

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 116 (2018)  
**Heft:** 7-8

**Artikel:** Du clampage du cordon à l'analgésie : mythes et faits en périnatalité  
**Autor:** Blanchard, Marie  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949523>

### 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:** 06.02.2026

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

# Du clampage du cordon à l'analgésie: mythes et faits en périnatalité

Pour ce premier Congrès suisse de périnatalité, des thématiques variées ont été choisies qui permettaient de faire intervenir des spécialistes de différents domaines: clampage du cordon, périnée, thérapeutique de la douleur et prématurité. Sages-femmes, néonatalogues, ou encore anesthésistes ont chacun·e présenté quelques mythes à l'œuvre dans leur domaine, et les ont remis en question, chiffres et études à l'appui.

.....  
Marie Blanchard et al.

Le bloc de présentations dédiées au clampage du cordon a dû être annulé en raison de l'absence de Christiane Schwarz qui était malheureusement malade. Sa conférence «Clamer le cordon, mais correctement?» a tout de même pu être remplacée au pied levé par une présentation consacrée à l'obésité, par la Pr Dr Dagmar l'Allemand, médecin-cheffe de l'hôpital pédiatrique de Suisse orientale et co-présidente de l'association obésité de l'enfant et de l'adolescent. Elle a été suivie par la conférence du Dr méd. Riccardo Pfister, médecin responsable de l'unité de néonatalogie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui a évoqué sur la question de l'attachement.

## Obésité et risques prénatals

Dans sa présentation, Dagmar l'Allemand s'est plus particulièrement penchée sur les conséquences à long terme des risques prénatals, ou comment le poids de l'enfant dépend-il des parents avant et après le clampage du cordon?

De plus en plus d'enfants et de jeunes souffrent de maladies normalement réservées à l'âge adulte (problèmes articulaires, diabète, cirrhose du foie, insuffisance cardiaque, ...). Pour évaluer s'il y a obésité, en plus de l'Indice de masse corporelle (IMC), on divise le tour de taille par la hauteur, un résultat normal doit se situer en dessous de 0,5.

## Auteures

**Marie Blanchard**, conseillères rédactionnelles,  
sage-femme au Centre hospitalier universitaire vaudois à  
Lausanne.

**Maria-Pia Politis**, conseillères rédactionnelles,  
maître d'enseignement à la Haute école de santé de Vaud.

**Cynthia Khattar**, rédactrice «Sage-femme.ch».

La médecin a rappelé comment dans les cas d'obésité, il ne s'agit pas de culpabiliser la personne en raison de son alimentation et du manque d'exercice. Les produits industriels, le nombre de voitures par foyer ou encore les heures passées devant un écran constituent différents facteurs de notre époque qui influent sur le poids, alors que l'énergie nécessaire est restée la même depuis l'âge de fer.

## Effets sur plusieurs générations

Dagmar l'Allemand poursuit en évoquant le phénomène de compensation: des enfants qui étaient en sous-poids risqueront de compenser par la suite. A l'inverse, une femme enceinte obèse va suralimenter son fœtus qui en période post-natale aura un apport excessif en protéine.

Mais l'empreinte peut également être influencée par l'IMC paternel. Et le surpoids sera transmis en héritage. Un groupe de travail berlinois étudie actuellement la méthylation des gènes. Ainsi, la suralimentation et le manque d'exercices physiques pendant la grossesse peuvent engendrer un mauvais métabolisme sur plusieurs générations.

Administrer des antibiotiques durant l'enfance peut également entraîner plus d'obésité un peu plus tard. Autre facteur mentionné par Dagmar l'Allemand: les accouchements par césarienne!

## Que faire?

Pour conclure sa présentation, Dagmar l'Allemand présente le protocole à l'œuvre dans le cadre de la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie. Un Guide pratique contre l'obésité peut être téléchargé parmi les ressources pour les médecins ([www.sgedssed.ch/informations-pour-professionnels](http://www.sgedssed.ch/informations-pour-professionnels)): dans une première phase, très longue, il s'agit de susciter la confiance, ensuite entre en jeu l'entraide motivationnel où les besoins individuels doivent être pris en compte, enfin des apprentissages simples sont proposés (utiliser des assiettes plus petites, se concentrer sur les points forts, axer sur le bien-être psychique, etc.).

### Importance de l'information pré-natale

Le Dr Riccardo Pfister a ensuite pris le relais et a débuté sa conférence en informant d'une mise à jour des recommandations: la durée du clampage du cordon a été rallongée.

Il a ensuite rappelé que le début de vie est un moment particulièrement risqué de la vie. Il y a 2,7 à 3 millions d'enfants morts nés chaque année, et chaque jour dans le monde 830 femmes environ meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. 99 % de ces décès touchent les pays pauvres.

En Suisse, une naissance sur dix implique une hospitalisation, et donc une séparation avec le nouveau-né. Obstétriciens, néonatalogues, soignants et parents ont chacun des perspectives différentes pour appréhender les événements. Riccardo Pfister explique que souvent, du côté des soignants (moins peut-être pour les sages-femmes), les risques sont perçus comme des problèmes, mais la manière dont ils vont informer les parents est cruciale. Par exemple des parents à qui on avait annoncé que leur enfant avait un risque important de problème cardiaque vont éléver leur enfant d'une certaine manière. Et en conséquence, même si leur enfant est sain, la mauvaise information va quand même avoir une influence sur sa santé.

### Favoriser l'attachement

Autre problématique: la manière dont sont présentés les nouveau-nés. Les images typiques diffusées sur internet montrent des bébés sous leur meilleur jour. Mais lorsque des parents doivent être confrontés à la réalité de leur bébé entouré de matériel technique, cela peut susciter un choc. Une proposition instaurée aux HUG que présente le Dr Pfister: l'agenda des sensations. Un moyen de se focaliser sur les sentiments qui peut avoir un impact positif.

Le docteur a également mis en avant différentes méthodes pour favoriser l'attachement: le contact peau-à-peau après la naissance, en démontrant le rôle important de l'ocytocine alors que le cerveau du nouveau-né est particulièrement réceptif à la naissance; l'oralité à travers l'allaitement; l'approche sensorimotrice, en conjuguant différentes grilles d'évaluation (Heidelise Als, Brazeltton André Bullinger).

### Protection du périnée

Dans une deuxième session de conférences, c'est la protection du périnée qui était au centre des discussions, avec trois interventions qui lui étaient consacrées.

La première intervention, donnée par la professeure Annette Kuhn, obstétricienne-gynécologue FMH, spécialisée en urogynécologie et responsable du service à l'Inselspital de Berne, a porté sur les atteintes du périnée féminin, leurs facteurs de risque et les préventions, notamment lors de l'accouchement. La professeure a commencé par présenter des situations emblématiques de patientes qu'elle rencontre à sa consultation. Elle a ainsi porté un regard sur le long terme dans le parcours de vie des femmes en citant les divers types d'incontinences et de prolapsus génitaux, ainsi que les difficultés orgasmiques.

Irene Hösl

P<sup>r</sup> D<sup>r</sup> en médecine, médecin-chef de la division d'obstétrique et de médecine de la grossesse de l'Hôpital universitaire de Bâle, marraine du premier Congrès suisse de périnatalité



## Chère lectrice, cher lecteur,

*Le premier Congrès suisse de périnatalité avait pour titre «Mythes et faits», une thématique qui n'est pas sans provoquer des débats enflammés, du moins depuis l'élection du président américain. Une attention particulière a été vouée aux connaissances les plus récentes. Pour certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques appliquées jusqu'ici, on a pu démontrer qu'elles étaient dépassées et que par conséquent, les femmes enceintes et les parturientes n'étaient pas prises en charge de manière adéquate. Par ailleurs, des études basées sur l'évidence sont venues étayer des points de vue connus depuis longtemps et ont renforcé leur impact. Ainsi, nous sommes en mesure d'offrir aux femmes enceintes, aux accouchées et à leurs nourrissons les soins les plus judicieux et les plus efficaces. Bien qu'étudiés de long en large, certains résultats n'ont pas encore été mis en œuvre, et plusieurs questions subsistent pour de nombreux processus complexes.*

*Un autre objectif du Congrès était de rapprocher, dans le cadre d'ateliers, de forums de discussions et d'exposés, les divers groupes professionnels et disciplines qui, dans le quotidien clinique dépendent les uns des autres et collaborent étroitement. Avoir des opinions divergentes et interpréter différemment les résultats ne signifie pas que l'on ne s'estime pas mutuellement.*

*Même si quelques aspects d'un tel Congrès peuvent encore être améliorés, notamment en termes de contenu et de déroulement, le Congrès de périnatalité que nous avons vécu en mai a été un magnifique début et un grand succès. Que les nombreuses personnes qui en ont élaboré le concept initial et participé à sa réalisation et à sa réussite soient ici chaleureusement remerciées.*

Cordialement, Irene Hösl

Durant la grossesse, lors de survenue d'incontinence urinaire, elle propose de débuter sans attendre une rééducation du périnée auprès d'un-e physiothérapeute. L'effet de la rééducation se prolongera sur la période postpartum. Elle précise qu'un périnée entraîné ne constitue pas une entrave à l'accouchement.

### Prolapsus génitaux

Les prolapsus génitaux sont liés au nombre d'accouchements par voie basse. Par contre, l'impact du nombre de voie basse est moins clair en ce qui concerne la survenue de l'incontinence urinaire. Elle souligne que les lésions se constituent principalement lors du premier accouchement.

Il existe des facteurs de risque non modifiables tels que l'influence génétique, notamment sur les descentes de vessie. L'obésité constitue un facteur de risque. Qu'en est-il des césariennes? Elles offrent une protection relative uniquement sur les incontinences anales. En effet, le temps de la grossesse exerce déjà une influence sur le périnée. C'est pourquoi il n'y a pas de différences entre césarienne élective ou perpartum.

En ce qui concerne les incontinences anales, les accouchements instrumentés avec les forceps constituent un facteur de risque, étant donné que l'instrument a besoin de 10% de place supplémentaire autour de la tête fœtale, ce qui augmente la distension du périnée. Le poids

fœtal supérieur à 4000 g, la taille maternelle inférieure à 160 cm, l'obésité et l'âge maternel sont également des facteurs de risque de déchirures importantes. Avec l'âge, les fibres musculaires se dégradent progressivement. La durée de la phase expulsive a un impact difficile à préciser selon deux études qui donnent des résultats contradictoires. La prévention par l'épisiotomie de routine n'est pas efficace. L'utilisation durant la grossesse de l'EPI-NO® n'a pas non plus fait la preuve de son efficacité.

### Lésions périnéales

Durant l'accouchement, les compresses chaudes et le massage du périnée semblent réduire les déchirures périnéales des troisième et quatrième degrés, mais les études sont de faible qualité. L'intervenante a cité les résultats de la revue Cochrane 2017 de Aasheim V. et al. consacrée à l'effet de diverses techniques pouvant être effectuées lors de l'accouchement visant à réduire les lésions périnéales.

Un calculateur de risque (*UR-Choice*) pour identifier les femmes à risque de lésions majeures du périnée est en cours de développement. Pour finir, l'intervenante a mis l'accent sur l'importance d'un bon diagnostic des lésions juste après accouchement. Afin d'établir si le sphincter est lésé ou non, il est nécessaire d'effectuer un toucher rectal car l'évaluation visuelle ne permet d'identifier que les lésions du sphincter externe. Il est important de réaliser rapidement la suture des lésions du sphincter anal car les fibres musculaires ont tendance à se rétracter. La



méthode de suture est aussi importante. La méthode de suture est également importante. La réparation n'est efficace que dans 50 % des cas. Une fistule peut s'en suivre, nécessitant parfois la pose d'une stomie. L'incontinence anale se complique de problèmes psychologiques, dermatologiques et sexuels.

### Etudes en Scandinavie

Ensuite, Dr<sup>e</sup> méd. Nina Kimmich, obstétricienne-gynécologue FMH de l'hôpital universitaire de Zurich, a abordé les pratiques de l'accouchement visant à réduire les déchirures des troisième et quatrième degrés. Elle a appuyé son intervention sur les grandes études réalisées ces dernières années en Scandinavie. Quatre points d'attention permettent de réduire le taux de ces déchirures lors de l'accouchement spontané ou instrumenté: communiquer avec la femme, la positionner sur le dos ou semi-assise, garder les mains sur le périnée (une main sur la tête et l'autre sur le périnée avec le pouce d'un côté et les autres doigts de l'autre côté afin de maintenir le périnée de chaque côté de la tête fœtale), afin d'éviter une sortie rapide de la tête fœtale (*hands-on*) mais aussi pour réduire son diamètre et la soutenir.

Le massage du périnée et les compresses chaudes sont aussi utilisés. Il est recommandé de laisser la femme adopter les mouvements qui lui conviennent afin de faciliter la progression fœtale et de laisser les sécrétions s'écouler du vagin car elles permettent sa lubrification. Il faut éviter l'œdème du périnée.

### Banque de vidéos formatives

Il faut également observer la rotation de l'enfant et sa direction de sortie en adaptant les gestes selon la progression naturelle de l'enfant. Par exemple, si l'épaule postérieure semble émerger, la dégager avant l'épaule antérieure. L'équipe de Zurich a constitué une banque de vidéos de plus d'une centaine d'accouchements ce qui permet ensuite d'analyser les gestes effectués et de former les professionnels. Durant l'exposé, cinq séquences d'accouchements différents ont été projetées. L'évaluation du périnée après l'accouchement est précisée sur le dossier maternel à l'aide d'un outil d'évaluation et d'un schéma incluant non seulement le périnée mais aussi la variété de positions de la tête fœtale. Une étude est en cours afin d'évaluer l'impact de cette prise en charge sur l'évolution des lésions majeures du périnée. Les premiers résultats semblent montrer une baisse des lésions dont le taux est différent en fonction de la parité et aussi de l'âge gestationnel.

### Importance de la clinique obstétricale

La troisième intervention a été amenée par Cristina Marinello, sage-femme indépendante d'Argovie pratiquant depuis 28 ans des accouchements à domicile ou comme sage-femme agréée. Elle a mis l'accent sur le maintien en bonne santé des femmes par l'intermédiaire de l'observation et avec le minimum d'interventions. Elle précise que le binôme mère-enfant est capable de compenser les interventions externes mais qu'il faut savoir que les interventions, même minimes, ont des conséquences subtiles. Pour Cristina Marinello, l'accouchement se prépare durant les quatre dernières semaines de la grossesse par l'allégement. Sa présentation a mis l'accent sur l'importance de la clinique obstétricale réalisée par la sage-femme avec son observation aussi grâce à la palpation et au toucher vaginal. Ainsi la sage-femme peut visualiser en 3D la position de l'enfant dans le corps maternel; les informations apportées par la palpation et l'examen vaginal se complètent. Cela demande un entraînement.

### Positions du fœtus

Ensuite, les effets de la variété de position du fœtus sur le déroulement du travail ont été exposés: variété dorso-antérieure qui est la plus favorable, variété dorso-postérieure avec son cortège de répercussions (déflexion accentuée, douleurs, rupture précoce des membranes). La femme peut aider à positionner son bébé en évitant la position assise et en marchant, ce qui détend aussi le psoas. On peut aussi utiliser l'écharpe pour soutenir le ventre en fin de grossesse. L'intervenante utilise aussi le grand lavement pour favoriser les contractions utérines et positionner le bébé. Durant le travail, elle préconise de garder la poche des eaux. Le travail a besoin de temps, la femme a besoin de confiance, des changements rapides sont possibles.

A l'aide de différentes planches anciennes (18<sup>e</sup> siècle et début du 20<sup>e</sup> siècle), Cristina Marinello a exposé la position repliée du fœtus: tête fléchie au maximum, genoux sur la poitrine et bras repliés vers les oreilles, le cou du fœtus arrive au niveau de la symphyse inférieure qui sert de point d'appui pour la progression du fœtus et pour sa



Plus de 800 sages-femmes et médecins de différentes spécialités ont participé au Congrès cette année.

## Colloque dînatoire sur le thème de la formation interprofessionnelle

A midi, alors que la plupart profitaient d'une pause repas bien méritée, d'autres ont enchainé en participant au colloque dînatoire qui avait pour thème «Œuvrer ensemble pour optimiser la qualité de l'obstétrique par la formation interprofessionnelle et la Collaborative Practice». Pr<sup>e</sup> Dr<sup>e</sup> Nicole Ochsenbein-Kölbe, de l'Hôpital universitaire de Zurich, a commencé par présenter les différentes initiatives mises en œuvre au sein de l'hôpital pour favoriser les échanges entre les nombreux spécialistes: études de cas, ateliers collectifs, exercices de simulations, des temps consacrés à la discussion ou encore des «lunch de travail» qui permettent des échanges réguliers avec les sages-femmes. A venir: la station d'entraînement interprofessionnelle de Zurich (*Zürcher interprofessionelle Ausbildungsstation*), où interagiront des étudiants en médecine, soins, physiothérapie et ergothérapie.

La sage-femme Yvonne Bovermann, de la Fédération allemande des sages-femmes a quant à elle mis en avant la *collaborative practice*. Celle-ci constitue une approche de solution possible quant à la pénurie de professionnels de la santé qui concerne le monde entier, et peut être menée à bien à travers l'éducation interprofessionnelle.

Pour illustrer cette méthode, Yvonne Bovermann a évoqué l'exemple d'une étude d'observation menée à l'université de Californie à San Francisco. Là, les sages-femmes détiennent un Master, sont *Assistant professor*, et ce sont elles qui forment les médecins-assistants à l'accouchement naturel. Cette éducation interprofessionnelle permet aux différentes équipes de mieux se comprendre, un traitement et suivi de cas effectif. Mais si les sages-femmes peuvent former les assistants, la réciproque devrait s'appliquer également: les médecins devraient pouvoir former les sages-femmes aux situations complexes.

A la fin du symposium, se sont joints à une discussion avec les conférenciers: Dr<sup>r</sup> méd. David Ehm, ancien président de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGG), Prof. Dr. med. med. René Hornung, Président SSGG, Dorothée Eichenberger à Bonsen, directrice de la division obstétrique à l'Université des sciences appliquées de Berne, Barbara Günthard, directrice de la clinique d'obstétrique à l'Hôpital Universitaire de Zurich, Iris Hochstrasser, directrice des soins infirmiers au CHU de Bâle et Barbara Stocker Kalberer, Présidente FSSF. Tous ont souligné la nécessité d'une approche interprofessionnelle et la reconnaissance des compétences personnelles des deux côtés.

déflexion lors du dégagement. Il est important de protéger le périnée en le laissant s'amplifier progressivement et éviter la déflexion précoce. En effet, cela entraînerait une augmentation du diamètre de la tête fœtale provoquant une augmentation des déchirures du périnée. Il faut faire monter l'occiput lentement en dégageant le périnée doucement: les deux mains de la sage-femme sont impliquées. Cristina Marinello utilise aussi la position latérale et une planche ancienne illustre la position des mains de la sage-femme dans ce type de position maternelle. L'intervenante n'utilise que rarement le tabouret d'accouchement. Elle a conclu son intervention en soulignant l'importance de déterminer quand il faut ou ne faut pas intervenir.

Ces trois interventions différentes ont amené néanmoins des points communs sur les buts des soins des intervenants et sur les pratiques. Un balayage général sur le devenir du périnée féminin et sur la prévention a été situé.

## Un point sur l'analgésie

Deux conférences ont été proposées sur le thème des anesthésiques utilisés en obstétrique et des mythes qui leur sont alloués. Le Dr<sup>r</sup> méd. Thierry Girard, anesthésiste et co-responsable de l'anesthésiologie obstétricale, ainsi que du centre de périnatalité de l'Hôpital universitaire de Bâle, est revenu sur ces mythes, principalement pour l'anesthésie péridurale, en les confrontant à certaines études. Dr<sup>r</sup> méd. Andrea Melber, médecin principal pour l'anesthésie et les soins intensifs à l'hôpital Münsingen, a donné un aperçu des risques de méthodes médicales pour soulager la douleur pendant l'accouchement.

Il n'existe pas d'analgésie idéale qui permette à la fois l'autonomie des parturientes et celle des sages-femmes. Cette analgésie idéale, sans risques, ne devrait pas avoir d'effets secondaires sur la mère et l'enfant. Elle ne devrait pas influencer la naissance et elle devrait être simple et bon marché. L'information que nous donnons se doit d'être honnête, pertinente et elle doit surtout laisser la patiente autonome dans son choix, d'où l'importance de se référer aux dernières études en la matière.

## Mythes et faits sur la péridurale

Pour contrer quelques mythes sur la péridurale («Elle ne devrait pas être mise trop tôt, elle augmente la césarienne, elle immobilise la patiente», ...), Thierry Girard a appuyé sa présentation de sources internet, qui partagent des informations qui se veulent scientifiques et qui montrent la grande variabilité de discours autour de la péridurale.

Concernant l'influence de la péridurale sur l'allaitement, Lau et al. (2017) rapportent qu'aucun effet significatif n'a été prouvé sur la mise au sein précoce, c'est à dire avant une heure de vie. Une revue Cochrane de 2011 a montré que l'anesthésie péridurale n'a eu aucun impact sur le risque de césarienne ou de mal de dos à long terme. En revanche, la péridurale est associée à un plus grand risque d'instrumentation de la naissance et d'un plus grand recours à l'ocytocine.

Une autre revue Cochrane de 2014 visait à analyser les effets d'une péridurale précoce ou tardive. La définition de la pose précoce et tardive était variable selon les études. L'administration précoce est définie comme une anesthésie réalisée lorsque le col est dilaté de moins de 4 ou 5 cm et tardive lorsque la dilatation atteint 4 à 5 cm ou davantage. Bien que les effets d'une pose précoce et tardive soient similaires sur la durée de la deuxième phase du travail, il semblerait que sa mise en place précoce réduirait la première phase du travail. Les auteurs concluent que c'est la demande de la patiente qui doit prévaloir dans la décision de la pose de la péridurale.

## Réduire le stress

En anesthésie, le *gold standard* reste la péridurale. Il existe des situations où la péridurale est nécessaire et où elle permet surtout d'anticiper une césarienne, en diminuant les risques en comparaison à une anesthésie générale. La péridurale n'est pas seulement un antalgique. Elle peut être indiquée pour réduire le stress chez une patiente à

risque. Sa pose est un acte sûr, avec des effets secondaires assez fréquents mais bien contrôlés. Certaines sages-femmes ont souhaité mentionner en fin de conférence, que la péridurale, en diminuant le stress maternel, influe également sur la production d'hormones, et que cet effet secondaire peut avoir un impact non négligeable, d'où la nécessité de rester critiques et informées.

### Differentes possibilités en anesthésie obstétricale

La présentation suivante d'Andrea Melber, visait quant à elle à présenter les risques des méthodes analgésiques médicales.

#### Gaz hilarant

Le protoxyde d'azote est un gaz à effet de serre, qui a 300 fois plus d'effet que le CO<sub>2</sub>. Les applications médicales représentent une partie relativement faible des dommages environnementaux causés par l'effet de serre, mais très peu de données sont disponibles. C'est un gaz inerte, utilisé depuis 1961 sous le nom d'Entonox, un mélange équimolaire de 50 % d'O<sub>2</sub> et de 50 % de gaz hilarant. Son effet est facilement contrôlable et diminue rapidement avec l'expiration. Il est soumis à la législation sur la santé et la sécurité au travail, car il inhibe la synthèse de vitamine B12. Une étude sur l'exposition du personnel infirmier est disponible. Elle pointe vers un nouveau masque plus dense qui réduit l'exposition aux valeurs autorisées en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Les dépassements des valeurs limites sont rarement mesurés dans les salles d'accouchement.

#### Les opiacés à action longue

La péthidine peut engendrer des crampes. Sa demi-vie chez la mère est de deux à quatre heures, et chez l'enfant de 18 à 23 heures. Son action peut affecter la succion et la respiration. Pour le Tramadol, la demi-vie chez la mère est de quatre à six heures, jusqu'à 85 heures pour le bébé. Concernant l'utilisation du Meptazinol, la demi-vie est de trois à quatre heures chez la mère et inconnue chez l'enfant.

#### Le remifentanyl

Cet opiacé à courte action est utilisé depuis 1996 en anesthésie, et a été employé pour la première fois en Irlande du Nord en 2005 comme analgésique de routine pour l'accouchement. Il est 200 fois plus puissant que la morphine. Sa métabolisation ne dépend pas d'organes (tels que le foie et les reins) mais d'enzymes, avec une demi-vie de trois à cinq minutes. Les effets secondaires sont connus comme avec les autres opioïdes aussi: dépression respiratoire, sédation, bradycardie, démangeaisons et forte rigidité musculaire. Les risques sont moindres en obstétrique au vu de la faible dose de Remifentanil utilisée.

La métabolisation est plus rapide chez l'enfant que chez les autres opioïdes, et ses effets à court terme entraînent la disparition très rapide des effets secondaires.

#### La péridurale et la rachianesthésie

Depuis 1985, cette méthode, neuraxiale invasive est devenue le *gold standard*. Dans 5 % des cas, la péridurale n'a pas de résultat concluant. Elle cause certains effets secondaires comme des hypotensions dans 5 % des cas,



Roland Zimmermann, gynécologue et directeur de la clinique d'obstétrique de l'Hôpital universitaire de Zurich, a mené la discussion qui a suivi le bloc de conférences consacrées aux douleurs de l'accouchement.

et une prolongation de la deuxième phase du travail (selon les études). Par inadvertance, la dure-mère peut se perforer ou il existe un risque de migration du cathéter dans l'espace rachidien. Cela peut causer un blocage fort ou élevé.

Si les anesthésiques passent dans le sang, il existe un risque important de neurotoxicité et de cardiotoxicité. Le syndrome de la brèche (PDPH ou *Postdural puncture headache*), qui survient dans environ 1 % des cas, cause d'importants maux de tête. L'incidence des lésions nerveuses graves est de 1/200 000, et la paraplégie est quant à elle une exception. 54 décès ont été rapportés entre 1979-2015, dont quatre décès liés à un hématome subdural. On observe également 14 % à 37 % d'hyperthermie sous péridurale mais le mécanisme, probablement d'origine non inflammatoire est mal connu. Il a pour conséquences un plus grand risque d'utilisation d'antibiotiques et une augmentation du risque de sepsis.

Enfin, Andrea Melber a souligné l'importance d'établir des normes pour les applications de toutes les méthodes médicales et de peser les risques. Elle a réitéré que l'objectif de l'anesthésie et de l'obstétrique devrait être de s'engager de manière interdisciplinaire dans l'utilisation sûre des méthodes disponibles.

#### Prématurité

Le dernier bloc de conférences du Congrès était consacré à la prématurité. Dr en médecine et responsable du service d'obstétrique et de diagnostic prénatal de l'Hôpital cantonal de Baden, Leonhard Schäffer a présenté les chiffres clés des naissances prématurées en Suisse. 6,1 % des naissances sont prématurées, chiffres dans la moyenne en comparaison avec les pays européens. 86 % des naissances prématurées ont lieu entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée, et la prématurité précoce reste stable. Ce chiffre est à mettre en lien avec l'augmentation de l'âge maternel, des naissances multiples liées à la procréation médicalement assistée (PMA). Les grossesses multiples sont aussi en augmentation continue, mais la PMA réalisée à l'étranger est un biais important à l'interprétation de ces chiffres.

A l'international, le Japon et la Scandinavie font partie des bons élèves, à l'instar de l'Espagne. On notera aussi qu'au niveau de la prévention, plus le taux de prématurité est faible, plus il est difficile d'obtenir une amélioration.

## 24 posters en compétition



Les lauréates et lauréat du concours de posters (de gauche à droite): Nina Kimmich, Jana Birri, Roland Zimmermann, Regula Aeberli, Susanne Grylka, Jessica Pehlke-Milde, Camille Bérard, Anaïs Bonny, Katharina Quack-Lötscher et Jacqueline Barin.

Cinq catégories de posters étaient proposées cette année au Congrès de périnatalité à Baden: 1. Travail de bachelor d'un-e étudiante | 2. Projet sage-femme | 3. Recherche sage-femme | 4. Projet interprofessionnel | 5. Soins obstétricaux, néonatalogie et anesthésie obstétricale. Un jury a désigné un poster lauréat par catégorie, chacun étant doté d'un prix de CHF 1000.–; la Swica a offert CHF 3000.– et l'Hôpital universitaire de Zurich CHF 2000.–. Pour les trois premières catégories, le jury était composé de Tamara Bonc, experte sage-femme MSc, clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Triemli, Zurich; Claudia Putscher-Ulrich, sage-femme MSc, ZHAW; Silvia Ammann-Fiechter, sage-femme MSc, Haute Ecole de Santé Vaud. Les posters des deux autres catégories ont été évalués par Karin Inderbitzin, sage-femme HES, Hôpital universitaire de Zurich; D' en médecine et privat docent Leonhard Schäffer, Hôpital cantonal de Baden; D' en médecine et conférencier clinique Philipp Meier, Hôpital cantonal d'Aarau.

Voici les posters primés de chaque catégorie:

1. «Le sentiment de cohérence et la physiologie de la naissance» de Camille Bérard et Anaïs Bonny (un article en français sera consacré à ce travail dans le N° 9 de «Sage-femme.ch»)
2. «Entretien téléphonique post-naissance avec la sage-femme – un projet sage-femme assorti d'une évaluation du département d'obstétrique de l'Hôpital universitaire de Zurich» de Regula Aeberli, Barbara Meier-Käppeli, Pearl Marca-Ghaemmaghami, Barbara Günthard, Roland Zimmermann, Jessica Pehlke-Milde et Susanne Grylka
3. «Réseautage dans le domaine du développement de la petite enfance: les expériences des sages-femmes indépendantes en Suisse» de Jessica Pehlke-Milde, Astrid Krahl, Rebekka Erdin, Susanne Grylka et Irina Radu
4. «Banques de lait maternel: défis et perspectives en Suisse» de Jacqueline Barin, Silvia Hongmann et Katharina Quack Lötscher
5. «Corrélations entre les diverses mesures d'observation obstétricales et les lésions maternelles dues à l'accouchement», étude de cohorte rétrospective de Jana Birri, Martina Kreft, Roland Zimmermann et Nina Kimmich

Miryam Azer

Les posters lauréats peuvent être téléchargés sous [www.sage-femme.ch](http://www.sage-femme.ch)

Dre Eva Cignacco, sage-femme et directrice de la section «Recherche et développement en obstétrique» du département Santé de la Haute école spécialisée de Berne, s'est ensuite penchée sur la question du vécu de la douleur chez les nouveau-nés (voir article pp. 52 à 54).

### Deuil périnatal

Anna Margareta Neff Seitz, sage-femme et directrice de kindsverlust.ch a présenté la dernière conférence de cette journée de Congrès. Elle dirige depuis 2014 ce centre spécialisé dans le soutien au deuil périnatal. Elle exerce aussi dans son propre cabinet de sage-femme et accompagne les parents lors de fausses couches, de décès périnatal et lors de grossesses ultérieures à ces drames. Au début de sa présentation, elle a évoqué les mythes qui entourent le deuil périnatal: «Le temps guérit les blessures...», «Plus l'enfant est âgé, plus le deuil est difficile...» ou encore «Plus l'attachement est grand, plus les adieux sont difficiles...». Mais la sage-femme explique que le deuil ce n'est pas oublier, c'est vivre avec, et c'est justement quand l'attachement n'a pu se faire que les adieux sont compliqués. Il est difficile de se détacher de ce que l'on ne connaît pas.

### La réalité en Suisse

Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique indiquent que 6153 enfants sont nés prématurés en Suisse en 2016, soit 7% des naissances. 142 enfants, soit 2,5%, sont décédés dans ce contexte de naissance prématurée et 37% d'entre eux sont nés entre 22 et 27 semaines d'aménorrhée. Ces chiffres restent constants sur les dix dernières années. Les soins néonataux prodigues sont de plus en plus performants, mais qu'en est-il de l'accompagnement?

Anna Margareta Neff Seitz rapporte que tout va trop vite pour les parents. Alors qu'ils sont en état de choc, le réseau intervient rapidement. Tout va très vite: les funérailles sont parfois discutées en anténatal, le séjour est court à la maternité ... Après les obsèques, un vide s'installe.

### Donner du temps

Mais comment faire pour survivre à un tel évènement? Elle suggère de laisser plus de temps aux parents pour permettre un premier attachement, et de laisser au couple le temps de trouver son propre cheminement. L'intervenante conseille de verbaliser notre impuissance face à la situation, par exemple: «On ne peut rien faire, on ne peut pas le/la sauver». Ce type de discours permet aux parents de trouver des ressources par eux-mêmes et de renforcer leur réseau. En parallèle, il est important que le couple se reconnaîse en tant que «papa» et «maman» et prenne certaines décisions en cette qualité. Le rôle des sages-femmes est fondamental dans cette étape d'identification et dans un contexte de deuil périnatal, il se conçoit comme un accompagnement de la transition. La naissance est liée à la mort, et la mort doit faire partie intégrante de nos formations de sages-femmes.