

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:	96 (1998)
Heft:	7-8
Artikel:	Le potentiel d'une obstétrique postmoderne
Autor:	Mattman-Allamand, Peter
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950212

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>

EDITORIAL

«La force des sages-femmes». Tel était le thème de notre dernier congrès à Baden. Rassemblement lumineux de sages-femmes venues de tous les horizons de notre beau pays pour écouter, discuter, rencontrer, partager, reprendre des forces aussi. Mais qu'est-ce qui fait la force d'une association professionnelle telle que la nôtre? Est-ce le nombre ou la valeur de ses membres? L'un ne va pas sans l'autre, vous en conviendrez. Et à ce propos les chiffres sont parlants. Si l'on estime que plus de 4000 sages-femmes sont actives en Suisse, seules un peu plus de 2200 sont membres de notre fédération. C'est peu comparé, par exemple, à la Hollande, où 90% des sages-femmes sont membres de leur association nationale. Or plus notre fédération sera forte de ses membres, plus elle sera forte vis-à-vis de l'extérieur, pour faire pression sur le plan politique, sur les employeurs ou les caisses-maladie et faire représenter solidement le point de vue des sages-femmes, qu'elles soient indépendantes ou hospitalières. Alors, si vous n'êtes pas encore membre, n'hésitez plus et faites le pas: c'est un cadeau que vous vous faites à vous-même et à l'avenir de la profession. Ce constat peu édifiant ne doit pas nous faire oublier les deux jours revivifiants que nous avons passé à Baden. Vous trouverez dans ce numéro un reflet de ces journées.



Photos: Fabienne Gogniat Loos

**Confiance
dans la voie
choisie**

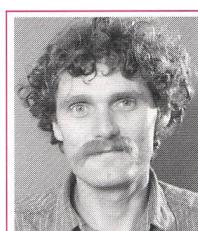
► **Le potentiel
d'une obstétrique
postmoderne**



Tout comme la médecine en général, l'obstétrique, sous le coup des mesures de rationalisation imposées par l'Etat, est en crise. Le problème est trop profond pour être résolu par une simple maîtrise des coûts. Le Dr Mattmann propose deux méthodes d'optimisation qui pourraient faire leurs preuves et remettre du même coup en valeur le rôle de la sage-femme. C'est le propos de son exposé tenu lors de notre journée de formation continue à Baden, devant un auditoire attentif.

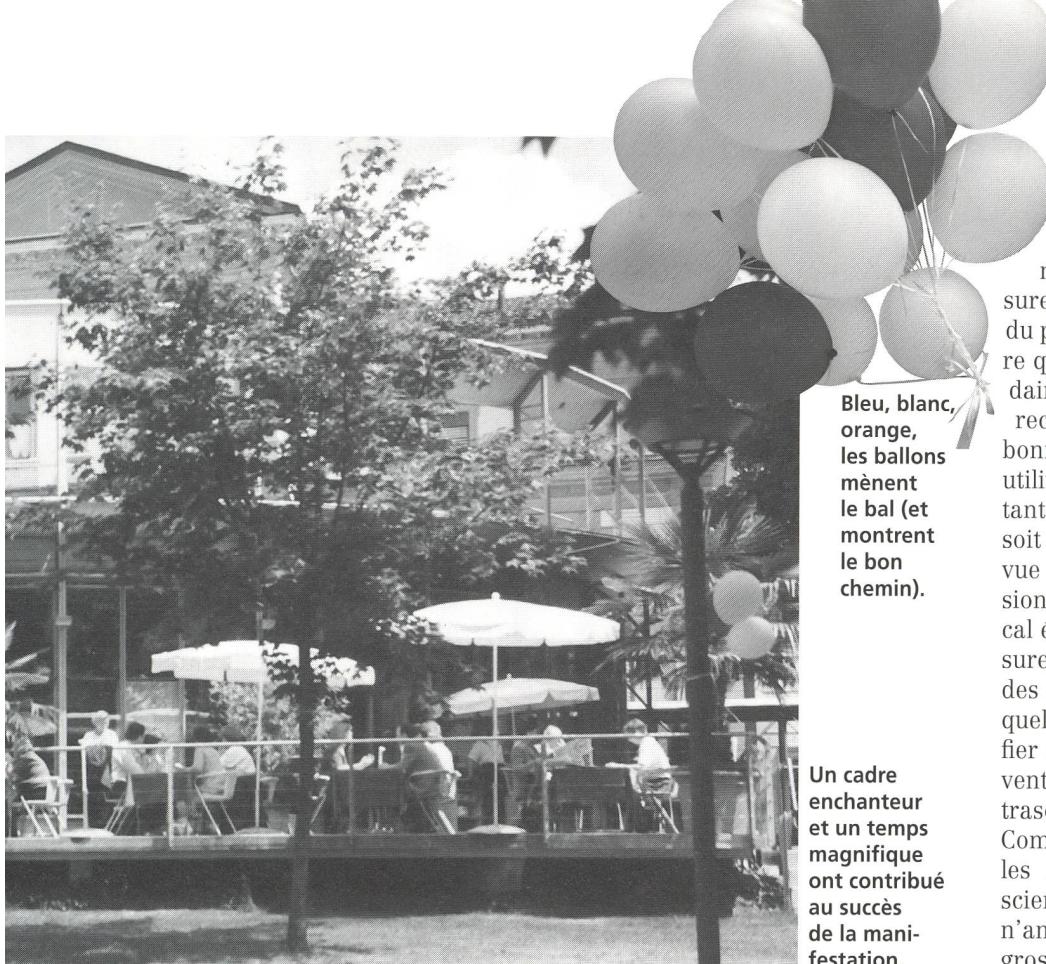
Dr Peter Mattmann-Allamand

JE suis venu à l'obstétrique un peu par hasard. Juste après mon installation comme médecin généraliste, une femme enceinte m'a demandé de l'assister avant, pendant et après la naissance de son enfant à domicile. A cette époque, la naissance à domicile était un tabou dans le cercle médical. Mon activité d'accoucheur à domicile devenant de plus en plus notoire, certains gynécologues bien établis sur la place de Lucerne m'ont fait comprendre qu'au moindre problème je me verrais retirer mon autorisation d'exercer. Vingt ans plus tard, je suis toujours là! Les femmes enceintes, les jeunes mères, les sages-femmes indépendantes et ma propre expérience professionnelle m'ont convaincu que la médecine pratiquée par les médecins ne peut apporter aucun plus à la majorité des naissances, mais qu'elle n'est souvent qu'un facteur dérangeant.



Peter Mattmann-Allamand
est installé comme médecin généraliste à Lucerne depuis 20 ans. Homéopathe, il a pour activité principale la prise en charge de grossesses, d'accouchements à domicile et le traitement d'enfants.

La naissance à domicile est affaire de sage-femme. J'entends par là une naissance dirigée par une sage-femme. Le médecin se tient en retrait, à disposition si la parturiente, son mari ou la sage-femme



Bleu, blanc, orange, les ballons mènent le bal (et montrent le bon chemin).

Un cadre enchanteur et un temps magnifique ont contribué au succès de la manifestation.

le désirent. Je vois plutôt mon rôle comme un rôle de soutien à ces trois acteurs principaux de la naissance, portant une part de la responsabilité et pouvant proposer mes connaissances homéopathiques en cas de problème.

La surveillance d'accouchement à domicile est de plus en plus difficile. La pression sur les sages-femmes indépendantes a augmenté. Il y a 10 ans, il aurait encore paru absurde de faire accoucher un quart des femmes sous perfusion antibiotique par crainte de la septicémie à streptocoques pour le nouveau-né. Mais aujourd'hui il n'est pas rare que des sages-femmes indépendantes fassent signer une décharge à leurs patientes, même si elles préféreraient n'avoir pas à le faire.

Cette pression pour un standard de naissance strictement normalisé, médicalisé, ne dévoile qu'une face de l'obstétrique actuelle. La médecine et l'obstétrique traversent une crise mémorable. Cette crise se reflète au niveau politique: par des mesures de rationalisation, on essaie de diminuer les coûts. Comme le problème est plus profond, on ne parvient pas à maîtriser les coûts, mais on se dirige vers une péjoration de la qualité des soins et de la relation thérapeutique. Dès que le grand public se rendra compte de l'inhumanité de cette stratégie de rationalisation, il fera pression pour qu'on prenne le problème de

manière plus globale. Tout comme le mouvement écologique a obligé il y a quelques années les entreprises à prendre des mesures pour optimiser leurs méthodes de production, l'optimisation de la médecine est inévitable. Pour mieux comprendre ce que cela signifie, il faut distinguer deux formes d'optimisation de la médecine, une forme interne au système et une forme externe.

Optimisation interne au système: l'«evidence based medicine»

Cette stratégie d'optimisation ne remet pas en question la vision purement scientifique de la médecine. Elle essaie plutôt de mesurer la pratique médicale. Le courant le plus important de ce mouvement réformateur de la médecine traditionnelle est l'«evidence based medicine», c'est-à-dire la médecine qui se base sur des preuves. Elle est née dans différentes universités anglo-saxonnes et se répand rapidement. Elle part de l'idée qu'une grande partie des mesures pratiquées en médecine ne sont pas scientifiquement ancrées. L'«evidence based medicine» examine de manière critique les mesures diagnostiques et thérapeutiques de routine, comme par exemple l'ultrason de routine pendant la grossesse ou le dépistage systématique de la luxation de la hanche chez les nouveau-nés. Si l'on veut pratiquer

une médecine basée sur les preuves, il faut pouvoir distinguer le bien du mal, l'utile du superflu. Se demander quels sont réellement les effets de telle ou telle mesure.

L'«evidence based medicine» part du principe qu'il n'existe aucune mesure qui n'ait également des effets secondaires néfastes. Nous ne pouvons donc recommander à nos patientes avec bonne conscience un examen que si son utilité est clairement établie et importante. Le simple fait que toute mesure soit également examinée du point de vue des dégâts qu'elle pourrait occasionner est à lui seul un progrès médical énorme. Innombrables sont les mesures en obstétrique qui conduisent à des complications ou des blocages, lesquels seront ensuite utilisés pour justifier une surveillance intensive et interventionniste. Prenons l'exemple de l'ultrason de routine pendant la grossesse. Combien de femmes savent-elles que les résultats d'une étude correcte et scientifique de l'examen par ultrason n'amélioreront pas le résultat de la grossesse? La seule signification de cet examen est le dépistage de malformations. Mais pour la femme qui est fermement opposée à tout avortement, que lui apportera un ultrason si ce n'est une terrible angoisse? Et même si aucune malformation n'est dépistée, une simple remarque sur la taille du bébé peut suffire à angoisser une maman jusqu'à la fin de la grossesse. Pourquoi systématiser le dépistage par ultrason de la luxation des hanches chez les nouveau-nés? La seule mesure qu'on peut prendre pour prévenir cette luxation est de langer les bébés de manière large. Mais qui aujourd'hui lave encore les bébés différemment? Et si d'autres mesures orthopédiques sont nécessaires, un simple examen clinique peut le révéler. La liste des exemples de ce type peut être poursuivie à l'envi. Vous pouvez ainsi vous rendre compte de l'importance des économies possibles. De telles économies permettraient de diminuer la pression de rationalisation et offrirait un espace de dialogue entre la sage-femme et la femme enceinte.

Pendant des années, j'ai essayé de pratiquer une meilleure médecine d'après la devise «autant que nécessaire, aussi peu que possible». L'«evidence based medicine» m'a donné les bases scientifiques pour continuer cette pratique de retenue. Ce type de médecine donne des arguments tirés de la littérature scientifique pour contrer les partisans de l'hypermédicalisation. Elle aide également les patients à prendre

une décision. Une «evidence based medicine» bien comprise laisse la décision aux patients en leur livrant les données scientifiques nécessaires. Je ne peux que vous recommander chaleureusement cette méthode d'optimisation. Les connaissances de base en «evidence based medicine» peuvent être acquises en suivant les cours de la Fondation Paracelse à Einsiedeln (voir adresses en fin d'article).

Optimisation externe au système

La deuxième forme d'optimisation de la médecine est une forme externe au système, c'est-à-dire qu'elle va au-delà de la vision du monde et de la philosophie de la médecine actuelle. Pour la médecine moderne, seules les choses mesurables et matérielles sont réelles et significatives. La médecine moderne cherche à dépister le phénomène maladie à travers une illustration toujours plus détaillée et la manipulation des structures physico-chimiques. Et si l'homme était plus qu'un pur corps matériel, qu'un conglomérat physico-chimique? S'il était une unité indissociable entre corps et esprit? Cela signifierait que la médecine moderne s'appuie sur une image de l'homme très limitée, et incorrecte dans son ensemble. Cela expliquerait pourquoi les milliards investis dans la médecine moderne donnent aussi peu de résultats. Si la clé de la compréhension d'une maladie ne devait pas être recherchée dans la matière, par exemple dans l'organe, mais bien plus dans le principe de la globalité esprit-énergie qui fait fonctionner les différents organes entre eux...? La figure de base d'une médecine réformée ne serait plus le technicien en médecine, mais un réseau de différents groupes professionnels. Philosophie, anthropologie, théologie et psychologie devraient avoir une place importante dans la formation de ces personnes. La médecine élargie à l'esprit n'est pas une pure théorie et de la musique d'avenir. En homéopathie nous la pratiquons déjà aujourd'hui, même si c'est encore incomplètement et en pionniers.

Un exemple concret: l'homéopathie pendant la naissance

En tant que médecin homéopathe, j'ai une expérience de près de 15 ans en obstétrique homéopathique. J'ai accompagné près de 450 accouchements de manière homéopathique sur les

quelque 1000 accouchements à mon actif. J'aimerais illustrer mon propos par un exemple concret.

Il s'agit de l'accouchement d'une primipare de 34 ans. A 8 heures du matin, le rapport de la sage-femme fait état d'un léger épuisement de la femme qui n'a pu dormir depuis trois nuits à cause de contractions irrégulières, puis les contractions commencent à se régulariser. A 20 heures, la sage-femme fait état de contractions régulières toutes les 5 minutes depuis 12 heures. Le col de l'utérus est encore à 2 cm. La parturiente est épuisée. A 20 h 05, je lui administre une dose de *Benzoicum acidum XM*. A 21 heures, le col est complètement ouvert, la parturiente commence à pousser. Le couple aimeraient que j'assiste à l'accouchement, avec l'accord de la sage-femme. Et à 22 heures a lieu une naissance sans complication.

Pour moi, autant que pour la sage-femme, il était incompréhensible que la phase d'expulsion ait duré une heure, alors que la tête était déjà bien engagée dans le bassin, qu'elle était bien visible et qu'il y avait suffisamment de place. Nous avons également été surpris par une déclaration de la parturiente qui, en voyant son enfant, a dit: «Il n'est pas aussi laid que je l'aurais cru».

Ce rapport de naissance montre clairement combien il faut distinguer en obstétrique la partie organo-mécanique et la partie énergétique globale. En quoi des diagnostics tels que dystocie et col de l'utérus rigide nous aident vraiment dans un tel blocage obstétrique? Très souvent, la thérapie utilisée non seulement n'a pas d'effet, mais en plus elle aggrave le problème. Il peut arriver par exemple que l'administration de médicaments pour les contractions raidissent encore plus le col de l'utérus de telle sorte que la seule issue possible soit la césarienne.

Au contraire, la méthode «énergétique globale» part de l'hypothèse d'une problématique globale, individuelle, de l'âme et de l'esprit de la parturiente, qui est le cœur d'un éven-

tuel blocage énergétique du processus de la naissance. Pour pouvoir administrer un médicament homéopathique, je m'étais déjà longuement entretenu avec la future parturiente pendant la grossesse, environ 7 à 8 heures, soit 3-4 heures lors de l'anamnèse et environ 4-5 heures d'analyse de cas et de répertorisation.

L'hypothèse sur la problématique de base du remède *Benzoicum acidum* donne une possible explication au blocage de cette femme. *Benzoicum acidum* a en effet de la peine à accepter que la matière résiste à la réalisation d'une idée parfaite. C'est comme si vous aviez une représentation idéale d'un cheval, mais qu'au moment où



vous vouliez rendre cette image en la taillant dans la pierre, vous vous rendiez compte combien cet idéal est difficile à reproduire dans la matière.

Cette femme, au demeurant artiste peintre, avait peur de mettre au monde son enfant, parce qu'inconsciemment elle craignait qu'il soit malformé ou qu'il ne puisse satisfaire ses hautes aspirations en matière d'esthétique. C'est ainsi qu'on peut comprendre pourquoi la délivrance s'est fait tant attendre et la remarque de la femme après la naissance. Permettez-moi maintenant quelques remarques sur l'homéopathie en obstétrique.

Les possibilités actuelles de l'homéopathie sont largement surestimées

Dans les départements de maternité de nos hôpitaux, l'homéopathie est assez largement répandue, parce que

nombre de sages-femmes administrent des remèdes homéopathiques à leurs patientes, ouvertement ou non. Il n'y a rien à redire à ce sujet, mais je vous mets en garde: les possibilités actuelles des thérapies homéopathiques sont en général largement surestimées. Plus je pratique l'homéopathie, plus je reconnaît clairement combien il est difficile de trouver un médicament homéopathique qui fait vraiment effet. Nous autres homéopathes travaillons comme des pionniers. Il faudra encore de longues années de travail avant d'atteindre le degré de qualité des homéopathes américains du siècle dernier. Aujourd'hui, la plupart des homéopathes travaillent avec un répertoire de 50 à 100 remèdes homéopathiques, alors que l'encyclopédie de Clarke en comptait 1000. C'est assez peu pour une forme de thérapie qui se veut elle-même individualisée. Je pense que la vraisemblance qu'une de mes patientes ait besoin d'un remède connu n'est que de 10% et la probabilité qu'elle ait besoin d'un remède peu ou mal connu est au contraire de 90%. Depuis des années, j'ai constaté que l'efficacité de l'homéopathie en cas de sévères blocages obstétriques dépend énormément de la méthode employée. L'efficacité de l'homéopathie dans la thérapie avec les moyens usuels, sans répertorisation profonde, est vraisemblablement en dessous de 10%. Si l'on recherche un remède, au moyen de la répertorisation, sur la base de la symptomatique individuelle au cours de la naissance, le degré d'efficacité peut atteindre 25%. Ce n'est qu'avec des méthodes homéopathiques profondes, dont la mise en œuvre demande du temps, comme par exemple la méthode Masi (du nom d'un médecin argentin pratiquant l'homéopathie profonde) qui choisit son remède parmi un ensemble de 1000 remèdes et qui s'efforce de comprendre en profondeur la problématique, qu'on peut atteindre un degré d'efficacité de 70%. Cette estimation, tirée de ma propre expérience, a été largement confirmée par le programme national de recherche scientifique n° 34 «Médecine complémentaire». Le taux de césariennes dans les collectifs appliquant une méthode homéopathique était exceptionnellement bas: 4%. Il était trois fois plus élevé dans les collectifs appliquant une médecine ordinaire. Cela signifie que deux césariennes sur trois sont évitables par l'utilisation d'une méthode homéopathique profonde.

L'homéopathie ouvre des voies insoupçonnées en obstétrique, mais uniquement si sa qualité peut être augmentée.

Le rôle de la sage-femme dans l'obstétrique postmoderne

Le rôle de la sage-femme, souvent considérée aujourd'hui comme une aide-soignante dans l'obstétrique moderne hospitalière, peut être aussi replacé dans une perspective bien différente, si l'on considère le rôle professionnel de la sage-femme dans le contexte d'une obstétrique postmoderne. Que veut dire «postmoderne»? En suivant l'exemple du concept philoso-

phique des postmodernes, j'entends par là une culture qui se distancie des grands édifices de la pensée et du savoir, lesquels revendiquent pour eux-mêmes la vérité absolue. Reporté à l'obstétrique, cela signifie qu'il faut remettre en question la légitimité générale des principes de l'obstétrique moderne. Il y a place pour des procédés alternatifs, de même que pour les parvenues et les sages-femmes. Ce qui est juste ne se trouve plus simplement dans les livres modernes, mais doit être discuté dans un processus qui prend du temps, par tous les intervenants. Il ne s'agit pas de remplacer l'idéologie de la médecine traditionnelle toute-puissante par l'idéologie de la médecine alternative comme seule valable. Les deux systèmes doivent eux-mêmes se remettre sans cesse en question et utiliser les expériences faites dans la pratique pour continuer à se développer et à changer. Les deux systèmes doivent se compléter et cas échéant même s'entraider. L'alternative n'est pas: médecine traditionnelle, oui ou non. La naissance est plus qu'un processus purement mécanique. Mais elle en est quand même un. Si l'on ne parvient pas à résoudre un blocage obstétrique de manière énergétique, il faut faire appel aux moyens organo-mécaniques de la médecine traditionnelle.

Deux cultures différentes

Ces deux cultures si différentes existent dans la réalité en obstétrique, nous le savons bien. Mais aujourd'hui encore, elles coexistent dans un rapport empreint de tension. Si nous savons laisser de côté cette tension, nous verrons bientôt qu'il existe dans l'obstétrique postmoderne un potentiel de développement qui remettra d'actualité le rôle professionnel de la sage-femme. Je l'illustrerai au mieux en caractérisant très concrètement l'obstétrique moderne et postmoderne. L'obstétrique moderne connaît un standard de naissance statistiquement normalisé. La pathologie de la naissance est au premier plan, les médecins dirigent l'accouchement, qui a lieu à l'hôpital, la sphère intime est souvent mise à mal. L'obstétrique postmoderne au contraire voit la naissance comme un processus global, un déroulement naturel, au cours duquel on doit considérer l'individualité de la femme au travers d'une grande variété de naissances possibles. Le lieu de naissance est souvent le domicile ou une maison de naissance, la sphère

Lettre ouverte au docteur Mattmann

Cher Monsieur,

Etant présente dans l'auditoire lors de votre exposé à la journée de formation continue de notre fédération, j'ai quelques remarques à faire. J'ai en effet été surprise avec quelle insistance vous refusez de considérer le travail des sages-femmes hospitalières, sans regarder autour de vous ce qui se fait, que ce soit avec l'homéopathie ou d'autres méthodes alternatives (fleur de Bach, par exemple).

Vous saviez pourtant très bien que votre auditoire serait principalement composé de sages-femmes hospitalières. Je suis persuadée qu'il serait beaucoup plus important de travailler ensemble, dans le respect, car nous avons besoin les uns des autres, par exemple pour les cas insolubles à domicile ou les femmes qui ne désirent pas accoucher à l'hôpital.

Je ne peux pas considérer que les couples qui accouche à l'hôpital n'ont pas de bons vécus, la preuve ce sont les nombreux témoignages positifs de couples que j'ai pu recueillir.

Avant de l'affirmer, il conviendrait de vérifier si vraiment nous ne travaillons pas avec et pour les couples, si nous ne sommes pas à leur écoute. Il aurait été plus judicieux d'appuyer sur ce point un peu différemment, afin de faire passer un message, par ailleurs certainement intéressant, plutôt que de simplement se considérer comme les «meilleurs» à ce niveau-là.

Je peux dire que l'écoute des patientes se fait aussi dans les milieux hospitaliers, mais l'obstétrique nous appelle parfois à intervir différemment selon les cas (césarienne, forceps, périnale).

Il me reste de cet exposé que vous avez peu d'ouverture par rapport à ce qui se fait ailleurs que chez vous; je trouve cela dommage, car il me semble important de respecter les compétences de chacun et chacune, dans nos différents lieux de travail.

Anne-Lise Wittenwiler,
sage-femme hospitalière