

**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle 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:** 81 (1983)

**Heft:** 4

**Artikel:** Les conservations de grossesse [suite et fin]

**Autor:** Grand, Hélène

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950247>

### **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:** 17.07.2025

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

# Les conservations de grossesse

par Hélène Grand, sage-femme, extrait d'un travail de diplôme

Suite et fin

## Aspect psychologique

### Le désir d'avoir un enfant

La grande majorité des femmes désire mettre au monde un enfant au moins une fois dans sa vie, que ce soit instinctif, ou réfléchi; elle considère la grossesse comme un accomplissement ou une expérience à vivre: tout n'est-il pas prévu dans le corps de la femme pour la grossesse et la maternité? L'être humain a besoin d'amour, d'en recevoir et surtout d'en donner. La mise au monde d'un enfant n'est-elle pas un acte d'amour? Ce petit être qu'on doit nourrir et protéger vivra à travers l'amour de sa mère et de son père, de même que l'amour du couple se trouvera consolidé par cette preuve vivante de son union (moitié l'un, moitié l'autre).

Le désir d'avoir un enfant se trouve généralement accru lorsque la femme a perdu involontairement une grossesse, désirée ou non. La femme veut se prouver et prouver à son entourage qu'elle est capable de procréer. Il ne faut pas négliger non plus le désir du «père en puissance» de voir sa femme lui donner la preuve de sa virilité et prolonger sa famille d'une génération. Je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet, car il pourrait faire l'objet de toute une étude. Je tenais simplement à ébaucher les motivations qui peuvent conduire à une «conservation de grossesse».

Qui prend la décision de conserver une grossesse? Prenons l'exemple d'une femme qui consulte, angoissée, son médecin pour une menace d'avortement spontané. L'œuf n'est pas mort, tous les espoirs sont permis. Son médecin lui demande: «Désirez-vous cet enfant? Voulez-vous conserver cette grossesse?» La femme, à moins qu'il ne s'agisse d'une grossesse indésirable, répondra: «— Mais oui, bien sûr!» car elle veut faire au mieux pour son enfant.

Dès ce moment-là, elle se soumettra aux instructions de son médecin et la question ne sera plus posée, quels que

soient les éléments nouveaux qui entrent en jeu. Parfois la question n'est même pas posée. L'on ordonne à la femme enceinte de se mettre au lit, de prendre tels et tels médicaments et de retéléphoner quinze jours plus tard pour savoir si le traitement a réussi.

Où est le véritable choix? Certaines femmes qui sont restées hospitalisées pendant de longs mois disent qu'elles ont plus subi ce traitement que choisi.

### Aspects psychologiques du traitement par le repos strict et par une hospitalisation prolongée

*La dépendance* sous toutes ses formes est un des principaux problèmes posés à la femme enceinte hospitalisée et «condamnée» au lit strict. Toutes les femmes passées par là le disent. La personne alitée est dépendante des autres pour tout:

- dépendante pour ses besoins élémentaires (alimentation, boisson, élimination, toilette, etc.);
- psychologiquement dépendante de l'équipe soignante. Si la patiente n'est pas aimable et souriante en tout temps, quels que soient ses états d'âme, elle est mal tolérée. Si elle verse une larme et qu'on la voit, cela fait tout un drame, si bien qu'elle se compose une carapace et emmagasine toutes ses émotions;
- dépendante de son mari, de ses amis pour les visites, pour les distractions (journaux, lecture, etc.), pour ses envies alimentaires (le régime hospitalier n'est pas toujours agréable pendant une longue période);
- dépendante du système hospitalier pour ses moments de sommeil, de repas, de visites et il faut le dire, jamais seule avec elle-même ou avec son mari (à moins d'être en service privé);
- dépendante des décisions du corps médical et considérée comme une malade à qui il ne faut pas tout dire de peur de la traumatiser alors qu'elle est une mère soucieuse de son enfant en devenir, et ne demande qu'une chose, voir la réalité en face;

- dépendante par le simple fait d'être couchée alors que les autres sont debout, elle se sent en état de perpétuelle infériorité.

Et après toute cette période d'entière dépendance, il faudra que d'un seul coup, elle redevienne elle-même et se charge d'un petit être tout neuf.

*La séparation des conjoints* pendant une longue période est le deuxième point important d'une hospitalisation. En effet, le mari continue une vie active et sociale. Il emmagasine un vécu, est invité par des amis, sort seul, va au cinéma, retrouve un peu sa vie de garçon, alors que sa femme vit en vase clos.

Je ne ferai qu'évoquer les problèmes que peut poser une continence sexuelle pendant de longs mois pour mettre le doigt sur le problème essentiel de cette séparation. Le chemin fait à deux jusque-là se sépare brusquement. Chacun vit de son côté et accumule des expériences fort différentes. En temps normal, le «point» est fait journalièrement, dans l'intimité, alors qu'à l'hôpital, on se voit à heure fixe, entre deux portes et jamais seul à seul.

C'est principalement lors du retour à domicile avec l'enfant, que l'on s'aperçoit de l'ampleur du désastre. Le couple doit se réajuster, retrouver un nouvel équilibre et simultanément assimiler ce petit être vivant, fort désiré, mais dont la venue n'a pas pu être préparée dans la même climat que si le couple était resté uni (nous imaginons mal, par exemple, un mari coller son oreille sur le ventre de sa femme, dans une chambre commune, à l'heure des visites, pour écouter battre le cœur de son enfant!).

Mais la crise se manifeste rarement pendant l'hospitalisation, c'est plus tard, à la maison, que la situation devient difficile. Certaines femmes interrogées au bout d'une année disent qu'enfin elles commencent à apercevoir le bout du tunnel.

Le problème de la séparation est encore plus aigu, lorsqu'il y a d'autres enfants à la maison. En effet, ceux-ci supportent très difficilement un éloi-

gnement prolongé de leur mère (et ceci d'autant plus que c'est pour un nouveau bébé!) et présentent parfois au bout d'un certain temps des troubles du comportement. D'ailleurs la question peut se poser: est-il juste de sacrifier l'éducation d'un premier enfant pour en avoir un autre? La situation n'est évidemment pas toujours aussi simple et la mère avant sa grossesse ne peut pas forcément prévoir qu'elle fera une menace de fausse couche, de partus immaturus ou praematurus.

*Les angoisses de la femme enceinte*  
Chacun sait que la femme enceinte est la proie d'inquiétudes par rapport à l'enfant qui va naître. (Sera-t-il en bonne santé, ne sera-t-il pas malformé, etc.) et par rapport à sa future responsabilité de mère.

Les angoisses de la femme alitée sont les mêmes, mais peuvent être intensifiées par le fait qu'elle a plus de temps pour «penser» et que sa grossesse a déjà subi un «accroc».

## Aspect pratique

Rester longtemps au lit sans en bouger n'est pas sans poser de problèmes pratiques. Faut-il opter pour l'hospitalisation qui, nous l'avons vu, offre quelques désavantages, ou poursuivre le traitement à domicile.

Les avantages pratiques de l'hospitalisation sont assez clairs, particulièrement dans le cas d'une primipare.

La patiente peut rester strictement au lit, sans soucis pour ses repas, sa toilette, ses besoins naturels. L'hôpital est organisé pour la soigner. Elle pourra recevoir tous les soins et traitements nécessaires, bénéficier d'une surveillance attentive et journalière. Elle n'aura ni sous les yeux le travail ménager, qui l'attend, ni la tentation de «vite faire quelque chose». Le médecin pourra la suivre de près, elle n'aura pas à se déplacer pour le consulter. Les perfusions et les injections lui seront administrées sans problèmes, bref, elle sera en sécurité.

Cependant chaque médaille a son revers et si nous avons étudié brièvement quelques aspects psychologiques d'une hospitalisation prolongée, nous n'avons pas parlé des détails bassement terre à terre qui rendent la vie à l'hôpital difficile pour une femme enceinte.

Voici quelques exemples:

- Le réveil à 05 h. 30 pour mettre le thermomètre et faire sa toilette, alors qu'elle dormait si bien et que la journée d'inactivité est déjà bien longue!
- Les repas à heures fixes avec le souper à 17 h. et le petit déjeuner à 08 h., c'est long! La cuisine collective devient intolérable au bout d'un certain temps, de même que l'impossibilité de choisir véritablement ce qu'elle va manger.
- Les visites, qu'elle attend impatientement, mais qui arrivent juste au moment où elle aimerait faire une petite sieste.
- L'impossibilité d'avoir une quelconque intimité avec son entourage, car si par hasard elle est seule dans sa chambre, «n'importe qui» peut entrer à n'importe quel moment comme dans un lieu public.
- La difficulté de trouver des distractions compatibles avec son repos, si personne ne lui en apporte (toujours demander est vraiment pénible).
- L'exiguïté de la table de nuit, qui doit contenir tout ce dont elle pourrait avoir besoin (trousse de toilette – vase de nuit – douceurs – serviette de table – lecture – ouvrage – boisson – verre – linge de rechange, etc.).

A ces quelques maux, je proposerai quelques remèdes tout simples, que la sage-femme pourra utiliser facilement:

- La veilleuse distribue les thermomètres à 06 h. 45, l'équipe de jour les reprend en arrivant. La toilette est faite dans la matinée.
- La possibilité matérielle est offerte à ces dames d'organiser un petit souper avec leur mari en tête à tête en pouvant chauffer ou réchauffer le repas (par exemple pizza, lasagne, fondue, etc.).
- Le mari peut venir voir sa femme quand il le désire, simplement il sort de la chambre s'il y a des soins à donner à une autre patiente. Les enfants sont admis auprès de leur mère.
- Une salle de «jour» spacieuse, avec une télévision, où l'on peut tirer les lits est aménagée dans le service.
- Le service de bibliothèque ambulante est développé (livres italiens et espagnols) et si possible on créera une cassetothèque pour permettre aux patientes d'écouter de la musique.
- Une ergothérapeute passe dans les chambres pour veiller à ce que personne ne se démoralise par désœuvrement.

- Mettre sur cassette tout le cours d'ASD et non seulement la relaxation.

Les avantages du traitement à domicile sont nombreux également, particulièrement pour une multipare.

Si la patiente peut organiser son séjour à domicile, la famille ne sera pas écartelée. Mais pour qu'elle puisse observer un repos sérieux, il faut qu'elle soit secondée par quelqu'un qui vient habiter là ou qui ne s'en va que lorsque le père de famille est présent (mère, jeune-fille au pair, aide-familiale, etc.). Elle doit pouvoir faire entière confiance à qui s'occupe de ses enfants, dans l'éventualité d'une hospitalisation d'urgence.

Pour rester à la maison, la patiente doit pouvoir se lever pour la toilette et les toilettes, afin de pouvoir être laissée seule.

Les désavantages:

- Problèmes de la surveillance gynécologique et obstétricale (peu de médecins se déplacent)
- Tentation très grande de «tricher»
- Soucis du ménage malgré tout: elle dirige depuis son lit
- Lourde charge pour l'entourage.

## La réadaptation

Plusieurs semaines, plusieurs mois (jusqu'à 7) d'alitement strict provoquent une fonte musculaire spectaculaire. Peu avant d'accoucher, la patiente peut généralement commencer à se lever progressivement. Elle devrait alors bénéficier des services compétents d'une physiothérapeute. Tous les muscles doivent être remodelés et renvoyer une jeune mère 6 jours après l'accouchement alors qu'elle a passé 7 mois au lit paraît inhumain (pourtant cela se fait!). Certaine jeune femme, une année après l'accouchement, me dit n'avoir pas recouvré encore toute sa musculature.

Toutes les personnes qui ont été longtemps alitées se plaignent d'une douleur au tendon d'Achille, persistant pendant des mois après l'accouchement.

Je décris ces quelques faits pour qu'on essaye à l'avenir de prendre des mesures préventives à cela. Par exemple, éviter un alitement absolument strict dans la mesure du possible, en permettant à la patiente d'aller aux toilettes. Mettre au point des exercices de physiothérapie spécifiques à l'alitement et à la remusculation, que

l'on pourrait polycopier et remettre aux femmes hospitalisées. Prendre en charge plus intensivement les femmes, dès que l'on sait qu'elles vont se lever ou pouvoir partir et continuer la réadaptation à la maison, progressivement, en organisant si possible une aide à domicile (aide-familiale). Quant à l'adaptation au rôle de mère, il compense bien des choses, si tout s'est terminé comme on le souhaitait.

#### Bibliographie

##### Livres:

S.G. Babson + R.C. Benson  
«Pratique du haut-risque obstétrical et néo-natal»  
Masson éditeurs – 1974  
R. Merger + J. Levy + J. Melchior  
«Précis d'obstétrique»

Masson éditeurs – 1974 (4<sup>e</sup> édition)  
H. de Tourris + R. Henrion + M. Delecour  
«Abrégé de gynécologie et d'obstétrique»  
Masson éditeurs – 1976 (3<sup>e</sup> édition)  
XXX  
«La Sexualité» (Second volume)  
Editions Marabout Université – 1964

##### Revue:

F. Beguin  
«Dépistage et surveillance de la grossesse à haut risque»  
Revue médicale N° 4, avril 1976, pp. 309–322  
Ph. Blot  
«Traitement des menaces d'accouchement prématuré»  
Soins N° 20, décembre 1975, pp. 35–38  
Dr Boue par Jean Savy, interview  
«Les avortements d'origine chromosomique»  
La Santé de l'homme No 193, sept.-oct. 1974, pp. 21–23  
G. Brunel  
«Faut-il toujours traiter les menaces d'avortement?»

Les dossiers de l'obstétrique No 19, janvier 1976, pp. 8–14  
Mme Conrad-Bruat + Dr Andriamosy  
«Examens médicaux prénataux et conseil génétique»  
La santé de l'homme No 193, sept.-oct. 1974, pp. 10–13  
H. Jahier + J. Jahier + J.-F. Veyre  
«Notions actuelles de grossesse à haut risque»  
Cahiers intégrés de la médecine No 160 – 1976, pp. 68–72  
Jacqueline Pernod  
«Les stérilités d'origine génétique»  
La Santé de l'homme No 193 sept.-oct. 1974, pp. 19–20  
E. Philippe + P. Dellenbach + J.-M. Hartmann  
«Pathologie de la nidation»  
Cahiers intégrés de la médecine No 149 – 1975, pp. 25–29  
H. Tuchmann-Duplessis  
«Origine des malformations congénitales»  
La Santé de l'homme No 193 sept.-oct. 1974, pp. 14–18

## Perfectionnement au 90<sup>e</sup> congrès des sages-femmes suisses

# Sécurité physique et sécurité psychologique de l'enfant et de sa famille

Conférence et conduite de la discussion: Dr. E. Galacteros, obstétricien, Lyon

### 1<sup>re</sup> partie

Mercredi après-midi, 25 mai, 14 h

**Sécurité physique et sécurité psychologique de l'enfant et de sa famille. Exposé par le Dr. E. Galacteros, suivi de discussion.**

Le sujet est d'actualité pour toutes les sages-femmes, qu'elles travaillent en milieu hospitalier ou comme sages-femmes indépendantes. Les progrès constants en obstétrique ont contribué à une meilleure sécurité physique de la mère et de son enfant. Dr. E. Galacteros, obstétricien et psychologue averti, démontrera au cours d'un exposé, combien les aspects psychologiques sont importants pour la sécurité physique et la sécurité psychologique. «L'alliance entre l'aide technologique et l'accompagnement psychologique favorise toutes les sécurités. Elle constitue notamment un puissant moyen de prévention des difficultés de comportement des enfants et des adultes.» (Galacteros, Emmanuel, Préparons-nous à te mettre au monde et à t'aimer, Paris, Ed. De Noël, 1983.)

N'est-ce pas là un objectif central du travail de la sage-femme?

### 2<sup>e</sup> partie

Jeudi matin, 26 mai, 9 h

**Sécurité physique et sécurité psychologique de l'enfant et de sa famille. La parole est aux sages-femmes.**

Discussion animée par le Dr. E. Galacteros.

Les participantes auront l'occasion de partager leurs expériences personnelles avec les collègues et le Dr. Galacteros. Il animera une discussion plénière et l'enrichira de sa large expérience.

Inscription dans le carnet d'attestation.

Entrée libre pour les membres. Pour non-membres Fr. 30.–.

**La traduction simultanée sera assurée.**

Association suisse des sages-femmes  
Commission de perfectionnement