

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: 83 (1985)

Heft: 4

Artikel: Les soins prénatals donnés par la sage-femme en clientèle

Autor: Lugtenberg, F.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950385>

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>

dans l'utérus au moyen de méthodes cliniques et techniques appropriées.

6. Conduire des accouchements spontanés, y compris l'épisiotomie en cas de nécessité et, en cas d'urgence, un accouchement par le siège.
7. Reconnaître les signes avertisseurs de l'anomalie chez la mère ou chez l'enfant qui nécessitent la présence d'un médecin; aider le médecin en cas de nécessité; et prendre des mesures d'urgence nécessaires en l'absence du médecin, en particulier l'extraction manuelle du placenta, pouvant être suivie par la révision utérine.
8. Examiner et soigner le nouveau-né; prendre toutes les initiatives nécessaires et réaliser la réanimation immédiate en cas de nécessité.
9. Soigner la mère et contrôler son progrès pendant la période postnatale, et donner tous les conseils nécessaires à la mère au sujet des soins pour l'enfant de manière qu'elle puisse assurer le meilleur état possible du nouveau-né.
10. Exécuter les soins prescrits par un médecin.
11. Tenir toutes les archives nécessaires.

Ceci est l'affirmation internationale la plus compréhensive des limites appropriées dans la pratique des sages-femmes que l'on a présenté sous forme législative.

L'Amérique du Nord

Aux Etats-Unis et au Canada les législations des états, un à un, révisent leurs lois d'octroi d'autorisation concernant les infirmières/sages-femmes. C'est un signe inévitable du progrès, le seul fait que, après plusieurs décennies pendant lesquelles une présence médicale était exigée presque partout, les états les plus progressifs font face à la perspective de la reconnaissance légale de l'octroi d'autorisation limitée.

L'Amérique latine

En l'Amérique du Sud on voit la confrontation entre l'optique européenne de la sage-femme comme une personne qui exerce sa profession de façon limitée et de son propre chef (par exemple au Chili) et celle du système des Etats-Unis. C'est une ironie que les pays qui ont adopté le système le plus rapproché de celui des Etats-Unis et du Canada ont éliminé l'octroiement légal d'autorisation des sages-femmes au moment où ces pays-ci le réintroduisent.

L'Afrique

En Afrique les divisions principales correspondent, peut-être dans une forme plus exagérée, aux systèmes légaux des anciennes administrations coloniales. Les pays africains francophones ont adopté le système qui reconnaît la sage-femme légalement comme une praticienne de son propre chef avec un grand domaine de pratique. Cependant, les pays africains anglophone ont adopté le système britannique, selon lequel la sage-femme est un type spécialisé d'infirmière dont le statut légal et l'octroi d'autorisation dépendent dans une mesure beaucoup plus grande des actions prises sur la base de l'autorisation des installations ou du contrôleur médical. Il faut espérer que l'application générale des Directives de la CEE en Europe contribuera à la résolution de quelques-uns des conflits législatifs dans des pays africains.

Autres pays

Partout en Asie il reste des enclaves où le service de maternité et sa base légale sont dérivés des influences occidentales.

Comme les pays africains anglophones, l'Inde a une série de lois dérivées du système britannique selon lesquelles la sage-femme est un type spécial d'infirmière.

Egalement en Nouvelle-Zélande et aux états du Commonwealth d'Australie on considère que l'obstétrique est une branche de la profession d'infirmière, et il n'y a pas de domaine net de pratique.

Conclusion

La mise en œuvre des Directives de la CEE sur l'obstétrique, avec la reconnaissance légale de la sage-femme comme une praticienne assez distincte de la profession d'infirmière doit donner l'occasion à tous les membres de la Confédération Internationale des Sages-femmes d'appeler l'attention sur la nécessité de la reconnaissance légale.

La dernière analyse de l'Organisation Mondiale de la Santé au sujet de la législation sur l'obstétrique a été publiée en 1956. Les informations pour une nouvelle analyse existent déjà dans le «Digeste International de Législation Sanitaire», et à mon avis, toute pression que pourrait exercer la CISF sur l'OMS pour obtenir une telle publications serait très utile.

Les soins prénatals donnés par la sage-femme en clientèle

par F. Lugtenberg, Sage-femme, Zwolle, Pays-Bas

Selon des chiffres du Bureau Central des Statistiques, un tiers de toutes les mères aux Pays-Bas sont accouchées par des sages-femmes travaillant isolément. Ces sages-femmes assument la pleine responsabilité des soins médicaux donnés pendant la grossesse, le travail et la puerpéralité, et de l'examen six semaines après l'accouchement, lorsque la femme et son enfant cessent de recevoir les soins de celles-là. Il s'agit d'une période d'environ neuf mois, étant donné que la première visite au dispensaire a lieu normalement pendant la huitième semaine de la gestation. Il y a une sélection pendant la grossesse, et les cas à haut risque sont envoyés à un accoucheur. Le taux de référence pour une sage-femme pendant la gestation se trouve entre 17 et 20%, d'où il paraît qu'au commencement de la gestation la moitié de tous les soins prénatals sont dans les mains des sages-femmes travaillant seules.

Les soins prénatals peuvent être divisés en trois catégories: les soins préventifs, les soins curatifs, et les conseils. La plupart des activités routinières peuvent être considérées sous le titre de «soins préventifs». Bien que tout le monde sache ce que ces soins comprennent, je vais les énumérer brièvement, parce que hors des Pays-Bas il est peu usuel que des sages-femmes en prennent la pleine responsabilité.

Pendant la première visite au dispensaire on note tous les antécédents de la cliente, tant médicaux qu'obstétricaux. En cas de nécessité, on peut obtenir des données supplémentaires du médecin de famille ou d'un spécialiste. Au cours de cette première visite et à toutes les visites suivantes on cherche la protéine et les sucres réduisant dans les urines. Enfin, on peut faire des épreuves sanguines avec la collaboration du médecin de famille, pour éliminer la possibilité

d'un vrai diabète, si le résultat a été positif. On note le poids, dans le but d'éviter un gain de plus de dix kilogrammes dans la période totale de la grossesse. On prend et on note la pression artérielle. Au cas où la pression artérielle augmente, on donne des conseils sur le régime et le repos. On cherche l'œdème aux extrémités. Ensuite on examine l'abdomen. On mesure la hauteur du fond utérin de la manière classique aussi bien qu'en centimètres, ce qui donne une bonne indication de la croissance fœtale. Plus tard dans la gestation, on fait une évaluation de la position du fœtus et du degré d'engagement de la tête. S'il surgit des doutes sur le taux de croissance, si des jumeaux se développent, si on ne peut pas évaluer la position, ou s'il n'y a pas d'engagement de la tête, on peut réaliser une exploration ultrasonique. Dans certains lieux on peut faire cela sans consulter un accoucheur.

Finalement, on détermine le taux de pulsation du cœur. Cela se fait normalement au moyen d'un stéthoscope fœtal, mais fréquemment on utilise aussi un appareil sonique. Si la gestation continue au-delà des 42 semaines, on peut effectuer une amnioscopie avec la coopération d'un accoucheur, et si tout va bien la cliente est renvoyée à la sage-femme.

Peu après le commencement de la gestation, la sage-femme prend un échantillon de sang et l'envoie à un laboratoire régional pour la détermination du groupe sanguin et du type rhésus, pour la détection de maladie vénérienne, et on l'espère, pour la détermination du titre de la rubéole dans un proche avenir. Au cas où la femme a un sang rhésus négatif, on envoie un échantillon après 32 semaines de gestation pour chercher la formation d'anticorps. A plusieurs reprises pendant la gestation, on fait un prélèvement de sang pour déterminer l'hémoglobine au dispensaire. Au cas où celle-ci est au-dessous de huit millimoles par litre, on envoie la cliente au médecin de famille pour recevoir un traitement, si on le considère nécessaire. Officiellement, nous n'avons pas le droit de prescrire du fer. Si, en tout moment, il surgit une pathologie qui peut ou ne peut pas être causée par la gestation, et qui n'a pas d'effet direct sur la gestation, par exemple la grippe, la dyspepsie aiguë, la cystite, etc., on envoie la cliente au médecin de famille pour obtenir un traitement. Une augmentation excessive de poids, la formation d'œdème, ou une petite élévation de la pression sanguine, sont des conditions traitées par la sage-femme elle-même, et ici on voit la partie curative de son travail. On prescrira un

régime avec peu de sel, et, en cas de nécessité, du repos au lit. On détermine la pression sanguine quotidiennement, et on veille à la croissance fœtale. Au cas où la pression diastolique augmente de plus de 20 points ou atteint plus de 90 et dépit du régime et du repos, ou si la croissance du fœtus est altérée, on enverra la cliente à l'accoucheur. Ceci arrive aussi en cas de jumeaux, d'un fœtus trop petit en fonction de la date, ou d'une pathologie affectant la gestation, par exemple le placenta praevia... pour mentionner seulement quelques-unes des possibilités. Nous préférons nous adresser directement à l'accoucheur, mais nous avisons le plus tôt possible le médecin de famille des circonstances, pour qu'il sache ce qui arrive à une de ses clientes. Au cas où une cliente est envoyée à l'accoucheur peu après le commencement de la gestation à cause d'une condition telle que les vomissements graves de la grossesse, où le traitement est réalisé avec succès, et où il n'y a pas d'autre raison pour maintenir la cliente sous les soins d'un spécialiste, elle est souvent renvoyée à la sage-femme.

Une autre tâche curative de la sage-femme est celle de la version externe dans le cas de la présentation du siège. Nous employons une grande partie de notre temps sur le troisième aspect de nos soins de gestation, à savoir les conseils. Il y a 15 ans ceux-ci n'existaient guère, mais aujourd'hui, étant donné les possibilités de planning familial, les meilleures connaissances du grand public quant à l'examen du liquide amniotique dans le but de détecter le syndrome de Down et d'autres maladies héréditaires, et les possibilités d'interrompre la gestation, nous passons beaucoup de notre temps à discuter. Aujourd'hui il faut deux fois plus que les deux ou trois heures nécessaires antérieurement pour les consultations au dispensaire, avec moins de clientes. Un autre facteur consiste en la travailleuse étrangère avec des différences culturelles et des difficultés de langue. La tâche de rassurer ces gens et de les aider à comprendre ce qu'il faut, nécessite beaucoup de temps. Dans le passé on ne considérait pas correcte la présence d'un jeune futur père au dispensaire avec sa femme, alors qu'aujourd'hui ils réclament avec raison qu'on les laisse entrer en ligne de compte. Assez souvent, toute la famille vient au dispensaire, et même les enfants posent des questions au sujet du nouveau-né, auxquelles il faut répondre correctement. Du fait que nous travaillons dans les maisons du peuple, nous n'oublions jamais que nous traitons non seulement un abdomen gravide mais aussi une femme complète, qui est le pi-

vot de sa famille. Il y a toujours une occasion de poser des questions, et si insinifiantes qu'elles nous paraissent, nous répondons pleinement sans exception, de sorte qu'une personne qui n'est pas du métier peut comprendre. Ceci élimine beaucoup d'inquiétude et le développement résultant des symptômes de tension. Si des problèmes surgissent que l'on ne peut pas résoudre pendant les heures de dispensaire, on fait une visite à la maison. La gamme des problèmes peut aller du meilleur placement d'un lit dans une chambre assez petite, à des difficultés avec des enfants plus âgés et la manière la plus appropriée de les préparer en vue de l'événement qui vient.

Egalement, on donne des conseils sur l'habitude de fumer, ou plutôt sur la manière de l'abandonner, ou au moins de la diminuer. On explique d'une manière facilement compréhensible l'effet de cette habitude sur le fœtus. La décision de suivre ou de ne pas suivre les conseils est laissée totalement à la cliente.

Dans la majorité des districts on offre des cours de préparation à l'accouchement, et nous encourageons les femmes à y assister. On peut projeter un film montrant des accouchements à domicile, dans une clinique d'accouchement, et avec le yoga; le mari comme la femme peut assister, et c'est une occasion de poser des questions. Usuellement, il y a un bon nombre de personnes présentes. En général ces cours sont organisés par les associations de la Croix verte, mais dans des régions rurales la sage-femme locale peut faire les cours elle-même.

Pendant les sept mois et demi où la cliente va au dispensaire, des relations de confiance s'établissent entre elle et la sage-femme. En moyenne elles se sont rencontrées entre 12 et 15 fois, et elles ont eu des occasions suffisantes de discuter, parmi beaucoup d'autres sujets, le lieu de l'accouchement. Tout cas de risque identifiable a été envoyé à l'accoucheur pour l'accouchement à l'hôpital. Tous les autres cas, c'est-à-dire un tiers du total aux Pays-Bas, peuvent accoucher à domicile ou, si les femmes le veulent, pendant un court séjour dans un hôpital ou une clinique sous les soins de leur propre sage-femme. Malheureusement, cette option n'est encore pas possible dans toutes les parties du pays, et jusqu'à présent la cliente a dû contribuer financièrement à ce service. Toutefois, on fait des efforts dans le but d'ouvrir tous les hôpitaux à la sage-femme, sans que la cliente doive payer spécialement. Je suis heureuse de dire que la plupart de mes clientes accouchent encore à la maison. Ceci est pos-

sible grâce à un groupe de jeunes femmes bien instruites qui nous aident pendant la naissance, et qui soignent la mère, le bébé et les autres membres de la famille au cours d'une période de dix jours au maximum après la naissance.

Nous sommes orgueilleuses de ce service, qui n'existe que dans notre pays. Pendant la dernière décennie, le pourcentage des cas obstétricaux que nous, les sages-femmes, avons soignés, est resté stable au niveau d'environ 38 %,

bien que les nombres absolus aient diminué. Etant donné les développements dans ce domaine partout dans le monde, je voudrais interpréter ce fait comme un témoin de la reconnaissance de notre manière de travailler.

Conseils pour des femmes enceintes qui veulent accoucher à domicile ou un retour précoce à la maison

par R. Kölle, Présidente, Fédération des Sages-femmes allemandes

Tant des primipares que des multipares expriment de plus en plus le désir de donner naissance à domicile. Qui sont ces femmes, et quels sont leurs motifs ?

a) Il s'agit de femmes de toutes les classes sociales, souvent des membres d'un groupe de femmes, stimulés par celles-ci ou par des magazines et les mass média. Des raisons religieuses peuvent jouer un rôle (par exemple, l'Anthroposophie, la Science Chrétienne, les Témoins de Jéhovah).

b) La femme désire éprouver l'accouchement naturel au sein de sa famille, dans une ambiance connue, et avec un minimum de médication. Souvent il y a une réjection de l'atmosphère technique de l'hôpital et de tout l'appareil de la salle de travail.

c) La femme a eu une mauvaise expérience pendant son premier accouchement dans un hôpital, et ne veut pas être soumise de nouveau à l'atmosphère mouvementée et souvent impersonnelle des salles de travail. Peut-être la sage-femme et le médecin ont été irritables ou peu amicaux, ou la femme s'est trouvée en présence de trop de personnel à cause des changements d'équipe. Elle peut avoir horreur des examens nombreux et des quatre ou cinq lits dans la salle de maternité.

d) La femme peut craindre l'infection (l'hospitalisme) et désirer être en contact étroit et immédiat avec le nouveau-né.

e) Les multipares ne veulent pas se séparer de leurs autres enfants et de leur famille.

f) Le père et la famille veulent partager l'expérience de la naissance.

Dans la plupart des cas, la femme enceinte se trouve sous surveillance médicale. Il faut donner du temps à des femmes enceintes, et diriger une discussion détaillée avec elles et leurs maris. Dans aucun cas il ne faut refuser immédiatement l'accouchement à domicile.

Il faut remplir les conditions suivantes :

1. Le diagnostic et des examens attentifs pendant la gestation de la part du médecin et de la sage-femme, particulièrement au cours des six dernières semaines, pour être sûr que tout est normal et reste normal. Il faut prendre des notes précises.
2. L'assistance des futurs parents à un cours sur la préparation psychoprophylactique à l'accouchement.
3. La sage-femme doit visiter la femme enceinte à la maison une fois ou deux pour décider si les dispositions sont suffisantes, par exemple, il doit y avoir un lit pour l'accouchement. Egalement, la sage-femme peut recueillir des renseignements sur les conditions sociales et hygiéniques. Il faut qu'il y ait de l'aide à la disposition de la mère à tout moment pendant les premières étapes de la période postnatale (la mère, le mari, des parents, ou l'infirmière).
4. La sage-femme doit trouver un médecin qui, avec elle, assumera la responsabilité de l'accouchement, ou qui pourra l'aider en cas d'urgence. Ce médecin doit être celui qui soigne la cliente pendant la gestation.
5. Il faut qu'une sage-femme soit libre pour soigner la cliente pendant le travail, l'accouchement, et au moins jusqu'au dixième jour après la naissance. Il doit y avoir une équipe de sages-femmes pour éviter les problèmes de maladie ou de vacances qui peuvent surgir. C'est extrêmement

important que la femme enceinte ne se confie totalement pas à une seule personne.

6. En dépit de toutes les précautions, des événements imprévus peuvent surgir. Il faut donc qu'il y ait un hôpital dans une distance raisonnable, et on doit aviser le médecin de couches. On doit savoir le numéro de téléphone de la Croix-Rouge, et, de plus, il faut un moyen de transport facilement accessible.
7. Il faut expliquer aux futurs parents tous les risques qui pourraient surgir dans le cas d'un accouchement à domicile. On doit discuter les aspects positifs et négatifs d'un tel accouchement.

Aspects positifs

L'ambiance connue donne lieu à un meilleur relâchement de la femme pendant le travail; il n'y a pas la crainte des hôpitaux et donc pas de «trauma de naissance»; la relation entre les parents et le nouveau-né est meilleure, favorisant un bon début de l'allaitement.

Aspects négatifs

Il est plus difficile de maîtriser des situations d'urgence; on ne peut pas surveiller aussi bien la naissance, et ainsi le danger pour l'enfant est augmenté; il n'y a pas d'aide à la maison, à cause de la famille qui est réduite de nos jours.

Il est donc surtout nécessaire d'avoir beaucoup de temps pour la femme enceinte, et de discuter tous les aspects avec elle et son mari. De toutes manières, il ne faut pas refuser immédiatement l'accouchement à la maison, comme le font certains médecins.