

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 104 (2006)  
**Heft:** 1

**Artikel:** En prénatal : le lit strict est-il justifié?  
**Autor:** Bodart Senn, Josianne  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949848>

### 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:** 14.01.2026

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

des voix dissonantes, alors que la recherche fondamentale continue à lever – timidement, il est vrai, mais par petits pas tout de même [12, 13] – le voile sur l'effet de ces mystérieuses dilutions ultra-moléculaires au mécanisme d'action inconnu? Dans sa recherche d'objectivité, la science est peut-être bien conseillée de se rappeler la phrase de Claude Bernard, père de notre médecine expérimentale: «Quand le fait que l'on rencontre ne s'accorde pas avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie.»

Dr Bruno Ferroni, président de la Société suisse des médecins homéopathes.

Article initialement paru dans le Bulletin des médecins suisses, 2005; 86: n. 44, 2463-4.

## Références

- [1] Shang A., Huwiler-Müntener K., Nartey L., et al.: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. Lancet 2005; 366:726-32.
- [2] Editorial. Lancet 2005; 366:690.
- [3] Kleijnen J., et al.: Clinical trials of homoeopathy. BMJ 1991; 302: 316-23.
- [4] Boissel J.: Critical Literature Review on the effectiveness of Homeopathy: Overview over data from homeopathic medicine trials. In: Commission of the European communities (ed.). Homeopathic Medicine Research Group. Brussels: Commission of the European communities; 1996. p. 196-210.
- [5] Linde K., et al.: Are the effects of homeopathy all placebo effects? A meta-analysis of randomised, placebo controlled trials. Lancet 1997; 350: 834-43.
- [6] Cucherat M., et al.: Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. HMRAG Homeopathie Medicines Research Advisory Group. Eur J Clin Pharmacol 2000; 56:27-33.
- [7] Wein C.: Qualitätsaspekt klinischer Studien zur Homöopathie. Essen: KVC; 2002.
- [8] Mathie R. T.: The research evidence base for homeopathy: a fresh assessment of the literature. Homeopathy 2003; 92(2):84-91.
- [9] Dean M.: Out of step with the Lancet homeopathy meta-analysis: more objections than objectivity? J Alternative Complementary Med 1998; 4(4):389-98.
- [10] Stellungnahme des Schweizerischen Vereins homöopathischer Ärztinnen und Ärzte SVHA zur Homöopathiestudie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin ISPM Bern («Egger-Studie1). Bern: SSMH; 2005. www.ssmh.ch.
- [11] Frei H., et al.: Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactive disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-005-1735-7>. 7.2005.
- [12] Rey L.: Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride. Physica A 2003; 323:67-74.
- [13] Suess W., et al.: Mechanism of the transfer of the «therapeutically active ingredient» (TAI) from a homeopathic liquid dilution to a solid substance. In: Abstracts of the 60th Congress of the Liga Medicorum Homeopathica internationalis, Berlin 2005. AHZ 2005; 250:37 (suess@rz.uni-leipzig.de)

## En prénatal

# Le lit strict est-il

**Suivant la formation des médecins ou des sages-femmes et suivant les lieux de leur expérience professionnelle, c'est tantôt l'alitement strict imposé, tantôt l'incitation au repos qui est prescrit. D'où l'hypothèse formulée par Francesca Codeluppi et Agnes Szabo: L'alitement prolongé pour une femme avec une menace d'accouchement prématuré et/ou une rupture des membranes n'est pas toujours justifié et il a des répercussions négatives sur la femme et sur son entourage.**

### Compte rendu par Josianne Bodart Senn

C'est le vécu des femmes longuement alitées qui a attiré l'attention de Francesca Codeluppi et Agnes Szabo durant leurs stages. «Vous ne pouvez pas imaginer à quel point c'est dégradant d'aller à selle sur un vase, derrière un rideau. Je me sens vraiment mal, mal, mal», dit une femme qui a rompu la poche des eaux à 30 semaines et un jour. Une autre triche souvent: elle se lève pour prendre une douche rapide, même si elle se sent coupable. Elle est anxieuse et insomniaque, elle croit «devenir folle».

Les auteures ont d'abord procédé à une revue de littérature (études et articles), puis en ont tiré un document écrit qu'elles ont envoyé à six professionnels avant de venir les interviewer. Leurs réactions à la revue de littérature ont été présentées et commentées dans leur travail de recherche (voir encadré). C'est toutefois la revue de la littérature qui va retenir notre attention dans cet article.

### Revue de la littérature

Une menace d'accouchement prématuré (MAP) se définit par des contractions utérines persistantes ( $> 3$  CU/heure) associées avec un changement au niveau du col (raccourcissement, dilatation ou changement de position, par exemple d'une position postérieure à une position centrée) ayant lieu avant 37 SA (Goulet, 2001). La rupture prématurée des membranes en association avec des contractions utérines est à évaluer en considérant la durée et la présence – ou non – d'une infection.

La prise en charge d'une MAP a deux buts fondamentaux: d'une part, la pose de diagnostics rapides pour assurer un traitement efficace et, d'autre part, la prévention de la réapparition des symptômes.

Les traitements les plus courants sont:

- l'hydratation intraveineuse qui inhibe la sécrétion de l'ADH (cette intervention est controversée et elle n'est pas utilisée au CHUV);
- la surveillance de l'activité utérine avec un CTG ou selon le ressenti de la femme;
- l'évaluation du changement au niveau du col avec une échographie ou le toucher vaginal si les membranes sont intactes;
- l'administration d'agents tocolytiques et de sédatifs et le repos au lit (Goulet, 2001).

Le repos au lit est le traitement le plus souvent recommandé dans la phase aiguë d'une MAP afin d'augmenter la perfusion sanguine au niveau de l'utérus et pour diminuer l'activité utérine. Mais, dans certains centres hospitaliers, le repos au lit strict après cette phase aiguë initiale continue d'être exigé pendant des semaines en association avec les autres traitements mentionnés auparavant. Ce traitement très courant est fondé sur des études empiriques qui ont démontré qu'une activité trop dure ou trop contraignante pendant la grossesse peut amener un travail prématuré (Sosa, 2005).

L'efficacité du traitement d'une MAP dépend du diagnostic précoce de cette menace, du degré de changement au niveau cervical et de la présence – ou non – de la poche des eaux au moment

# justifié?

de l'initiation du traitement. Le succès de ce traitement se manifeste par l'arrêt des contractions, par le moment de l'accouchement entre 36 à 37 SA (plutôt > 37 SA) et par le poids du bébé qui atteint au moins 2500 g (Goulet, 2001).

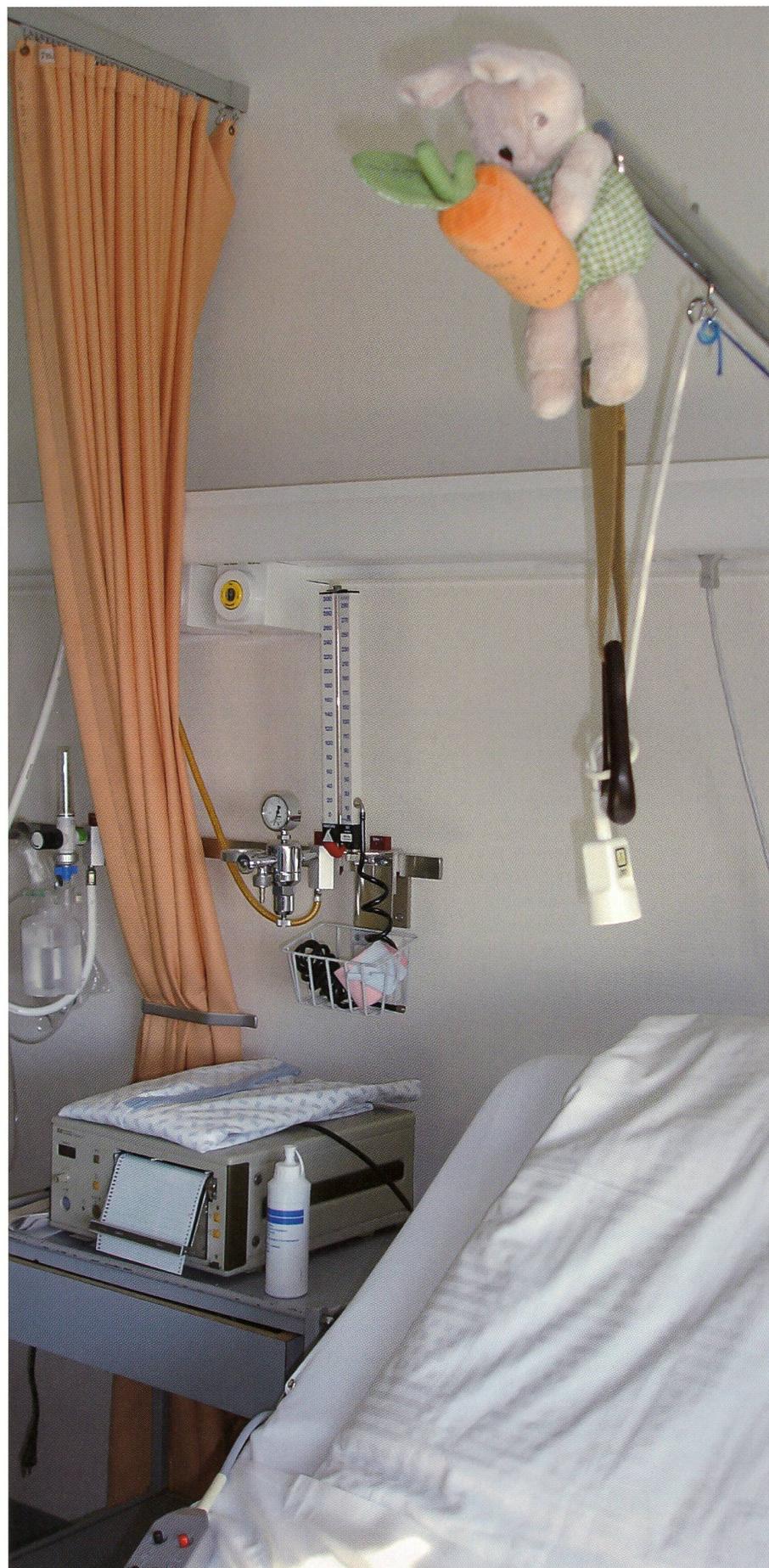
Une revue récente de Cochrane concernant le traitement de la MAP par la prescription du repos au lit permet d'affirmer qu'il «n'y a pas de preuve qui soutient ou contredit l'utilisation de l'alimentation comme traitement adéquat pour prévenir un accouchement prématuré.» (Sosa, 2005). L'équipe Enkin (2000) souligne que l'efficacité de l'alimentation prénatal pour prévenir un accouchement prématuré n'a pas été démontrée. Cette affirmation, par contre, se réfère plutôt aux grossesses multiples.

## Effets néfastes

Par ailleurs, de nombreuses études ont montré les effets néfastes de l'alimentation prolongé. Les impacts néfastes sur la femme et sur sa famille ainsi que l'augmentation du coût médical pour la société, devraient amener les cliniciens à reconsidérer chaque situation avant de prescrire de façon routinière l'alimentation strict. Selon cette revue de Cochrane (Sosa, 2005) les bénéfices et les risques de ce traitement si facilement prescrit devraient être réévalués.

Les effets néfastes *physiques* de l'alimentation sont:

- une augmentation d'incidence de thromboses veineuses (Kovacevich, 2000);
- une atrophie musculaire (Maloni, 2002);
- d'autres symptômes et problèmes au niveau musculo-squelettique et cardiovasculaire associés à la baisse d'exercices (Maloni, 1993);
- une perte de densité osseuse (Promislow, 2004);
- une perte de poids maternel (Maloni, 1993) qui pourrait augmenter le risque de croissance chez le fœtus (Maloni, 2004) bien que ce lien ne soit pas prouvé par une étude randomisée;
- une altération générale dans le fonctionnement de tous les organes (Fort-



«Ne pas pouvoir se lever pour aller aux toilettes ou pour prendre une douche... Quel manque d'intimité! Moi, en tant que femme, je ne pourrais pas faire face...», précise une sage-femme hospitalière.

Photos: JBS



**«Les femmes doivent apprendre à se réapproprier leur grossesse après la phase aiguë. Il faut les encourager à connaître les risques et les conséquences de certains actes», souligne une sage-femme indépendante.**

ney, 1996), en particulier par un ralentissement du péristaltisme intestinal qui aura comme effet la constipation et par une augmentation d'incidence d'infection urinaire: les auteures n'ont cependant pas trouvé d'études démontrant ces effets mais on sait que la constipation et l'infection urinaire peuvent amener des contractions;

- un risque de thrombose veineuse profonde: les femmes enceintes sont 5 fois plus nombreuses à en souffrir; un aliment de plus de trois semaines n'est toutefois justifié que dans les cas où il y a d'autres facteurs de risque (Carr, 1997).

Maloni et ses collègues (2005) discutent les effets néfastes *psycho physiologiques* de l'alimentation:

- un ralentissement des «vagues» vues sur un électroencéphalogramme (EEG) – en anglais, «a slowing down of EEG waves» – qui se traduit par une altération au niveau cognitif, affectif et perceptif (difficulté à se concentrer pendant une activité intellectuelle comme la lecture);
- un ralentissement au niveau cérébral en ce qui concerne l'analyse d'informations (en anglais «dulling of cortical process»).

Dans cette même étude, Maloni et ses collègues décrivent les effets néfastes psychosociaux de l'alimentation. Plusieurs autres études ont aussi examiné le vécu des femmes pour lesquelles un aliment strict avait été prescrit pour une MAP ainsi que le vécu de leur partenaire et de leur famille. En dehors du stress déjà associé au risque de perdre leur bébé, les femmes ont exprimé divers sentiments: peur, manque de contrôle, sentiment d'impuissance, colère, hostilité, anxiété, tension, nervosité, fatigue, épuisement, sommeil perturbé, dépression, confusion, solitude.

### Se sentir «emprisonnée»

Les femmes expriment aussi des sentiments d'ambivalence et de culpabilité concernant leur grossesse (Schroeder, 1996). Dans cette même étude l'auteur décrit des difficultés d'ordre familial et économique résultant de l'expérience d'alimentation. La stimulation sensorielle, motrice et sociale étant réduite et l'environnement restant toujours le même (Maloni, 1998), survient une «solitude» sensorielle qui amène l'ennui (Loos, 1989) et la dépression.

L'étude de Maloni (2005) confirme la présence de dépression sévère chez les

parturientes alitées pendant de longues périodes (2 à 4 semaines), ce qui avait déjà été démontré par de nombreuses autres études réalisées dans le passé. Comparées aux femmes alitées partiellement (pouvant aller aux toilettes), les femmes complètement alitées (lit strict) avaient plus fréquemment des symptômes dépressifs – en anglais «Dysphoria» (Maloni, 2002). L'étude de Maloni (2005) conclut que ces symptômes de dépression sont mouvants, qu'ils changent constamment, car ils sont liés à plusieurs facteurs incluant le risque réel et perçu de l'accouchement prématuré ainsi que la durée ou le type de traitement préventif (incluant l'alimentation). Les interventions doivent donc être adaptées en fonction de chaque femme et de chaque situation. Elles doivent en outre être réévaluées périodiquement.

En règle générale, les femmes ont un état dépressif plus intense dans la période qui suit immédiatement l'hospitalisation. Lorsque la grossesse approche du terme (> 37 SA), le taux de mortalité et de morbidité de l'enfant diminue et les symptômes de dépression s'amoindrissent mais ils restent quand même élevés, même après 4 semaines (Maloni, 2005). Certaines études (Dole, 2003; Mackey, 2003) ont associé l'anxiété vécue en période prénatale avec la prévalence d'accouchements prématurés.

Les sages-femmes devraient travailler à diminuer cette anxiété pour prolonger le temps de la grossesse. Si l'alimentation strict augmente l'intensité de l'anxiété des femmes, les intervenants devraient s'interroger sur le bien-fondé de ce traitement. Ces sentiments négatifs ont aussi un impact sur l'issuée néonatale. La dépression, l'anxiété et l'hostilité ont été corrélées avec des retards de croissance (Rondo, 2003; Zimmer-Gembeck, 1996). Cependant, d'autres études contradictoires n'ont pas trouvé cette corrélation (Pryor, 2003). Les vécus négatifs pendant la grossesse peuvent aussi avoir une influence néfaste durant le post-partum (Maloni, 1993 et 2004).

Goulet (1999) affirme que le stress associé à une hospitalisation prénatale peut «influencer (négativement) le développement affectif (en anglais «emotional growth») de la mère, sa capacité d'assurer son rôle de mère et les dynamiques familiales». En se basant sur d'autres études, il précise que le stress excessif peut interférer avec l'adaptation à devenir parent (Goulet, 2001).

Le support perçu (et donné par le partenaire, la famille ou l'environnement social et professionnel) ainsi que les

ressources de ces femmes aidaient à diminuer le stress (Heaman, 1998). Dans une étude sur l'impact de l'alitement prénatal sur la famille, Maloni (2001) dit que le support social peut influencer positivement le vécu des familles. Il est donc important d'explorer les effets de l'hospitalisation inattendus sur la femme, le couple et la famille. Une bonne anamnèse peut aider les intervenants «à planifier les interventions ou à maximiser le support disponible».

Le coût financier d'une hospitalisation prolongée (Allen, 1999); les coûts d'ordre matériel et psychologique pour la famille (Maloni, 2001) ainsi que le vécu spécifique des pères durant l'hospitalisation de leur partenaire (Maloni, 1997; May, 1994) doivent également être considérés avant de prescrire l'alitement comme traitement à long terme d'une MAP.

## Alternatives

La revue dans Cochrane Collaboration (Sosa, 2005) promouvait l'intégration des femmes et du couple dans le choix thérapeutique (en anglais «empowerment»): les intervenants devraient discuter des risques et bénéfices de l'alitement avec les femmes qui ont une MAP et les laisser décider elles-mêmes si elles veulent être alitées, combien de fois et durant combien de temps. La pri-

se en charge à l'hôpital n'a pas démontré une amélioration dans l'issue péri-natale chez les femmes avec une MAP.

Goulet (2001) propose un suivi à domicile, ce qui pourrait améliorer leur vécu. Les soins à domicile ont pour objectif de donner un soutien et des soins dans un environnement familial. Cette ambiance pourrait être moins stressante et les soins moins coûteux. La prise en charge à domicile miserait sur un enseignement individualisé et sur un soutien psychologique. Le but serait de maximiser la capacité de chaque femme de participer à ses soins et d'apprendre à réagir rapidement et adéquatement si un problème survenait.

En pratique, la prise en charge à domicile implique un monitoring ambulatoire ou un monitoring à la maison avec visite à domicile d'une professionnelle. En Suisse, les sages-femmes indépendantes ou ayant plusieurs années de pratique en unité prénatale peuvent suivre les femmes à domicile.

La priorité doit alors être mise sur la prévention: la femme devrait consulter quand les signes d'alarmes apparaissent: soit 4 CU/heure pour plus d'une heure de repos). Une permanence téléphonique (24 heures sur 24) devrait être assurée ainsi que la collaboration avec une équipe médicale. ▶

«L'alitement en prénatal: un traitement toujours justifié?» Mémoire présenté par Francesca Codeluppi et Agnes Szabo à la Haute école cantonale vaudoise de la santé (Lausanne, 25 août 2005).

## Références

- Allen C. et al. (1999): Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. Lancet 1999; 354: 1229-33.*
- Carr M.H. et al. (1997): Prolonged bed rest during pregnancy: does the risk of deep vein thrombosis warrant the use of routine heparin prophylaxis? Journal of maternal foetal medicine 6(5): 264-267.*
- Dole N. et al. (2003): Maternal stress and preterm birth. American Journal of Epidemiology 157 (1): 14-24.*
- Enkin M. et al. (2000): A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford university press.*
- Fortney, S. et al. (1996): The physiology of bed rest. In: M.I. Fregley & C.M. Blatteis (Eds), Handbook of physiology. Vol. 2, pp. 889-939. New York: Oxford University Press.*
- Gilbert W.M. et al. (2003): The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. Obstetrics and Gynecology; Sept. 102(3):488-92.*
- Goulet, C. (1999): Home Care Management versus Hospital Care Management For Preterm Labour: A Randomised Clinical Trial. NHRDP Project Number 6605-3881-301, National Health Research and Development Program.*
- Goulet, C. et al. (2001): A controlled clinical trial of home car management versus hospital care management for preterm labour. International Journal of Nursing Studies 38: 259-69.*
- Goulet, C. et al. (2001): A randomized clinical trial of care for women with preterm labour: home management versus hospital management. CMAJ 2001 164(7): 985-91.*
- Gupton, A. et al. (1997): Bed rest from the perspective of high-risk pregnant women. JOGNN, 26 (4): 423-30.*
- Heaman, M. & Gupton, A. (1998): Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: comparison between home and hospital. Birth 25(4) 252-58.*
- Kovacevich, G. et al. (2000): The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. American Journal of Obstetrics and Gynaecology 182 (5): 1089-92.*
- Loos, C.; Julius, L. (1989): The client's view of hospitalization during pregnancy. JOGNN, 18:52-56.*
- Maloni, J.A. et al. (1993): Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. Nursing Research 42 (4):197-203.*
- Maloni, J.A. & Ponder, M.B. (1997): Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. Image: Journal of Nursing Scholarship, 29: 183-88.*
- Maloni, J.A. (1998): Antepartum bed rest: Case studies, research and nursing care. Washington, DC: Association of Women's health, Obstetric and Neonatal Nursing.*
- Maloni, J.A., Bresinski-Tomasi & Johnson (2001): Antepartum bed rest: Effect upon the family. Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing (JOGNN) 30 (2): 165-73.*
- Maloni, J.A. et al. (2002): Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest. A longitudinal study. Nursing Research, 51 (2): 92-99.*
- Maloni, J.A. et al. (2004): Antepartum bed rest: Maternal weight change and infant birth weight. Biological Research for Nursing Vol 5 (3): 177-86.*
- Maloni, J.A. et al. (2005): Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. Research in Nursing & Health 28: 16-26.*
- Mackey, M.C. et al. (2000): Stress, preterm labour and birth outcome. Journal of Advanced Nursing, 32(3): 666-74.*
- May, K. (1994): Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father. JOGNN 23(3): 246-251.*
- Promislow, J.H. et al. (2004): Bed rest and other determinants of bone loss during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 161(3): 1077-83.*
- Pryor, J.E. et al. (2003): Stress and lack of social support as risk factors for small-for-gestational-age birth. Acta Paediatrica 92(1): 62-64.*
- Rondo, P.H. et al.: Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. European Journal of Clinical Nutrition, 57(2): 266-72.*
- Schroeder, C.A. (1996): Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. Image: Journal of Nursing Scholarship, 28(3) 253-58.*
- Sosa, C. et al. (2005): The Cochrane Collaboration. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review) The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.*
- Zimmer-Gembeck, M. & Helfand M. (1996): Low birth weight in a public prenatal care program: behavioural and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. Social Sciences & Medicine 43, Issue 2, July 1996: 187-197.*

## Entretiens

### Commentaires de six professionnels

Les auteures ont longuement discuté la revue de littérature avec six professionnels, soit deux médecins adjoints de la Maternité du CHUV, deux sages-femmes hospitalières travaillant au service prénatal du CHUV et deux sages-femmes indépendantes. En résumé, elles retiennent que, dans les cas de menaces d'accouchement prématuré, le lit strict est rarement justifié. Après la phase aiguë qui peut durer entre deux et quatre jours, les femmes doivent pouvoir se mobiliser au moins pour aller aux toilettes et à la douche. Dans les cas de rupture prématurée des membranes, la plupart des professionnels considèrent que le lit strict se justifie, même si certains d'entre eux pensent que le repos puisse être suffisant.