

# Le nouveau-né sain

Autor(en): **Thirlon, Marie / Vallat, Denise**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **90 (1992)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951418>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Le nouveau-né sain

En février 92, le Dr. Marie Thirion, pédiatre à Grenoble et auteur de plusieurs ouvrages a donné un exposé sur les compétences du nouveau-né. Le but de cet exposé, Marie Thirion l'a défini elle-même:

«que parents et soignants puissent accueillir, accompagner le nouveau-né en fonction de ses propres capacités et pour cela, je vais vous raconter comment fonctionne un bébé», premier élément à connaître pour que chaque acteur puisse être adéquat (bébé, parents, soignants).

### Aptitudes d'un nouveau-né

Les compétences d'un enfant à la naissance se situent au moins sur trois plans:

- I) ses compétences sensorielles
- II) son adaptation extra-utérine
- III) sa capacité d'être en relation; de s'alimenter.

I) Plus un organe est indispensable à la survie et plus il se développe tôt dans la vie intra-utérine. Ainsi la structure anatomique qui se mature le plus vite chez le fœtus est la peau; déjà à la fin du deuxième mois, les récepteurs cutanés sont en fonction.

Les deux sensorialités suivantes sont groupées en une: le goût et l'odorat; dès le troisième mois, le fœtus déguste le liquide amniotique.

La troisième est l'audition; c'est aux alentours du sixième mois que l'appareil auditif est prêt à fonctionner.

La dernière est la vision, qui s'organise progressivement au-delà de la naissance.

Personne ne peut actuellement expliquer pourquoi le fœtus ouvre ses yeux dans le liquide amniotique, et ceci dès le quatrième mois in utero.

Jusqu'à l'âge gestationnel de 7 à 7 ½ mois, un bébé dort tout le temps. Les premières plages d'éveil durent de deux à trois minutes et n'apparaissent que vers le 7 ½ mois.

À la naissance toutes les possibilités sensorielles sont donc matures pour entrer en relation avec le monde extérieur.

Par contre, son cortex cérébral n'est pas encore structuré, d'où l'absurdité

de vouloir faire apprendre quelque chose à un fœtus, ce que tentent d'entreprendre les universités pré-natales!

### II)

#### A Régulation de la température

Après 48 heures de vie, un enfant né à terme et de poids normal, est capable de régler son thermostat central à 37°, ceci grâce à son tissu adipeux brun.

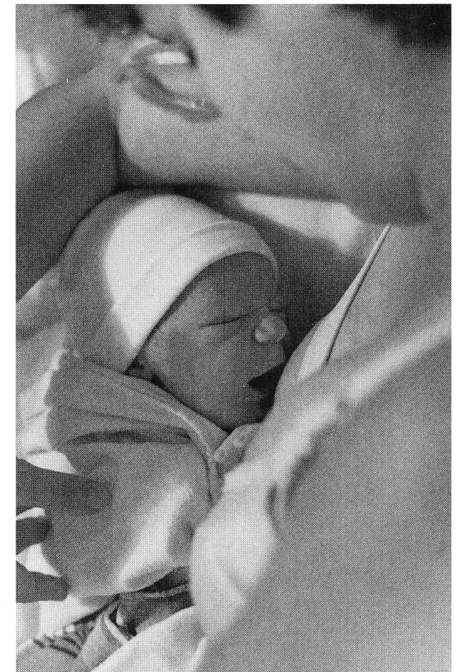
Chez un enfant né prématurément, ce tissu n'est pas suffisant, d'où la nécessité de contrôler sa température de près.

#### B Lutte contre les infections

– Le milieu utérin est stérile, donc le bébé foetal aussi.

– À la naissance, l'enfant est inondé de germes qui s'installent sur sa peau et ses muqueuses, ainsi que dans toutes les cavités organiques, en particulier l'intestin.

– Si ces germes sont ceux de sa mère, il possède par passage transplacentaire des anticorps de défense, donc les moyens de lutter.



### ● Fortsetzung von Seite 16

Arbeit mit sich brachte. Ferner wurden weitere Räumlichkeiten notwendig.

Im gleichen Haus der bisherigen Geschäftsstelle konnten wir eine zweite Eigentumswohnung kaufen.

Nach neunjähriger Tätigkeit in der Bundesgeschäftsstelle des BDH und Beendigung meines Arbeitslebens überhaupt, zieht man natürlich Bilanz. Wie Ihnen teilweise sicher bekannt ist, war ich in den Jahren 1984 bis 1990 als Repräsentantin für die deutschsprachigen Länder Europas beim ICM tätig. Mit Übernahme dieser für mich ehrenvollen Aufgabe bemühte ich mich um Kontakte zu unseren Schweizer und Österreichischen Kolleginnen. Es war, um ehrlich zu sein, ein schwieriges Unterfangen!

Aber da wir Hebammen bekannt dafür sind, «Durchstehvermögen» zu haben, ist es letztlich doch gelungen, das Ziel,

einen Internationalen deutschsprachigen Kongress gemeinsam mit den Hebammen aus der Schweiz und Österreich Wirklichkeit werden zu lassen.

Die gute Zusammenarbeit bei den Kongressvorbereitungen zeigte mir persönlich, dass unsere Probleme, Sorgen, Nöte, aber auch die Vorhaben für die Zukunft von uns Hebammen viele Gemeinsamkeiten haben.

In anderen Teilen Europas hat es bereits gemeinsame Kongresse gegeben, und so hoffe ich, dass dieser 1. Internationale deutschsprachige Hebammenkongress nicht als «einmalig» in die Geschichte des ICM eingeht!

Allen Kolleginnen wünsche ich für die Zukunft Erfüllung der Vorhaben, viel Kraft für die nicht immer leichte Hebammenarbeit und weitere gute Zusammenarbeit über die Grenzen hinweg.

Jutta Koberg □

### III) Allaitement

Dans la mise en route de l'allaitement, les deux acteurs principaux – la mère et l'enfant – ont chacun leur rôle incontournable à jouer avec leurs moyens respectifs, qui sont: A) le cerveau de la mère et B) la bouche de l'enfant.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, Marie Thirion insiste:

«Les seins ne contiennent jamais de lait. Les seins sont des pompes et non des réservoirs.»

### A) La fabrication du lait

A quatre mois de grossesse, la structure mammaire est prête.

Le processus de fabrication s'établit au niveau cérébral. Le déblocage du lait se fait sous l'ordre de l'hypothalamus qui vient libérer l'hypophyse. Sans cette sollicitation, l'hypophyse reste comme enfermée dans un filet et la fabrication du lait ne peut pas avoir lieu. C'est donc l'hypothalamus qui donne l'ordre, mais à condition qu'il ne soit pas perturbé par un trop-plein d'émotions, telles que la peur, la joie, la tristesse, la colère ou encore le dégoût.

### L'activation de «la pompe»:

Libérés par l'hypophyse, l'ocytocine et la prolactine arrivent simultanément dans le sang. Les récepteurs à la prolactine, qui se trouvent dans les cellules mammaires, sont activés; le noyau de la cellule mammaire commande alors le passage de produits dans le lait, selon une «recette» très précise:

- 87g% d'eau
  - des sels minéraux
  - 60 g/l de glucose
  - 30 g/l environ de lipides
  - 9 à 12 g/l de protéines
  - des lymphocytes et des anticorps.
- Le colostrum contient 90 g/l d'anticorps, soit dix fois plus que le lait proprement dit, ce qui équivaut à un «jus de gamma-globulines» mélangé à du sérum sanguin.

### B) Les mouvements de tétée

Pour que l'hypothalamus donne un ordre, il faut qu'il soit stimulé par un certain signal.

Ce signal n'est autre que la tétée du bébé; nous arrivons au deuxième protagoniste de l'allaitement: le bébé-téteur.

Les mouvements de la langue du bébé pendant la tétée sont très importants; Pour téter le sein, le bébé doit placer sa langue en gouttière sous l'aréole du sein, puis il fait des mouvements de va-et-vient:

à un rythme très rapide, il avance sa langue dans l'axe du sein et retire ensuite sa langue en mouvement ondulatoire.

C'est ce geste composite que l'hypothalamus reconnaît.

### Autre caractéristique du bébé pendant la tétée:

il déglutit quand sa langue part en avant. Cette attitude est un réflexe inscrit dans le programme du code génétique (question de survie).

### Un bébé qui doit boire au biberon développe un autre type de déglutition qui est celui de l'adulte.

La langue du bébé est coincée en arrière tandis que ses gencives pincement la partie évasée de la tétine. Au moment de la déglutition, sa langue ne peut être qu'en arrière et collée au palais. De retour au sein, il aura tendance à continuer à tirer comme au biberon. Résultat: Il ne va prendre que le filtrat aqueux qui sort le premier du mamelon et sa «suction» trop faible, sans mouvement ondulatoire, ne pourra pas provoquer de flux d'éjection. Le bébé ne tétera plus que 10-20 cc; Le complément au biberon sera donc perçu comme indispensable, et ainsi de suite...

Avant deux ou trois semaines, un bébé ne peut pas développer en même temps les deux sortes de déglutition. Pour éviter de déformer la capacité de téter au sein, il faut donner d'éventuels compléments à la tasse ou à la cuillère, mais **pas au biberon!!!**

### La position du bébé au sein

La position de la tête du bébé est également un élément important à observer pour assurer un allaitement efficace.

La tête doit être dans l'axe du corps et face au sein. Dans une bonne position, le nez est naturellement dégagé et la bouche doit être face aux canaux galactophores. Il suffit d'une mauvaise position pendant la tétée pour que surgissent des crevasses, la bouche du bébé étirant le mamelon dans une seule et même direction.

### Etudes sur le réflexe de succion des la naissance et sur le flux d'éjection du lait.

#### 1. Etude sur le comportement du bébé lors de la découverte du sein maternel

##### Etude faite en Suède, à Malmö

Deux groupes de bébés:

A) Le bébé est sur le ventre de sa mère qui le caresse durant les deux heures suivant la naissance. Personne ni rien

n'interfère dans la relation mère-enfant = «bébés contacts».

B) «On» met le bébé au sein pendant 20 minutes, puis on fait les soins (aspiration, bain, habillage...). Et enfin on repose l'enfant sur le ventre de sa mère = «bébés séparés».

## Quelques réflexions au sujet de l'allaitement maternel

L'allaitement, comme nous le savons, est le prolongement maternel de la grossesse. De ce fait, comment nous confrontons-nous à cet acte physiologique?

Quelle image recevons-nous lorsqu'une femme allaite dans notre pays? Deux seins et souvent un **biberon**.

Que projetons-nous sur les mères? Leur incapacité à nourrir entièrement leur enfant au sein dès le premier jour de vie, lorsque nous lui offrons quasi systématiquement un biberon d'eau, MDF ou mélange lait-eau à un bébé en bonne santé et à terme?

Sommes-nous aussi conscientes de l'image de ce biberon que nous véhiculons dans les pays en voie de développement: gros bébé joufflu? Ne contribuons-nous pas indirectement à culpabiliser les mères de ces pays-là et aussi à augmenter le taux de maladies diarrhéiques du nouveau-né et des suites dramatiques que l'on connaît?

Jusqu'à ce jour et jusqu'à ce que la race humaine disparaisse, un bébé, en bonne santé et à terme, a toutes les ressources pour se nourrir uniquement de lait maternel, si son environnement le permet.

Donnons-nous donc les moyens de redonner les compétences à la mère et à son enfant. Devenons des partenaires attentives, vigilantes et positives.

Ruth Brauen □

**Observations:**

A) Les «bébés contacts» ont un comportement type, un «timing» précis, à savoir:

- de 1 à 15 minutes: le bébé est **passif**
- dès 15 minutes: **une main remonte** près de ses lèvres pendant 3 minutes environ
- vers 20 minutes: **il cherche encore avec la bouche** et pose sa main en arrière
- vers 22 minutes: **période de fouissement**
- vers 30 minutes: **il se met en position** pour la tétée
- vers 32 minutes: **il sort sa langue**
- vers 35 minutes: **le bébé tête**, presque toujours sans aucune difficulté

B) Chez les «bébés séparés», cette chronologie est inexistante; le bébé est «perdu».

Une simple aspiration peut suffire pour entraver l'enfant dans son mouvement de langue et il peut avoir ultérieurement de la peine à tirer sa langue en avant. 30% des «bébés séparés» sont gênés dans leur découverte.

**Donc certains gestes apparemment anodins, voire de sécurité, peuvent perturber l'apprentissage de la tétée**

**2. Modèle de flux d'éjection: Images filmées à l'hôpital Kenyatta, au Kenya**

Ces séquences filmées nous ont permis de visualiser quelques notions développées plus haut.

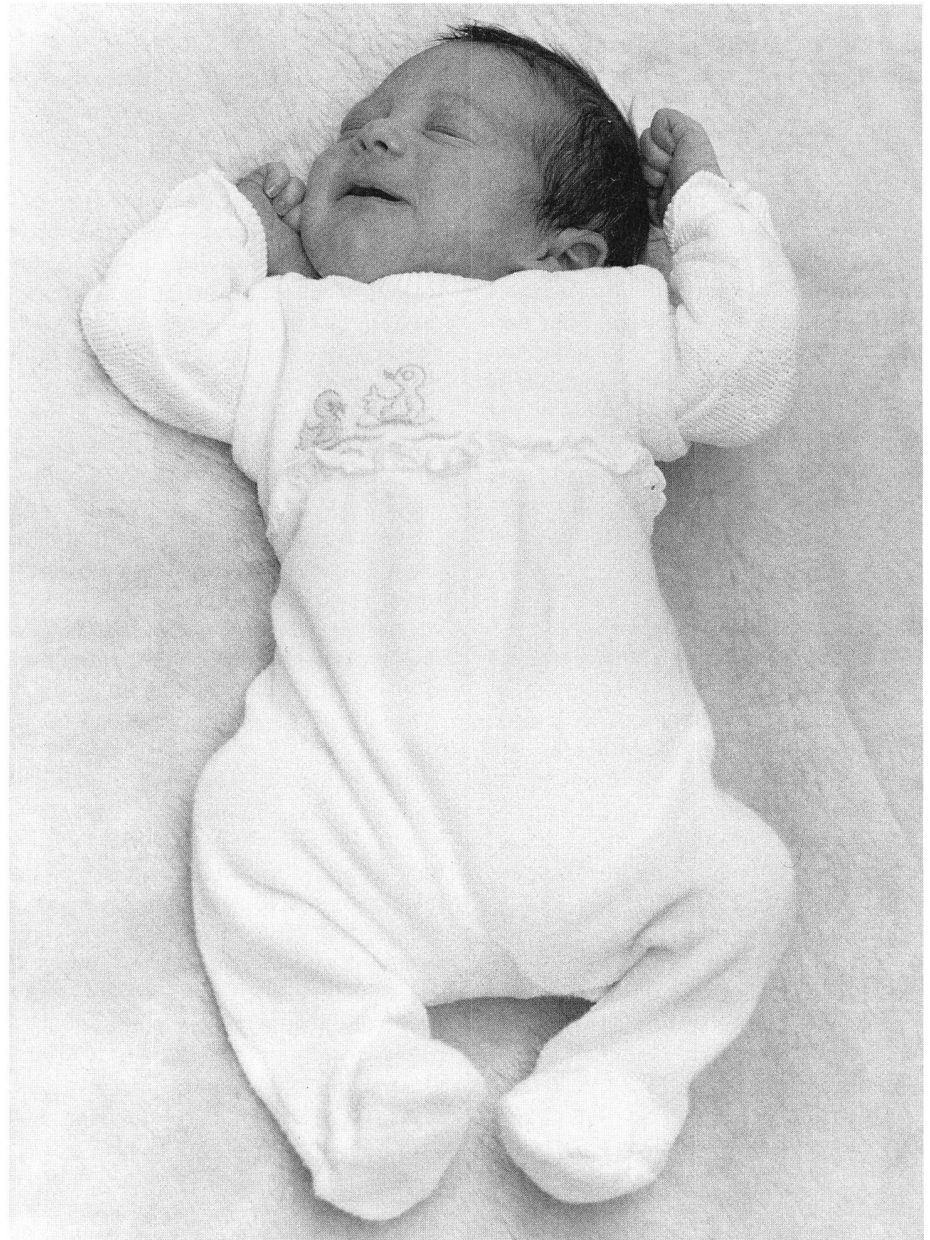
L'image qui restera certainement gravée dans nos mémoires est celle du lait qui gicle après stimulation manuelle des femmes africaines, stimulation qui crée justement le signal d'éjection du lait...

**La production de lait chez une mère d'enfant né prématurément:**

Dans ce même film, nous pouvons découvrir des chiffres intéressants concernant la production lactée moyenne chez ces mères africaines qui expriment manuellement leur lait pour le donner à leur enfant:

jours de vie	ml
3 à 5	273
8 à 11	483
15 à 18	600

Cette quantité est suffisante pour nourrir un prématuré.



Keystone-Press

**Quelques réflexions suscitées par la vision des films**

- Pour éviter de désapprendre les réflexes de déglutition et du mouvement de la langue, les mères donnent leur lait à la tasse, même chez de très petits bébés. Lorsque l'enfant atteint 1700 g, il est mis au sein et ses réflexes de tétée ne semblent pas altérés.
- La lactation est un phénomène cyclique: l'hypophyse peut sécréter de la prolactine toutes les heures. La 1/2 vie de la prolactine est d'environ 20 minutes. C'est dire qu'après une demi-heure, le bébé n'a plus grand chose à téter.

Il y a un temps de repos physiologique à respecter.

Une femme peut théoriquement fabriquer du lait pendant 20 minutes chaque heure.

- Le temps de latence dans la mise en route de la fabrication lactée est à considérer. En effet, la fabrication lactée n'est pas instantanée. Au départ, il y a un temps de latence, ce qui signifie concrètement que l'enfant va d'abord téter une à deux giclées de filtrat aqueux, peu nourrissant. Pendant ce temps, le signal atteint l'hypothalamus et il faudra encore attendre deux à trois minutes pour que le lait arrive aux canaux galactophores.



Durant ce laps de temps, ou temps de latence, il est important que la maman soit paisible afin que le flux d'éjection puisse avoir lieu, et qu'elle apprenne éventuellement à faire patienter son bébé.

**Le rythme du bébé – période néonatale**

Marie Thirion nous parle d'abord de l'organisation de l'état de vigilance chez l'adulte pour mieux nous faire comprendre celle du nouveau-né à terme. Les régulations cardiaques thermiques et respiratoires se font à heures fixes sur 24 h. (cycle circadien):

- de 5 à 8 h: sommet des performances physiques et intellectuelles.  
Commentaire: ceci grâce aux hormones sécrétées vers 3 h du matin.
- entre 11 et 14 h: repos physiologique.  
Commentaire: le corps présente des signes de fatigue (baillement, sensation de froid, somnolence...).
- entre 17 et 20 h: maximum d'activité.  
Commentaire: comme au matin, 12 h auparavant.
- entre 23 et 2 h: minimum d'activité.  
Commentaire: le corps récupère.

**Le cycle du sommeil**

Le sommeil «tombe» à heure précise chez un même individu. Chez l'adulte, la phase d'endormissement s'établit en sommeil lent.

Il est intéressant de savoir que chez l'adulte, nous comptons quatre à six cycles de sommeil. Un cycle dure de 1 h ½ à 2 h et un individu a besoin de quatre à six cycles consécutifs de sommeil, ce qui donne une fourchette horaire de 6 à 12 h entre différentes natures d'individus; le nombre de cycles est constant chez une même personne. (Le sommeil lent et le sommeil paradoxal constituent un cycle).

**Caractéristiques du sommeil chez le nouveau-né:**

- 1) Le bébé s'endort en phase agitée, c'est-à-dire qu'il va crier, sourire aux anges, gesticuler, éventuellement pleurer alors qu'il est endormi. On peut reconnaître l'état du sommeil par différents signes:
  - Brièveté des mouvements
  - Corps relativement débranché, mou, mais activité oculaire
  - Mains ouvertes

2) Durant le premier mois de vie, l'enfant ne fait pas de différence entre le jour et la nuit, il n'y a aucune raison pour que l'enfant dorme plus la nuit que le jour. Il s'agirait donc de **respecter son temps de sommeil, quel que soit le moment du jour ou de la nuit** et d'abandonner cette manie de redonner à manger à l'enfant à peine endormi lorsqu'il se «réveille» (par exemple, 20 minutes après son endormissement en sommeil agité).

Le bébé est capable de dormir consécutivement plus longtemps par moments, aussi pendant la journée. Souvent, sous prétexte de lui faire passer ses nuits, l'adulte cherche à provoquer une inversion de son rythme pour tenter de lui faire passer ce temps de sommeil allongé durant la nuit. Or cette attitude risque d'induire des difficultés ultérieures de dormir des nuits entières.

Au début du 2ème mois se produit un changement dans le rythme du sommeil, le bébé s'endort en phase lente, comme l'adulte. Dès quatre mois, un enfant dont les rythmes n'ont pas été bouleversés devrait passer ses nuits à dormir. L'organisation du sommeil n'est plus anarchique, telle qu'elle l'était au début des premières semaines, mais ressemble à celle de l'adulte.

Le passage du sommeil du nouveau-né à celui du «grand» se manifeste par 2 types de signes:

- L'allongement d'une plage de sommeil (5 à 8 heures d'affilées), mais, hélas, pas toujours centrée sur la nuit.
- Les pleurs du soir qui correspondent à une phase neurophysiologique normale d'excitation.

**Les cycles de nutrition chez l'enfant**

De la même manière que pour le sommeil, le bébé doit découvrir le rythme faim/satiété; il est inutile de lui imposer des horaires d'adultes soit disant pour son bien...

Trois facteurs déclenchent la sensation de faim chez l'adulte:

- l'éveil,
  - l'heure,
  - le désir (odeur);
- or chez le bébé, l'heure ne conditionne pas la sensation de faim (le nourris-

son n'a pas d'horloge interne). Le bébé acquiert les habitudes après 40 jours environ. Les deux autres facteurs subsistent chez le nouveau-né. En ce qui concerne la stimulation par l'odeur, on remarque qu'il est attiré par celle de sa mère au niveau du mamelon (les tubercules de Montgomery).

Pour beaucoup de nouveau-nés, le simple fait d'être éveillés fait manifester la faim. Donc un bébé qui se réveille souvent, mange souvent!

La sensation de satiété chez le nouveau-né dépend, elle aussi, de plusieurs états:

- **la réplétion gastrique,**
- **le plaisir,**
- **l'odeur.**

Dans les premières semaines de vie, il s'agit de ne pas «remplir» l'enfant constamment, ce qui risquerait de lui donner l'habitude de trop manger. Il s'agit aussi d'offrir du plaisir à l'enfant sans le gaver de manière à favoriser son équilibre. L'odeur que sécrète le mamelon peut suffire à «rassasier» le nouveau-né!

Contrairement à beaucoup d'idées reçues, l'hypoglycémie ne provoque pas la sensation de faim. Il s'agit de stimuler l'alimentation chez le nouveau-né seulement si l'on pense qu'il y a un risque réel d'hypoglycémie.

**Quand s'agit-il de se poser des questions pour repérer le VRAI risque d'hypoglycémie?**

- Les deux premiers jours de vie pour un bébé à terme;
- Quand un bébé ne se réveille pas, qu'il manque de capacité d'éveil, donc chez un prématuré.
- Si le bébé a froid; quand le corps se refroidit, le métabolisme s'endort.
- Quand le bébé perd beaucoup d'eau, par évaporation cutanée simple, par transpiration, par les pleurs ou **par les urines;**
- Si le flux d'éjection est faible: le bébé est au sein et «rien» ne se passe...

A titre d'indication, la perte de poids des premiers jours n'est qu'une perte hydrique normale. Les rythmes sont d'autant moins perturbés que les émotions sont bonnes.

Au terme de son exposé, Marie Thirion a ouvert la possibilité de faire appel à

elle si des difficultés d'application (des blocages ou obstacles) intervenaient dans l'élaboration de modifications des structures organisationnelles hospitalières; ceci, en vue de trouver des comportements communs, principalement en ce qui concerne l'alimentation et le sommeil chez le nouveau-né.

Et Marie Thirion de conclure: **«Prenez patience et n'oubliez pas que dans tout processus de changement, le poids des structures est souvent plus fort que la connaissance».**

Denise Vallat □

## Les troubles du sommeil chez le bébé

Dr. Nahum Frenck, Pédiatre au C.H.U.V.

Les troubles du sommeil chez le petit enfant figurent parmi les plaintes les plus fréquentes rencontrées en Pédiatrie.

La définition même de trouble du sommeil est difficile et variée. Qu'est-ce qu'un trouble du sommeil? Qui se plaint? Qui est le plus dérangé? Qui présente ce trouble?

Les phrases les plus entendues à la consultation sont les suivantes: «mon enfant ne veut pas aller se coucher» ou «mon enfant se réveille trois fois par nuit» ou «mon enfant veut que je dorme avec lui et mon mari n'est pas d'accord».

Une chose est sûre. C'est un problème qui touche à toute la famille et il provoque une escalade de tension entre les différents membres, notamment entre les parents et l'enfant et fréquemment entre les deux parents.

Le pédiatre peut répondre de plusieurs façons à ce problème, que je préfère appeler «symptôme». Il peut prescrire un somnifère ou bien donner quelques conseils éducatifs ou les deux à la fois.

Son intervention sera vouée à l'échec s'il n'examine pas le symptôme dans son contexte avant d'agir. Il s'agit de comprendre **ce** symptôme dans le tissu relationnel de **cette** famille. Un symptôme parle, des fois il crie, qu'est-ce que celui qui crie est en train de dire **à sa famille**?

Plus important que de savoir pourquoi l'enfant se réveille c'est de savoir ce qui se passe juste avant le réveil, ce qui se passe lorsqu'il se réveille et ce qui se passe après le réveil. Quel est le rituel (pattern) qui s'est établi autour de ce

réveil? A quoi bon pourrait-t-il bien servir à la famille et à l'enfant que celui-ci se réveille?

Quel pourrait être le bénéfice des uns et des autres?

**Bénéfice?!!!** – A première vue il semble paradoxal qu'il puisse y avoir un bénéfice quelconque avec une souffrance pareille. Peut-être peut-on mieux comprendre ceci en parlant de la **«fonction du symptôme»**.

Un symptôme peut apparaître et se développer pour satisfaire un besoin du système familial. Il est connu des pédiatres qu'un enfant peut se réveiller plus fréquemment lorsque la famille est en deuil ou qu'elle vit un autre stress, tel que le chômage ou des difficultés conjugales. L'enfant par son réveil permettrait à ses parents de s'occuper de lui (être de bons parents) et «oublier» ainsi l'autre problème. Cet oubli, tout en exerçant leur rôle de parents pourrait être un des bénéfices des parents. L'enfant qui se réveille rend service à ses parents, il est un bon enfant.

Chercher le **«bénéfice»**, la **«fonction du symptôme»**, nous permet de mieux comprendre le trouble du sommeil dans son contexte. Cette compréhension est indispensable pour effectuer une intervention efficace auprès de la famille.

On aborde le problème en demandant à chacun des participants à l'entretien de raconter comment cela se passe.

Plus on obtient de détails et plus colorée sera la scène, plus claire la compréhension. Lorsque chaque membre de la famille donne sa version, nous nous apercevons que le vécu est très différent des uns aux autres. Chaque membre raconte l'histoire comme il la voit. On écoute la réalité de l'autre et on se rend compte qu'il est possible de «rendre service» à sa famille d'une façon plus fonctionnelle et avec moins de souffrance.

Les choses dites peuvent être mises en pratique une fois rentré à la maison. D'autres explications peuvent être données pour comprendre le symptôme. Et le fait de le trouver moins négatif qu'auparavant et de souligner les aspects positifs du «trouble du sommeil» fait que celui-ci devient moins **trouble**. □

### GPMI

## Action pour les sages-femmes indépendantes

Après une nouvelle intervention de l'ASSF auprès de la direction du GPMI concernant l'argent dû à nos membres, nous avons obtenu par écrit l'assurance, le 21.5.92, qu'il sera versé prochainement pour les situations suivantes:

Dans tous les cas où la mère a rempli le formulaire rose et qui a reçu la visite du GPMI, les sommes non payées seront versées. Une fois ces montants réglés, les formulaires roses restants et qui sont stockés au siège, seront renvoyés aux sages-femmes concernées.

Avec cela prendra fin l'action menée avec le GPMI.

Bureau de l'ASSF  
A. Tahir-Zogg □