

<b>Zeitschrift:</b>	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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	83 (1985)
<b>Heft:</b>	6
<b>Artikel:</b>	Le diabète gestationnel
<b>Autor:</b>	Chabot, V.A.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950391">https://doi.org/10.5169/seals-950391</a>

### 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>**

ment aimé et hanté de relation avec le monde, c'est à travers lui qu'on se sent bien ou mal, c'est lui qui renseigne d'abord sur l'envie de s'ouvrir ou de se replier, c'est en lui qu'on éprouve le bien-être de l'extase ou la peur de mourir. Et c'est à travers lui qu'avant tout la grossesse transforme.

Pour aborder utilement un événement aussi corporel, je crois donc à l'importance fondamentale du toucher, d'un corps à corps qui situe, apprivoise, donne à échanger. Bref, à l'importance d'une situation maternante où le corps de l'autre soit présence et référence.

Mais nous sommes des êtres que seul le sens fait vivre, et les modifications du corps propre pendant la grossesse resteraient sans portée si ce n'était d'abord l'image du corps qui est modifiée. Renvoi au symbolique donc, où la parole donne sens et accès à une communication possible.

Créatures de verbe et de chair, c'est bien à ce double niveau de la parole et du toucher que la grossesse nous renvoie, femmes et hommes, dans la reconnaissance de nos différences et la prise en compte de notre altérité.

#### Bibliographie

- Badipter N.: L'amour en plus. Flammarion Ed., Paris, 1980.  
Bibring G.: Some considerations on the psychological processes in pregnancy. In: The psychoanal. study of the child. Londres, Imago Publ. 14, 113-121, 1959.  
Dufour H.: La guenon qui pleure. Grasset Ed., Paris, 1980.  
Groddeck G.: Le livre du ça. Tel Gallimard Ed., Paris, 1973.  
James F.: La grossesse, cette prison tant désirée. Thèse de médecine (opt. psychiatrie) N° 3976, Genève, 1982.  
Marland S.: Grossesses à risques pour la relation mère-enfant: dépistage et traitement en entretiens collectifs. Les dossiers de l'obstétrique, N° 39, 1978.  
Odent M.: Genèse de l'homme écologique. Ed. Epi, Clamecy, 1979.  
Racamier, P.-C.: La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'évolution psychiatrique 4, 525-570, 1961.

Adresse de l'auteur: Dr F. James, Ancien chef de clinique à l'unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie (Institutions universitaires de psychiatrie), 37, avenue de la Roseraie, 1205 Genève.

Ce texte est paru dans la revue Médecine et Hygiène.

# Le diabète gestationnel

par V.A. Chabot (Lausanne)

Environ 1-2% des grossesses se compliquent de l'apparition d'un diabète. Celui-ci représente un risque foetal accru, d'autant plus grand qu'il survient plus tôt et que l'hyperglycémie est plus mal maîtrisée. L'auteur présente les critères diagnostiques permettant d'établir, durant la grossesse, l'existence d'un diabète ou d'une simple diminution de la tolérance au glucose (IGT) et les facteurs de risque, anamnestiques, qui imposent la recherche soigneuse d'une anomalie du métabolisme glycémique chez une femme enceinte. Deux protocoles de dépistage sont proposés.

Le traitement d'un diabète gestationnel reconnu est relativement simple, mais intensif. Il associe régime et, si nécessaire, insuline, de préférence aux hypoglycémiants oraux.

L'équilibre glycémique optimal permet alors de réduire aux valeurs de la population générale non diabétique la morbidité périnatale accrue et, peut-être aussi, l'incidence de malformations foetales, si le diabète s'était déclaré dans les deux premiers mois de la grossesse.

## 1. Introduction

Environ 0,1% de toutes grossesses se déroulent chez des femmes présentant un diabète déjà connu et traité; par ailleurs, 1-2% des grossesses se compliquent de l'apparition d'un diabète (1). Les femmes diabétiques qui deviennent enceintes sont groupées, depuis plusieurs décennies, en «classes», d'après l'âge d'apparition du diabète, sa durée, le type de traitement et les éventuelles complications micro/macro-angiopathiques qu'il a entraînées; cette classification, dite de White (tableau 1), peut paraître quelque peu artificielle, à première vue, mais elle présente une importance réelle, en ce sens qu'elle va moduler la prise en charge et l'attitude thérapeutique des médecins (obstétricien, diabétologue, interniste, etc.), mesures qui seront d'autant plus intensives que la femme diabétique enceinte présente un risque plus élevé.

Comme on peut le voir, le diabète gestationnel se distingue bien de la classe A, bien que la littérature et même certains spécialistes confondent parfois les deux entités.

Par définition, il y a donc *diabète gestationnel* lorsque celui-ci survient ou est découvert au cours de la grossesse, et qu'il disparaît après l'accouchement.

## 2. Physiopathologie

Lors d'une grossesse, la tolérance au glucose se détériore physiologiquement (17), de sorte qu'après une surcharge glucosée, la courbe de réponse glycémique est légèrement plus élevée que chez une femme non enceinte. Toutefois, dans 1-2% des cas, cette détérioration excède les limites supérieures de la norme et il y a diabète. Nous verrons plus loin quels sont les critères diagnostiques.

Quels sont les facteurs diabétogènes dus à la grossesse? Parmi les hypothèses (3, 4) les plus solides, mentionnons:

- l'effet diabétogène des œstrogènes et de la progestérone;
- l'élévation du cortisol *total* (secondaire à l'augmentation de la trans cortinine sous l'effet des œstrogènes) et aussi de sa fraction *libre* (jusqu'à 3 fois la norme!), responsable d'une augmentation de la gluconéogenèse hépatique (4);
- une augmentation de l'HPL placentaire (human placental lactogen ou somatomammotropine), une hormone polypeptidique dont la structure et les effets biologiques sont très proches de l'hormone de croissance, la STH (ou GH): lipolyse accrue, augmentation des acides gras libres (AGL) et résistance périphérique accrue à l'insuline (4, 17);
- l'élévation, au cours de la grossesse, de la prolactine, qui peut être un cofacteur de la détérioration de la tolérance au glucose (4);
- une augmentation globale de la résistance tissulaire à l'insuline (17), conjointement à sa dégradation hépatique et placentaire accrues (4). Cette résistance est attribuée actuellement à des mécanismes post-récepteurs et non pas vraiment à une diminution de l'affinité de l'insuline aux récepteurs cellulaires ou du nombre absolu de ceux-ci (3).

Le glucagon, qui est nettement perturbé dans le diabète, semble être parfaitement normal pendant la grossesse (3), même diabétique!

Le diabète gestationnel survient lorsque la cellule B n'arrive plus à répondre de façon adéquate à toutes ces perturbations.

Tableau 1 Classification de White (révisée) (2)

Diabète gestationnel	a. Tolérance au glucose anormale, mais euglycémie maintenue par le régime seul. b. Régime seul insuffisant, insuline nécessaire.
Classe A	Age d'apparition et/ou durée du diabète quelconques, mais le diabète antédate la grossesse! Traitement par le régime seul, avant la grossesse; pendant la grossesse, l'insuline peut être nécessaire. Aucune complication.
Classe B	Diabète apparu après 20 ans, ou durée moins de 10 ans. Aucune complication.
Classe C	Diabète apparu entre 10–19 ans, ou durée 10–19 ans. En général, aucune complication.
Classe D	Diabète apparu avant 10 ans ou durée plus de 20 ans. Rétinopathie non proliférative, calcifications artérielles (extrémités) ou HTA.
Classe E	Rétinopathie non proliférative. Calcifications artérielles (petit bassin) et/ou HTA.
Classe F	Néphropathie avec protéinurie $\geq 500$ mg/jour.
Classe R	Rétinopathie proliférative et/ou hémorragie du vitré.
Classe RF	Critères des classes R et F réunis chez une même femme.
Classe H	Artériosclérose coronarienne cliniquement documentée.
Classe T	Transplantation rénale antérieure à la grossesse.

### 3. Critères diagnostiques

Personnellement, nous utilisons et recommandons les critères donnés par le National Diabetes Data Group (5), critères largement acceptés dans le monde entier.

#### Glycémies

	Plasma veineux	Sang complet
à jeun	5,8 mmol/l	5,0 mmol/l
1 h.	10,6 mmol/l	9,5 mmol/l
2 h.	9,2 mmol/l	8,1 mmol/l
3 h.	8,1 mmol/l	7,0 mmol/l

Il y a diabète (gestationnel) si 2 ou plusieurs glycémies, après une surcharge orale standard de 100 g de glucose, sont égales ou supérieures à ces valeurs. Celles-ci représentent la moyenne + 2 SD d'une population de 752 femmes enceintes, non sélectionnées, étudiées par O'Sullivan et Mahan (5).

On peut aussi utiliser les critères recommandés par l'OMS (6), en 1980:

	Plasma veineux
à jeun	$\geq 8,0$ mmol/l
2 h.	$\geq 11,0$ mmol/l

Il y a diabète si une glycémie, obtenue après surcharge orale standard de 75 g de glucose, est égale ou supérieure à ces valeurs et associée à des symptômes de diabète; en l'absence de ceux-ci, 2 glycémies pathologiques sont nécessaires. Pour le sang complet, soustraire 1 mmol/l.

Pour l'OMS, la tolérance au glucose est normale, si la glycémie plasmatique à jeun est  $< 6,0$  mmol/l et, après 2 heures,  $< 8,0$  mmol/l; il y a «diminution de la tolérance» au glucose si la glycémie plasmatique à jeun est comprise entre 6,0 et 8,0 mmol/l et, 2 heures après surcharge de glucose, entre 8,0 et 11,0 mmol/l.

Comme on le voit, les critères diffèrent quelque peu:

- les chiffres donnés par le NDDG sont plus précis et englobent, sous le terme de diabète gestationnel, des perturbations glycémiques moindres (par exemple une simple «diminution de la tolérance» au glucose ou IGT) que celles exigées par le diagnostic de diabète en dehors de la grossesse;
- l'OMS, quant à elle, n'a pas émis de recommandations particulières pour le diabète gestationnel mais a simplement conseillé d'appliquer, dans ce cas, les critères valables pour l'adulte en général: tolérance normale, diminuée (IGT) et diabète franc, selon valeurs glycémiques mentionnées précédemment. Nous verrons plus loin comment dépister, en pratique, un diabète ou une IGT durant la grossesse.

### 4. Faut-il traiter un diabète gestationnel?

La grossesse qui survient chez une femme diabétique connue est, comme on le sait, une grossesse à haut risque. Durant les vingt dernières années, grâce à une prise en charge polyvalente intensifiée, le plus souvent dans des centres spécialisés, grâce aussi à la recherche d'un équilibre diabétique optimisé (euglycémie durant toute la grossesse, et si possible même avant la conception), l'on a vu décroître progressivement les taux élevés de malformations fœtales et de mortalité périnatale.

Les premières, qui s'élevaient entre 5 et 18% des grossesses (4), sont comprises actuellement, dans les bonnes séries, entre 4 et 7% (8, 9).

Il reste donc, en général, un risque de 2 ou 3 fois plus élevé (8) que dans la population générale non diabétique ( $\leq 2\%$ ) (3, 7, 9, 13)!

Certains auteurs ont même montré, récemment, qu'une optimisation stricte de l'équilibre diabétique dès avant la conception permettait de réduire la fréquence des malformations congénitales à un taux inférieur à 1% (9).

Quant à la mortalité périnatale, elle a chuté de près de 40%, au début de l'ère insulinique (3), à 18 (3) à 23% (10) dans les années 50 et moins de 3% actuellement (3, 10), soit environ le double que dans la population non diabétique (11); parfois même les chiffres ne diffèrent pas de ceux d'une population non diabétique (12).

Le tableau 2 montre la corrélation entre la glycémie maternelle moyenne et la mortalité infantile, durant la période 1922–1979.

Mais qu'en est-il du diabète gestationnel?

Dans ce cas, les statistiques sont moins éloquentes. Ce qui est certain, c'est que le diabète de la grossesse s'accompagne d'une tendance nettement accrue à la macrosomie fœtale, d'une morbidité et d'une mortalité fœtales plus élevées et, si la perturbation métabolique dure dès les premières semaines de gestation, à une proportion également plus élevée de malformations fœtales (1, 3, 5); si ce n'est pas le cas, la différence n'est pas significative (8).

Toutefois, il semble qu'il existe, ici, une différence liée à la sévérité de la perturbation métabolique:

- les femmes enceintes dont seules les glycémies postprandiales sont pathologiques (IGT mineure) semblent ne pas présenter un risque de mortalité fœtale ou périnatale très différent de celui de la population normale, sauf si leur grossesse présente des complications (par exemple hypertension artérielle) ou si l'on a affaire à une «population à risque» (13) (précédents abortus, par exemple). Il existe

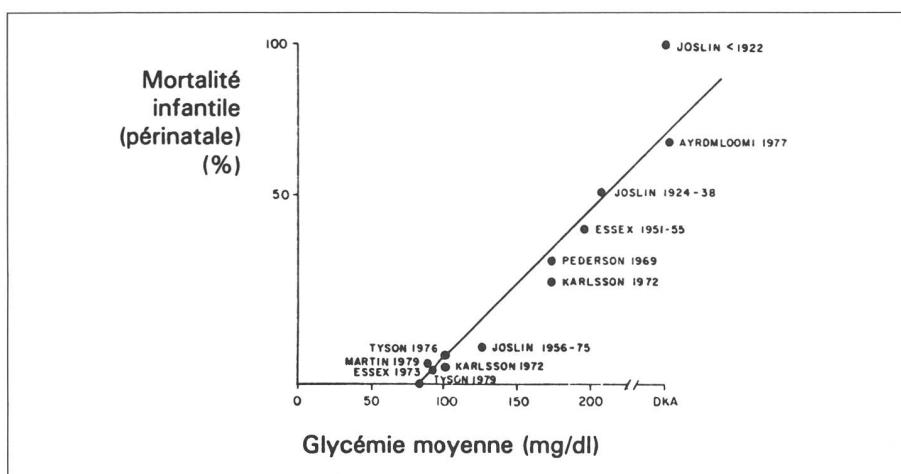


Tableau 2. Glycémie maternelle moyenne vs. mortalité infantile (péritonale). DKA = acido-cétose diabétique. Tiré de Jovanovic et Peterson

(18). Ce graphique montre qu'une glycémie maternelle moyenne de 84 mg/dl (4,66 mmol/l) correspond à une mortalité péritonale de 0 !

toutefois une tendance à la macrosomie (14);  
– les femmes présentant en plus une hyperglycémie à jeun forment un groupe à risque plus élevé (15).

Compte tenu de ces faits et même si le risque n'est pas aussi fréquent et grave que chez les femmes diabétiques depuis longtemps (1), il existe un accord unanime: le diabète gestationnel doit être traité (3, 6, 14); nous verrons plus loin comment.

Dans le cas de perturbations mineures, l'agrément n'est pas unanime (14), mais

l'on peut dire qu'il est très certainement bénéfique de placer ces patientes sous régime.

### 5. Quand faut-il rechercher un diabète gestationnel?

Il est nécessaire de rechercher soigneusement une anomalie de la tolérance au glucose (diabète, IGT) dans les cas suivants (5, 16):

a) Anamnèse familiale de diabète positive au premier degré (parents, fratrie, enfants).

- b) Glucosurie positive à 2 ou plusieurs reprises.
  - c) Glycémie plasmatique égale ou supérieure à:
    - 5,8 mmol/l à jeun
    - 7,8 mmol/l 1 h. postprandiale
    - 6,7 mmol/l 2 h. postprandiale
 ou une valeur égale ou supérieure à 7,2 mmol/l 1-2 heures après un repas.
  - d) Précédent(s) bébé(s) dont le poids, à terme, était supérieur à:
    - 4200 g (garçon)
    - 4000 g (fille)
 ou supérieur au 90<sup>e</sup> percentile pour l'âge de la grossesse, si l'enfant n'est pas né à terme.
  - e) Obésité maternelle, définie comme un poids supérieur à 120% du poids idéal théorique.
  - f) Mort foetale ou périnatale antérieure, inexplicable.
  - g) Malformation(s) foetale(s) actuelle(s) ou lors d'une précédente grossesse.
  - h) Macrosomie aux ultra-sous.
  - i) Hydramnios inexplicable.
- Certains auteurs incluent aussi (5):
- j) Age maternel élevé ( $\geq 30$  ans).
  - k) Multiparité ( $\geq 5$  grossesses antérieures).

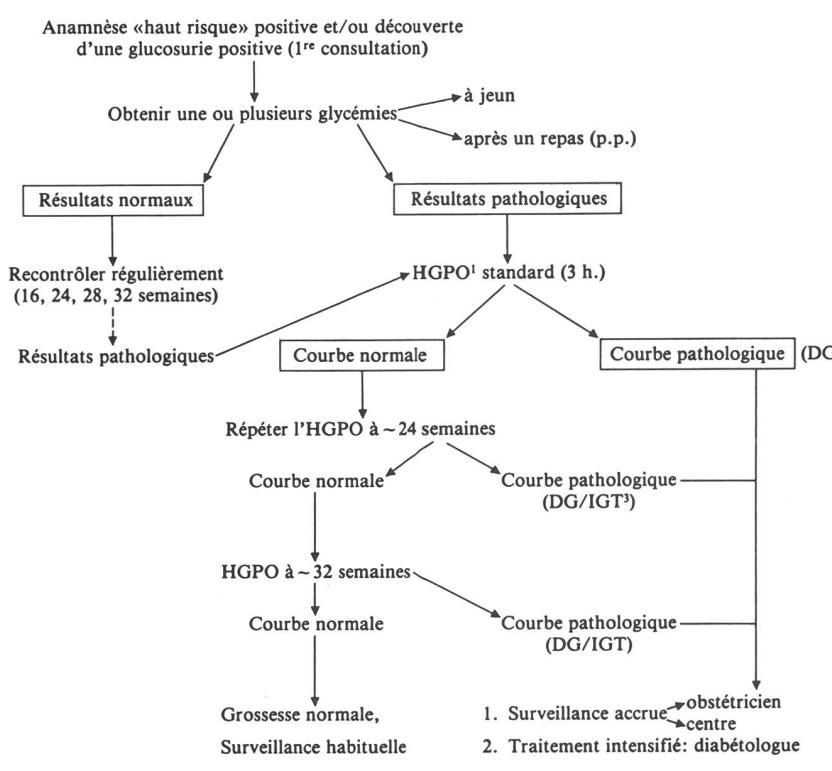
Il va sans dire que toute notion anamnestique d'une anomalie antérieure de la glucorégulation doit faire rechercher minutieusement un diabète lors d'une nouvelle grossesse!

### 6. Dépistage du diabète gestationnel

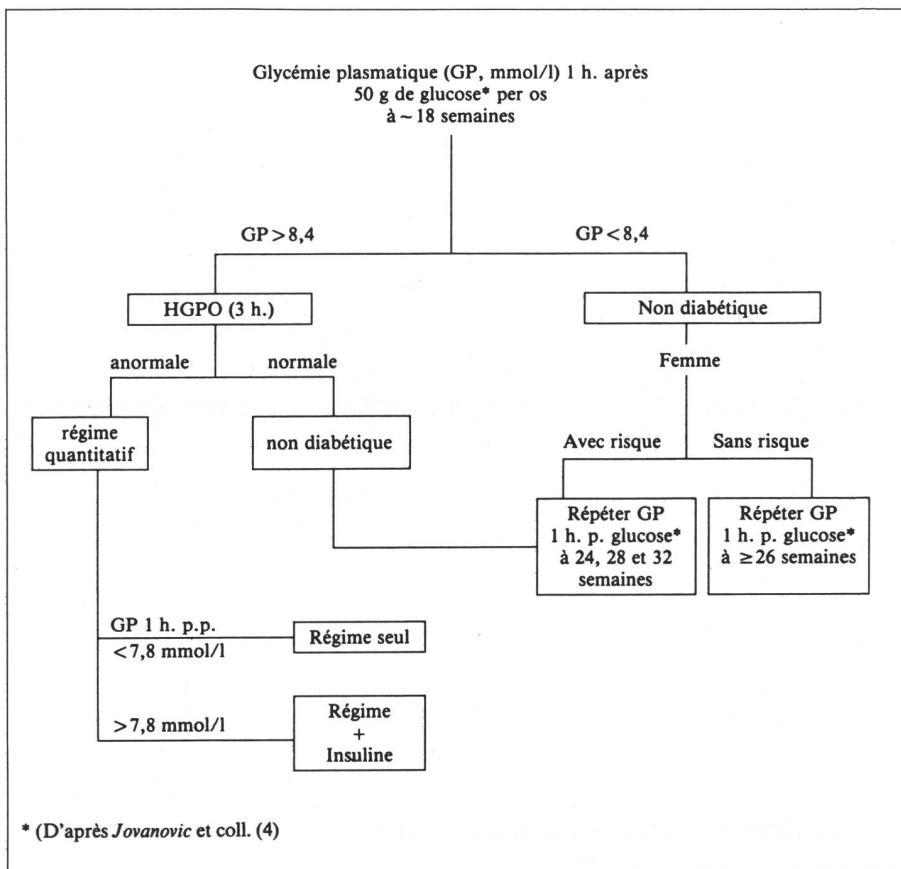
Si l'on n'a pas déjà procédé, avant une grossesse, nouvelle ou non, à un test de dépistage du diabète, chez une femme à «haut risque» (v. § 5), nous proposons d'adopter l'algorithme suivant, dès la première consultation d'une femme enceinte:

Certains auteurs (4) proposent un protocole de dépistage assez simple, qu'ils appliquent systématiquement à *toute femme enceinte*, suivant en cela O'Sullivan (16); nous estimons juste de le mentionner ici mais pensons que le choix de l'un ou l'autre de ces deux algorithmes doit être laissé au jugement du médecin traitant.

Ce protocole est simple, car il peut se faire au cabinet médical, et ne nécessite, initialement, qu'une prise de sang 1 heure après ingestion de 50 g de glucose dilué dans 200-300 ml d'eau. Il est nécessaire, comme toujours lors d'une HGPO, que la patiente reçoive au moins 150 à 200 g d'hydrates de carbone par jour, dans son alimentation, pendant les quelques jours précédant la surcharge orale de glucose (5).



1. HGPO = Hyperglycémie provoquée orale
2. DG = Diabète gestationnel
3. IGT = Diminution de la tolérance au glucose



## 7. Traitement

Une fois que le diagnostic de *diabète* (ou de IGT) a été posé, au cours d'une grossesse, celle-ci doit être considérée comme présentant un «risque élevé» (4).

Le traitement en est généralement assez simple, du moins sur le plan théorique.

### A. Le régime

Un régime quantitatif équilibré est la clé de voûte du traitement, bien entendu, car il suffit souvent pour rétablir une «euglycémie», nécessaire au bon déroulement de la grossesse. Le régime doit couvrir les besoins nutritionnels de la mère, de l'enfant et maîtriser l'hyperglycémie.

Il comportera environ 30 (4) à 36 kcal/kg/jour (19), ce qui correspond, pour une femme de poids normal, à 1800 à 2000 kcal/jour au moins, dont 50% sous forme d'hydrates de carbone: 220-250 g/jour.

La femme enceinte a besoin de 1,3 g de protéines/jour, au moins (17, 19).

L'apport alimentaire sera fractionné, comme d'habitude, en trois repas et trois collations intermédiaires.

Chez les femmes obèses, l'apport calorique peut être réduit, mais en principe pas au-dessus de 1500 kcal/jour, bien que beaucoup d'auteurs placent souvent ces femmes sous régimes encore plus restrictifs: 1000-1250 kcal/jour, sans problème particulier pour le fœtus.

Le facteur limitant, dans ces cas, nous semble être l'apparition d'une *acétonurie*; toutefois, comme l'ont montré Coetzee et coll. (20), une acétonurie positive, due au régime hypocalorique, ne correspond pas à une *acétonémie positive* et les nouveau-nés de mère diabétique cétonurique non cétonémique ne présentent aucune complication aiguë.

Quoiqu'il en soit, l'*acétonurie*, durant la grossesse, devrait être évitée, car si elle est massive et correspond aussi à une cétonémie positive (décompensation diabétique), alors elle pourrait être préjudiciable au fœtus (1); des données probantes à ce sujet font malheureusement encore défaut (4). L'*acétonurie* ne surviendra pas, si le régime contient au moins 120 g d'hydrates de carbone/jour.

### B. L'insuline

Si le régime, à lui seul, ne parvient pas à maintenir une glycémie plasmatique inférieure à 7,8 mmol/l 1 heure après un repas (en pratique, l'on peut arrondir à 8,0 mmol/l), un traitement complémentaire s'impose.

Les *antidiabétiques oraux* (ADO) sont généralement déconseillés durant la grossesse, en raison de leur risque tératogène potentiel, bien qu'ils aient été et sont encore employés par de nombreux groupes, depuis fort longtemps; jusqu'à présent, l'on n'a pas rapporté de malfor-

mations fœtales (1, 21) significativement plus fréquentes que dans la population générale.

Au cas où le régime seul ne suffirait plus, on préférera donc l'*insuline* aux ADO. L'*insulinothérapie* sera diversifiée de manière à apporter un équilibre glycémique optimal: une, deux ou trois injections par jour. Une collaboration étroite de la patiente et de son médecin traitant avec un diabétologue ou un centre habitué à manier l'*insuline* et connaissant bien le problème de la grossesse diabétique est nécessaire; en effet, il s'agit d'enseigner à ces patientes, néophytes dans le domaine du diabète, les techniques de prélèvement et d'injection d'*insuline*, de mélanges d'*insulines* différentes, l'*autocontrôle glycémique* et la modulation des doses en fonction des profils glycémiques faits quotidiennement ou plusieurs fois par semaine.

C'est un effort qui peut paraître lourd, qui est certainement coûteux, mais qui est «payant» finalement, dans l'optique de l'enfant à naître.

L'équilibre diabétique global se juge également sur la base d'une mesure périodique de l'*hémoglobine glycosylée*, (pendant la grossesse, si possible une fois par mois ou, au moins, tous les deux mois), la norme variant d'un laboratoire à l'autre:

- HbA1 totale: n = 4,2 à 8,5%
- HbA1c: n = 3,3 à 5,6%

Durant la grossesse, les valeurs normales de l'HbA1 totale ou A1c sont même légèrement inférieures à ces chiffres (22).

Nous voulons souligner ici le fait qu'un dosage isolé de l'HbA1c est un test peu sensible pour détecter la présence d'un diabète très léger (23, 24, 25), contrairement à ce que croient certains. Par exemple, Verillo et coll. (25) démontrent que 52% de leurs sujets présentant une IGT ont une HbA1 située dans les valeurs normales! Cela est dû au fait que des excursions glycémiques faiblement anormales n'élèveront très souvent pas l'HbA1c au-dessus de la norme.

Toutefois, dans un article récent (26), Hall et coll., utilisant une méthode d'affinité chromatographique très sensible, semblent démontrer que les patients avec IGT (tolérance au glucose diminuée) ont des valeurs d'HbA1 légèrement plus élevées (et à la limite de la signification statistique) que les sujets de contrôle, non diabétiques.

Pour le moment donc, nous pensons qu'il ne faut pas se fonder sur le seul dosage de l'HbA1 (ou A1c) pour dépister un diabète gestationnel.

## 8. Evolution

Comme nous l'avons vu plus haut, le diabète gestationnel disparaît après l'accouchement, par définition. Si ce n'est pas le cas (2% des cas), l'on estime qu'il s'agissait d'un léger diabète préexistant à la grossesse, méconnu, car peu ou pas symptomatique.

Lorsqu'on suit longitudinalement les femmes ayant présenté un diabète gestationnel, on s'aperçoit qu'un nombre non négligeable deviennent diabétiques franches:

- 29% des femmes dont l'HGPO, durant la grossesse, montrait des glycémies égales ou supérieures aux valeurs données par le NDDG (v. § 3) et qui, rappelons-le, représentent la moyenne + 2 SD, deviennent diabétiques dans les 8 ans (5) suivant l'accouchement, et 60% dans les 16 ans (27).
- 60% des femmes dont les valeurs glycémiques, à l'HGPO, étaient égales ou supérieures à 3 SD au-dessus de la moyenne, deviennent diabétiques dans les 8 ans (5), – et probablement la quasi-totalité dans les 16 ans –, suivant l'accouchement.

## 9. Conclusions

Le diabète, découvert lors d'une grossesse, est un facteur aggravant certain, probablement plus si l'on considère la mortalité périnatale que l'incidence de malformations foetales.

Il est certain, actuellement, qu'un équilibre métabolique optimal est indispensable, si l'on veut ramener cette mortalité périnatale et, peut-être, l'incidence des malformations congénitales, à des valeurs normales.

Cet équilibre optimal est défini selon des critères sévères et ne peut s'obtenir qu'au moyen d'un régime quantitatif strictement contrôlé, et d'un traitement complémentaire d'insuline, de préférence aux antidiabétiques oraux, au cas où le régime seul ne suffit pas.

Ce n'est qu'à ce prix que le diabète de la grossesse ne représentera plus une menace pour l'enfant.

Bibliographie sur demande au secrétariat de l'ASSF.

# Das Schweizerische Rote Kreuz informiert



## Brauchen wir eine Ausbildung in Katastrophenpflege?

Die entsetzlichen Folgen des Giftgasunglücks von Bhopal (Indien) in den letzten Wochen des vergangenen Jahres hat uns in drastischer Weise ins Bewusstsein gerufen, dass ähnliche Katastrophen auch in unserem Lande denkbar sind.

Wäre unser Gesundheitswesen dem Ansturm von Tausenden von Verletzten und Kranken gewachsen? Würde unsere Ausbildung, die heute vor allem auf die individuelle, umfassende Pflege und Betreuung des einzelnen ausgerichtet ist, uns befähigen, den Beruf in einer solchen Katastrophensituation auszuüben? Wären wir physisch und psychisch, organisatorisch und technisch darauf vorbereitet? Wohl kaum,

- wenn wir uns nicht bereits vorher damit auseinandergesetzt haben, wie unser Gesundheitswesen, beziehungsweise der koordinierte Sanitätsdienst (KSD), in einem solchen Fall funktioniert,
- wenn wir nicht bereits heute unsere Verantwortung wahrnehmen und dazu bereit sind, unseren Beitrag zur Sicherstellung der Pflege und Behandlung der Patienten in einem Katastrophenfall zu leisten,
- wenn wir nicht bereits während der Grundausbildung darauf vorbereitet werden, wie wir unsere Aufgabe unter stark veränderten Bedingungen bezüglich Arbeitsanfall, Patientengut, Personal, Material, Einrichtungen, physischer und psychischer Belastung weiterführen können und müssen.

Diese drei «wenn» sind etwa die Ziele, die sich eine vom Generalsekretär des SRK eingesetzte Arbeitsgruppe zugrunde gelegt hat. Ihr Auftrag besteht darin, Vorschläge für ein Ausbildungskonzept beziehungsweise Vorbereitung auf die Aufgaben in einem Katastrophen- und Kriegsfall für Schüler der vom SRK anerkannten Ausbildungsstätten auszuarbeiten. Das Konzept soll gleichermassen den Kadernschulen des SRK zur Vorbereitung der angehenden Lehrerinnen und Lehrer sowie der Oberschwestern und Oberpfleger dienen und weiter dem Berufsverband und den Verantwortlichen der Pflegedienstleistungen Grundlagen zur Weiterbildung des diplomierten Personals vermitteln.

Es sind verschiedene Gründe, die das SRK dazu bewogen hat, sich mit dieser Aufgabe zu befassen:

- Als Partner des Koordinierten Sanitätsdienstes hat das SRK in seinen Statuten festgehalten, den KSD zu unterstützen und – in bezug auf das öffentliche Gesundheitswesen – die Anforderungen des KSD bei der beruflichen Ausbildung des Pflege-, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals zu berücksichtigen.
- Bereits 1978 wurde das SRK durch den Oberfeldarzt beauftragt, «... Vorschläge vorzulegen, wie das Berufspersonal im Normalfall auf seine Aufgaben in den übrigen strategischen Fällen vorbereitet werden könnte. Diese Vorschläge sollten sowohl die Grundausbildung als auch die fachliche Weiterbildung und die Kaderausbildung umfassen, ferner Auffrischungskurse für das nicht mehr berufstätige Berufspersonal ...».
- In der Zwischenzeit haben alle Kantone dem Konzept des KSD zugesagt. Darin ist verbindlich festgehalten, dass «... die KSD-Partner, die Berufsausbildungsstätten und die medizinischen Fakultäten in ihre Grund- und Weiterausbildungsprogramme sowie in die Kaderausbildung den Unterricht über die Katastrophen- und Kriegsmedizin sowie über die Arbeitsweise in einer geschützten sanitätsdienstlichen Einrichtung einzubauen. Das Spitalpersonal ... ist auf seinen Einsatz in geschützten sanitätsdienstlichen Einrichtungen vorzubereiten. Es hat sich mit den dort herrschenden besonderen Verhältnissen vertraut zu machen.»
- Die Kantone sind beauftragt, gesetzliche Grundlagen zu schaffen, damit die im Konzept des KSD vorgesehenen Vorbereitungen des Spitalpersonals auf eine Katastrophensituation hin erfolgt. Die verschiedenen, teilweise noch in der Ausarbeitung oder im Vernehmlassungsverfahren stehenden, teilweise aber bereits verabschiedeten kantonalen Gesetzesbestimmungen betreffend die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Katastrophenfall zeigen es deutlich auf: