvent chez les enfants au-dessous de 1500 g.

Je vous ai parlé d'un prématuré de 940 g qui a souffert d'un retard de croissance intrautérin et que nous avons fait naître par césarienne. Le petit garçon a séjourné pendant trois mois en néonatalogie. Il a dû surmonter une série de crises et il va bien aujourd'hui.

Est-ce que nous sommes sur le bon chemin? Nous entreprenons une série de mesures diagnostiques dans ces cas problématiques, puis nous prenons nos décisions avec le but d'aider la mère et l'enfant dans le meilleur sens possible. Il s'agissait d'une femme de 21 ans, situation sociale sombre qui lui faisait sûrement peur et qui apportait déception et charge nerveuse pour la mettre dans un état général tendu.

La question se pose si avec une surveillance plus générale en se basant sur de nouvelles idées le cours néfaste de cette grossesse aurait pu être évité ou au moins amélioré.

Il faut également souligner les frais: Les frais effectifs par enfant et par jour en néonatalogie se situent entre 476.75 et 551.75 francs. Par contre les frais journaliers pour un nouveau-né à la maternité ne sont que de 43.75 francs. La différence devient encore plus impressionnante si vous multipliez par 100 les frais en néonatalogie et par 10 ceux à la maternité.

Quand on montre des chiffres pareils une question s'impose:

Est-ce que les mesures médicales sont rentables? Une analyse de frais-bénéfice s'avère difficile. En ce qui concerne la médecine périnatale intensive on a d'une part les frais pour l'introduction d'un système de surveillance pour tout le pays, d'autre part on a le gain, c'est à dire un plus petit nombre de décès et de lésions cérébrales. On peut facilement estimer combien d'acidoses graves par 1000 naissances peuvent être évitées avec une surveillance intensive, ou autrement dit combien de ces frais pourraient être économisés pour les soins et la formation d'enfants handicapés cérébraux. Si l'on fait le bilan de cette façon le coût de la médecine périnatale est rentable, de loin. Je pourrais m'imaginer que même en y ajoutant les frais des soins intensifs en néonatalogie le bilan sera toujours positif pour nous en tant que communauté calculante. Mais d'une bien plus grande importance que le gain matériel est l'amélioration de la qualité de vie et la diminution de troubles neuro-pédiatriques. Nous y revenons encore, mais d'abord quelques pensées sur les causes de la prématurité et les possibilités de traitement.

Les causes admises généralement sont complexes, aussi complexes et multifactorielles que le système de protection qui tient le fœtus en place ou les forces inductives de l'utérus. Un grand pourcentage de facteurs psychosomatiques est à attendre si l'on pense à la place de la femme enceinte dans notre société industrialisée moderne, marquée par le stress.

J'aimerais souligner deux groupes causaux:



- la sensibilité neuro-végétative accrue de la femme enceinte
- l'insuffisance utéro-placentaire.

Dans ce schéma, qui est de Jung à Aachen, vous reconnaisserez la multitude et l'enchaînement complexe des possibilités causales. J'aimerais revenir à notre femme de 21 ans où l'on peut énumérer les facteurs suivants:

l'âge, la constitution physique, l'alimentation, la fumée, la gestose, la situation sociale, la surcharge physique et psychique.

L'enfant de notre patiente était massivement retardé, une insuffisance utéro-placentaire et une irritation neuro-végétative étaient sûrement présentes.

D'autres points importants sont:

l'insuffisance du col de l'utérus, les infections, les anomalies, la grossesse multiple etc.

En général notre traitement de la prématureté n'est pas causal mais symptomatique. Ça doit être compréhensible quand on a vu la liste des causes possibles. Le plus important sera la mise au repos de la femme ce qui signifie généralement hospitalisation. Les médicaments à choix pour la mise en repos de l'utérus (tocolyse) sont les bétasympathomimétiques. A ce jour nous n'avons pas d'alternative. L'efficacité de la tocolyse est prouvée pour l'application intra-veineuse, mais pas pour le traitement péroral.

D'autre part sur la base d'études épidémiologiques on n'a pas pu démontrer d'effet sur la prématureté. A noter également que dans beaucoup de cas de prématureté il n'y a pas eu de traitement ou il est venu trop tard. Dernièrement la thérapie adjointe au magnésium a été discutée. Il y a un manque en magnésium pendant la grossesse, ce qui pourrait jouer un certain rôle dans la prématureté. Le magnésium a sûrement un effet cardioprotecteur lors de la tocolyse et il semble que la fréquence de gestoses sous la thérapie de magnésium soit abaissée. Mais nous ne pouvons pas encore donner de recommandations valables pour ce traitement.

μ

Le cerclage prend une place toujours plus importante. Ses indications sont surtout l'avortement habituel et les accouchements prématurés dans l'anamnèse. Cette indication doit être posée généralement aujourd'hui. Bien que ces trois mesures aient été appliquées largement pendant les dernières années on n'a pas pu constater une diminution de la prématureté. Au contraire il y a des indices que sa fréquence monte par endroits. C'est une constatation triste.

Il y a encore d'autres mesures thérapeutiques que j'aimerais souligner et qui ont

beaucoup amélioré les chances de survie du prématuré. Il s'agit de:

- l'induction de la maturation des poumons par les corticoïdes qui ont significativement abaissé la fréquence de détresse respiratoire
- la centralisation

La prématureté pose un grand problème du point de vue de l'organisation. Pour garantir toutes les mesures possibles pré-, intra- et surtout postpartales le traitement dans un centre spécialisé est indispensable. L'idée de la centralisation ne s'est pas encore suffisamment imposée chez nous. Pour le fonctionnement d'un centre obstétrical-néonatalogique il est finalement important que la collaboration entre les deux disciplines joue sans problèmes.

Nous avons constaté qu'il n'a pas été possible jusqu'à ce jour de diminuer la prématureté, mais on peut remarquer que la mortalité des nouveaux-nés y compris les prématurés a diminué sur l'échelle mondiale. Les efforts dans le domaine de la néonatalogie ont apporté un grand succès.

Mme Stewart de Londres a publié en 1981 un graphique comprenant les chiffres des grands centres d'Europe, des USA et de l'Australie. Seuls les enfants au-dessous de 1500 g ont été pris en considération. On remarque que le rapport entre enfants décédés et enfants survivants a changé. Pendant les 30 dernières années le nombre d'enfants décédés et le nombre d'enfants survivants s'est donc inversé.

Envisageons maintenant un nouvel aspect, celui de la fréquence d'enfants handicapés. Pendant les 20 dernières années cette fréquence est restée plus ou moins identique et il n'y a pas d'indice d'une augmentation.

Nous gagnons de la vie – le graphique le montre bien –, mais nous payons ce gain avec un certain nombre d'enfants handicapés. Le gain d'enfants en bonne santé est plus grand que – si on peut le dire ainsi – la perte en enfants handicapés.

Parce que la fréquence d'handicaps graves monte avec un poids de naissance diminuant, la question se pose si nous achetons les meilleures chances de survie des tout grands prématurés avec une augmentation des handicaps. Le dilemme devient évident. Les communications ne manquent pas où au centre de la discussion est l'augmentation de la fréquence d'handicaps surtout dans le groupe de poids au-dessous de 1000 g. Mme Weber de Zurich a rapporté les chiffres de la littérature actuelle. Chez les prématurés au-dessous de 1000 g se trouvent des troubles cérébraux mo-

teurs et autres (surtout troubles visuels) dans 13-36%. Dans des études à long terme on a trouvé chez ce même groupe des difficultés scolaires considérables, chez un quart à l'âge de 8 ans et chez deux tiers à l'âge de 10 ans.

Si le poids de naissance est au-dessous de 700 g (âge gestationnel correspondant au-dessous de 26 semaines) il n'y a pratiquement pas d'enfants survivant sans handicap.

Les études de follow-up nous donnent une vue d'ensemble sur une période trop courte et le nombre d'enfants est relativement petit. Aujourd'hui seulement des tendances peuvent être montrées. L'échange d'expériences sur une grande échelle est à souhaiter.

La néonatalogie va réussir à développer d'autres techniques et également les mesures diagnostiques.

Peut-être les années à venir vont-elles nous apporter de nouveau des découvertes révolutionnaires dans le domaine de la pathologie foeto-néonatale. Le diagnostic intrautérin va également arriver à des succès nouveaux, peut-être même à un point de départ pour une thérapie intrautérine plus efficace.

Mais des améliorations dans la médecine préventive seraient évidemment meilleures: diminution de la prématureté!

Qu'est-ce qui va se passer dans l'avenir?

Avec cette question j'aimerais résumer. Nous devrions faire un grand effort dans le domaine de la prévention. Notre but prioritaire doit être la diminution de la prématureté. Pourtant, nous devons l'admettre, un point de départ prometteur nous manque encore en ce moment. Les cas à haut risque doivent être diagnostiqués à temps et ils doivent être centralisés si nécessaire. Les enfants qui

doivent être transportés dans un centre – quel que soit le moyen de transport – courent le double de risque de mortalité que s'ils voyagent «in utero». Le diagnostic précoce du risque et l'oubli des pensées de prestige local jouent un grand rôle.

L'obstétrique doit s'occuper du problème spécial du prématuré. Les accouchements sont à diriger avec le plus grand soin, toutes les interventions doivent être aussi ménageantes que possibles pour l'enfant. Je crois que de cette manière l'obstétrique est devenue plus belle.

A la collaboration obstétriciens-néonatalogues une grande valeur doit être attribuée, les tensions éventuelles doivent être réduites et il faut créer une atmosphère collégiale dans le meilleur sens du terme.

L'espoir est là de regarder en avant vers une nouvelle perfection des techniques intensives.

Nous devons toujours penser que la relation mère/père-enfant est extrêmement importante. Et si nous voulons avancer sur l'échelle mondiale il est indispensable de toujours échanger nos expériences.

J'espère de vous avoir montré que l'obstétrique et la néonatalogie ont des problèmes difficiles à résoudre en relation avec la prématurité. Je crois qu'ils sont à aborder tout d'abord avec dévouement et avec un grand engagement professionnel.

Exposé de Doris Winzeler, sage-femme

Chères collègues, Mesdames et Messieurs

Tout d'abord j'aimerais vous donner un bref aperçu de mon activité actuelle. Je travaille de manière indépendante, je donne des cours de préparation à l'accouchement, de la gymnastique pour les accouchées et des cours aux sages-femmes. En plus, je fais des traitements avec des massages de respiration et de l'application de chaleur.

Ce sont surtout des femmes enceintes qui viennent me voir pour des troubles divers. Le plus fréquemment il s'agit de douleurs lombaires (sciatisques) ou de douleurs précoce. Je traite également des femmes au-dessous de 40 ans pour des problèmes d'incontinence urinaire ou des troubles liés à l'appareil suspenseur des organes génitaux. Puis je traite des gens avec des troubles divers comme douleurs du dos, maux de tête, gastergies et autres. En général ces troubles sont la conséquence d'une tension musculaire accrue depuis des années. Ce qui est rapporté sont les symptômes. Mais moi, j'aimerais attaquer la cause, qui se trouve relativement souvent dans un faux comportement, avec le massage de respiration.

Nos pensées et notre mode de vie se projettent dans les systèmes musculaires et provoquent là une réaction correspondante. Il est bien connu qu'une conception positive de la vie, gaîté et bonne humeur, causent une élasticité de la musculature et un bien-être général. Le surmenage, l'accusation de son sort ou l'isolement sont des exemples qui mènent à une augmentation de la tension, même au durcissement de la musculature.

Ainsi la grossesse peut être une charge qui dure des semaines et des mois. Si des facteurs à risques sont déjà pré-

sents ou s'y ajoutent encore comme un deuil, un déménagement ou le stress au travail, le corps – dans son ensemble de corps physique et psychique – peut entrer en rébellion. L'expression de cette rébellion peut être des douleurs précoce et cela signifie un risque considérable pour la grossesse et la nécessité d'une hospitalisation éventuelle.

Maintenant j'aimerais vous exposer comment j'ai essayé d'aborder le problème de la prématurité, puis je vous parlerai de mes premières expériences. L'utérus n'est pas dépendant de notre volonté, mais d'autre part cet organe creux est soumis à des influences végétatives multiples. En tant qu'unité du corps entier il devrait être influençable également sans médicaments.

Pendant ma formation en massage de respiration je devenais consciente une fois de plus que le meilleur résultat d'un traitement ou d'une assistance était dépendant de la qualité du toucher et du comportement de contact réciproque. J'insiste que ce résultat ne dépend absolument pas des gestes ou de la technique de massage!

J'ai appris que relaxation est souvent confondu avec relâchement (Erschlafung). Relaxation veut dire élasticité et non seulement en ce qui concerne la musculature. Elle provoque un bien-être général. Et bientôt j'étais persuadée que ce bien-être se transmet également à l'utérus.

Des femmes qui suivaient mon cours de préparation à l'accouchement se sont mises à disposition pour mes premières tentatives de traitement. Bientôt des résultats positifs se présentaient. Au cours des mois passés j'ai traité, en collaboration avec le Professeur Stoll, plus de vingt femmes qui souffraient de douleurs précoce et qui voulaient si possible éviter une hospitalisation. Cinq femmes attendaient des jumeaux dont j'aimerais vous présenter deux cas.

La première femme, une II-pare, venait me voir dans la 32^e semaine de grossesse pour des contractions fréquentes depuis deux jours. Le col de l'utérus était effacé. Après le premier massage des contractions devenaient plus rares, et quatre jours plus tard après le deuxième traitement elles avaient disparu. Un massage par semaine jusqu'à la 38^e semaine était suffisant, et elle a donné naissance à deux superbes fillettes.

La deuxième femme, également une II-pare, a été traité par moi à partir de la 25^e semaine. Elle présentait un léger saignement vaginal déjà à la 13^e semaine. Elle se plaignait d'une agitation permanente, d'insomnie et d'un sentiment de

lourdeur. Elle est petite, d'une taille de 158 cm et ne pesait que 43 kg avant la grossesse.

Elle se sentait complètement surmenée par sa grossesse gémellaire. Elle était désécurisée et avait peur parce qu'elle avait déjà dû être hospitalisée pendant sa première grossesse au cours de laquelle elle avait accouché d'un garçon de 2700 g 14 jours avant terme. Après cette expérience elle doutait d'être capable de mener à bon terme une grossesse gémellaire. Une fois par semaine elle venait au traitement. Dans la 32^e semaine elle me disait:

«Je porte mon ventre plus facilement que pendant la 20^e semaine.

Je suis devenue calme et pleine de confiance.

Je suis contente que vous m'accompagniez.»

Vendredi passé elle a accouché spontanément 14 jours avant terme, les enfants sont petits, mais en bonne santé. De ces 20 femmes mentionnées ci-dessus une seule a dû être hospitalisée. Il s'agit de Madame Müller qui va vous raconter plus tard le cours agité de sa grossesse.

D'abord j'aimerais vous parler du procédé pratique.

En règle générale un traitement par semaine est suffisant. La femme se met en position latérale. Sur son dos j'applique des enveloppements chauds que je laisse agir pendant une demi-heure. Ce temps sera utilisé soit pour se reposer, soit pour parler ou écouter. Des questions concernant la grossesse, l'accouchement et la semaine d'après sont souvent posées. Il s'ensuit le traitement de relaxation, chez moi c'est le massage de respiration, un massage du corps entier qui est dépendant et guidé par la respiration. Généralement je commence par le dos. Dès que la tension musculaire a diminué la femme peut se mettre en position dorsale pour le massage des jambes, des pieds, de l'épaule et de la nuque.

Mon toucher dépend de mon attitude envers la femme. Une attitude positive ne me donne pourtant aucune garantie qu'elle aura cette même attitude positive envers moi. Elle peut me rejeter. Déjà au premier toucher la femme réagit à la main. Une sensation agréable ou désagréable modifie le tonus musculaire et la respiration. Je pose des questions avec mes mains. J'aimerais que la femme vienne à la rencontre de mon toucher en inspirant ce qui est une affirmation que le muscle est élastique. Ne jamais gêner, opprimer la femme. Elle doit toujours avoir la possibilité de nous rencontrer (nos mains). Notre but est un bien-être général. Le travail nécessite calme et patience.

Sur quels effets est-ce qu'on peut compter?

Les femmes ressentent un bien-être général, un sentiment de libération. Calme et équilibre vont se trouver. Les femmes se sentent légères, et ce qui est réjouissant dans cet état pour nous sages-femmes est le fait que cette relaxation se transmet apparemment sur l'utérus en le calmant. Les contractions observées avant vont diminuer pour finalement disparaître.

Quelles sont les applications en ce qui concerne la prématûrité en particulier?

prophylactique chez – grossesse

gémellaire

– primipare/

multigeste

– cerclage

– contractions

– intolérance aux

médicaments

thérapeutique

– tocolysie i.v.,

avec comme but

d'arriver à un

traitement sans

médicaments

– gestose grave

thérapie de soutien

Ce qui est extrêmement important dans ce mode de traitement, surtout s'il est effectué à l'extérieur de l'hôpital, sera de bien évaluer la situation obstétricale. Des connaissances spéciales et une expérience professionnelle sont absolument nécessaires.

Les résultats positifs m'ont amenée à proposer le procédé suivant en cas de contractions précoces:

- repos au lit pour quelques heures
- enveloppements chauds/humides ou bain chaud
- si possible massage tendre du dos, des jambes et des pieds par le mari

Notre but sera une femme détendue et évidemment une bonne maturité de l'enfant. Je suis persuadée que la maturité de l'enfant dépend dans la majorité des cas du bien-être général de la mère.

J'ai le plaisir de vous présenter maintenant Madame Müller. Après deux grossesses elle est mère de trois enfants en bonne santé. Elle nous parlera de ses expériences et observations vécues pendant sa dernière grossesse. (Nous ne pouvons malheureusement pas reproduire ici son témoignage. Note de la rédaction.)

Au cours de sa grossesse Madame Müller était une femme très attentive et sensible. Elle était prête à prendre sur elle une grande responsabilité pour ses enfants et d'accepter l'aide offerte. Bien d'autres femmes seraient sûrement prêtes elles-aussi de porter une partie de la responsabilité, et cette possibilité leur

devrait être offerte par les médecins avec le soutien accompagnant de nous sages-femmes.

Est-ce qu'il y a des contre-indications à ce traitement?

Il sera peu approprié chez des femmes craignant le contact, mais elles sont rares à trouver chez les femmes enceintes. L'hospitalisation ne devrait pas être une contre-indication.

Quelques sages-femmes on suivi un cours de ce traitement et l'utilisent maintenant. Veronika Ernst vous parlera de ses expériences à Aarau.

Si vous n'osez pas encore d'utiliser cette méthode après ma démonstration, vous avez tout de même beaucoup d'autres occasions lors de votre travail de vous exercer dans la relaxation et dans la création de contacts. Notre profession consiste – ou devrait consister – principalement en gestes de la main et en toucher.

Un exemple: donner à boire à une femme ou servir un café à une personne accompagnante.

Ce geste en soi peut déjà faire du bien, mais ce qui compte est comment il sera fait.

Quand je parle du toucher, je pense par exemple aux choses suivantes:

- donner la main en saluant
- aider la femme à se déshabiller
- les manœuvres de Léopold
- le toucher rectal/vaginal
- laver la femme
- massage pendant l'accouchement et beaucoup d'autres.

Il est de notre devoir (à nous sages-femmes) de stimuler les femmes et ses personnes accompagnantes de créer spontanément et volontiers un contact avec nous.

Quelles sont nos possibilités?

- notre regard
- notre expression
- notre attitude
- notre rayonnement
- notre voix
- notre langage
- nos mouvements.

Il n'y a guère d'autre méthode qui peut tellement intensifier les contacts humains et qui peut provoquer un effet personnel et immédiat du thérapeute sur le patient que le toucher de la main, écrit Glaser dans son livre «Atemmassage». Pour beaucoup d'entre nous ce mode de comportement, le dévouement attentif et la sympathie vraie sont des choses tout à fait naturelles. Le savoir de ces mécanismes d'action et l'ouverture pour les réactions des femmes peuvent fortement enrichir notre profession.

Il est bon de savoir qu'il n'existe pas de perfection dans les rapports avec les autres, que nous devons donc nous y former tous les jours. Ça vaut la peine, non seulement en ce qui concerne les soins à donner qui seront améliorés par un bon comportement de contact, mais également pour nous-mêmes. Les réactions des femmes à notre comportement peuvent nous donner un sentiment de satisfaction et de confiance en nous-mêmes, qui à son tour va se transmettre agréablement sur les autres.

Le dévouement dans les rapports avec les femmes enceintes, les parturientes, les accouchées et leurs parents pourrait dans l'avenir consolider notre profession.



Doris Winzler en discussion avec la présidente centrale

Expériences avec d'autres possibilités de traitement

Exposé de Veronika Ernst

Chères collègues

Lors d'un cours de deux jours donné par Doris Winzeler j'ai appris l'importance de savoir bien toucher et d'être touché. J'ai appris que d'être touché peut éveiller un sentiment de détente et de confiance, mais aussi une réaction de défense ou de retrait.

J'ai fait mes premières expériences avec ce toucher conscient et l'observation des réactions avec des parturientes. Très vite j'avais appris que je ne faisais plus que soutenir la région lombaire ou de masser le dos des femmes comme auparavant, mais que je prenais maintenant toute la femme en considération en la touchant. Je me suis réjouie des réactions positives qui m'ont beaucoup aidée à continuer à intégrer dans mon travail ce toucher conscient et plein d'égards envers l'autre.

Tout d'abord je n'osais pas traiter des femmes en cours de grossesse, mais bientôt une occasion s'est offerte à moi. Une nullipare/primigeste de trente ans dans la 22^e semaine de grossesse a été hospitalisée par son médecin traitant pour des douleurs précoce que la femme n'avait même pas senties. Mais ces contractions étaient bien présentes et le col de l'utérus était effacé. Le repos au lit, la sédation et la tocolyse intraveineuse n'ont pu ramener l'utérus que très lentement au repos. A cause d'une insuffisance du col un cerclage a été pratiqué le troisième jour de l'hospitalisation. Est-ce étonnant que cette femme ait été déconcertée par l'hospitalisation, le cerclage et par le fait de n'avoir jamais senti ces contractions? Elle s'était donné bien du mal maintenant pour sentir et reconnaître les contractions et en a souvent averti les infirmières et les médecins. Son état d'insécurité s'aggravait de plus en plus. Et comme s'était à attendre les contractions commençaient à augmenter en force et en fréquence.

Après quelques jours nous avons commencé avec notre traitement et déjà après deux massages une situation prometteuse se présentait. C'était à ce moment-là que je me suis chargée personnellement de la suite du traitement. Tous les jours pendant 30 à 40 minutes j'étais à côté de cette femme et j'essayais de l'aider en la calmant avec des massages relaxants et en répondant à beaucoup de ses questions concernant

la grossesse, l'accouchement et le séjour à l'hôpital. A vue d'œil la femme devenait plus calme et plus détendue. Les contractions devenaient de plus en plus rares pour finalement s'arrêter, et nous avons pu stopper la tocolyse et la sédatrice. Tout de même nous avons continué notre traitement de massages, mais dans des intervalles plus grands.

Trois semaines après le cerclage, c'est-à-dire dans la 25^e semaine de grossesse, la femme a pu quitter l'hôpital à l'étonnement de beaucoup d'entre nous. A ce moment-là elle avait déjà retrouvé son équilibre. Dans les semaines suivantes elle déterminait elle-même le rythme du traitement qui a été poursuivi par Doris Winzeler, qui l'avait également commencé. Dans la 38^e semaine de grossesse le cerclage a été enlevé et juste après on a trouvé une dilation du col de 4 cm. Le jour suivant nous avons procédé à une rupture artificielle des membranes, et 4 heures plus tard un accouchement spontané sans problèmes a eu lieu.

J'aimerais vous raconter l'histoire d'une autre femme, infirmière elle-même, âgée de 38 ans, V-para/V-geste. Toutes les grossesses s'étaient compliquées par une hypertension artérielle grave. Le premier enfant était mort in-utero autour du terme, le deuxième était né par césarienne dans la 38^e semaine, le troisième était mort également in-utero dans la 31^e semaine et le quatrième dans la 27^e semaine de grossesse. Pendant la cinquième grossesse la tension artérielle a très tôt commencé à monter de nouveau et une hospitalisation devenait nécessaire au début de la 26^e semaine.

A l'admission la tension artérielle était de 160/110, elle présentait des œdèmes discrets, mais pas de protéinurie. La peur de cette femme de perdre son enfant à nouveau était considérable. Les antihypertensifs stabilisaient la tension plus ou moins.

A la demande des médecins j'ai traité cette femme presque tous les jours pendant les dernières 4 semaines où je travaillais à Aarau. Des journées calmes se relayaient avec d'autres où la tension artérielle variait. Mais la confiance de la mère d'avoir un enfant vivant grandissait chaque jour. La montée critique de la tension artérielle bien connue des autres grossesses se faisait attendre et je suis persuadée que notre traitement y a apporté un élément décisif. Ce qui était important était la diminution de la peur et de son état de tension.

La 30^e semaine de grossesse venait de commencer quand j'ai fait mon dernier jour de travail à Aarau et j'ai dû dire au revoir à ma patiente. Une collègue s'est mise à disposition pour continuer le tra-

ttement. Mais le jour suivant la tension artérielle montait si massivement qu'une césarienne a dû être pratiquée. Laissons la question ouverte à savoir si cette montée soudaine de la tension artérielle était en relation avec mon départ. Ce qui est certain est qu'une relation de confiance s'est installée au cours d'un tel traitement entre patiente et thérapeute. Ces 4 semaines de soins et de soutien étaient pour tous les intéressés, en particulier pour la femme et pour moi, comme une marche sur une crête dangereuse.

Ce mode de traitement de femmes enceintes m'a donné beaucoup de satisfaction et l'intérêt y grandissait avec chaque nouvelle expérience. Il est certain que le soutien des médecins m'a apporté une aide décisive au départ. Mais j'aimerais également vous rendre attentif sur le fait que le succès serait mis en question si les femmes étaient insécurisées par une attitude négative envers notre traitement.

A la fin de mon exposé j'aimerais mettre un proverbe indien que ma classe avait choisi pour notre fête de diplôme:

«Chaque fois que tu touches un être humain, penses que c'est avec tes mains que tu lui parles. Ainsi il te connaîtra.»

