

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: 91 (1993)

Heft: 3

Artikel: Aspects sociaux de la prématurité et intervention sociale dans une division de néantologie

Autor: Wannaz, Marinette

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950858>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.05.2025

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

imprévisible. Elles peuvent, en effet, apparaître plusieurs jours après l'épisode asphyxique et elles ne sont pas toujours proportionnelles à la gravité de l'évolution clinique. Le Doppler cérébral est également utile dans l'évaluation de l'encéphalopathie. Une amplitude systolique augmentée et un Index de Résistance bas, sont fréquemment observés chez les enfants qui décèdent ou qui présenteront des séquelles. L'électroencéphalogramme met en évidence dans les asphyxies sévères des modifications importantes.

Le **traitement** du nouveau-né sévèrement asphyxié a considérablement évolué au cours de ces dix dernières années. Ces enfants bénéficient actuellement de soins intensifs comprenant une respiration assistée avec hyperventilation, une restriction liquidienne et l'administration de Phénobarbital. L'établissement du **pronostic** précoce repose, dans notre expérience, essentiellement sur l'observation de l'évolution clinique et le résultat des examens paracliniques. Les nouveau-nés qui décèdent présentent en général des anomalies EEG graves, un tableau neurologique sévère et des lésions à l'échographie. Si le nouveau-né présente une bonne récupération neurologique et que d'autre part il n'a pas d'anomalies échographiques ni électroencéphalographiques, son pronostic sera tout à fait favorable. Cependant, lors d'encéphalopathie modérée avec des perturbations transitoires électroencéphalographiques ou échographiques, le pronostic est plus difficile à établir et cette situation est la plus fréquente en néonatalogie. Même si la prise en charge des nouveau-nés à terme asphyxiés s'est beaucoup améliorée au cours de ces dernières années, **le meilleur traitement de l'asphyxie reste sa prévention.**

Conclusion

Le cerveau du fœtus et du nouveau-né peut être l'objet de multiples agressions. Ces agressions peuvent s'accompagner de lésions hémorragiques et hypoxiques-ischémiques entraînant l'apparition d'un handicap moteur, sensoriel ou cognitif. Les techniques actuelles permettent de faire un bilan neurologique précoce et complet et d'établir un pronostic neurodéveloppemental fiable. Une attitude adéqua-

te et raisonnable peut de ce fait être adoptée lorsque les soins intensifs sont nécessaires.

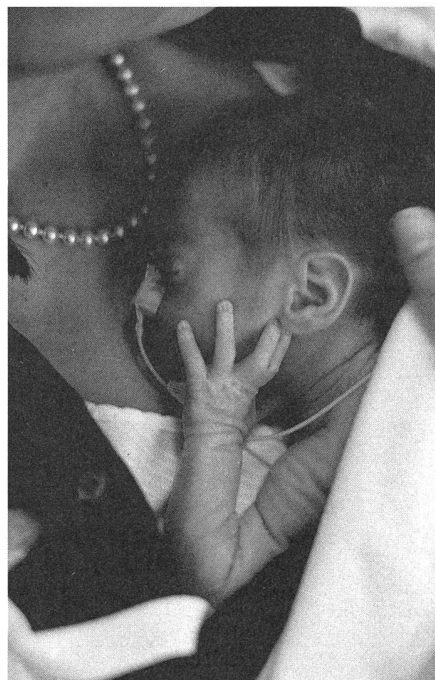
La prématurité reste un problème médical important pour les obstétriciens et néonatalogues. **Les mesures préventives et thérapeutiques dépendent aussi d'une volonté politique capable d'aménager une protection efficace de la maternité.**

Le contrôle de la qualité des soins intensifs ne doit pas se faire uniquement sur l'enregistrement de la mortalité ni sur celui des handicaps majeurs mais doit tenir compte du devenir à long terme des nouveau-nés à risque en prenant en considération les facteurs environnementaux et psychosociaux.

□

Aspects sociaux de la prématurité et intervention sociale dans une Division de Néonatalogie

Une naissance extraordinaire! Ainsi pourrait-on qualifier la naissance prématurée. Cette arrivée imprévue de l'enfant va bouleverser son entourage. Un flot d'émotions, de questions, d'inquiétudes va affluer. Envies, projets, programmes sont bousculés.



Il est capital de connaître sur le plan psychologique les répercussions qui peuvent s'ensuivre. Ces réactions émotionnelles et leurs implications ont des répercussions sur le plan social. L'enfant est un des membres de l'unité familiale, son arrivée intempestive va provoquer des remous aussi chez ses frères et sœurs, chez les grands-parents, dans le cercle familial élargi et amical.

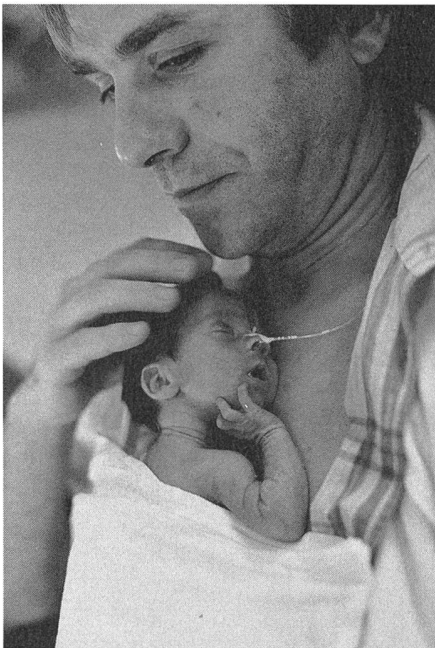
Exemples de réactions cliniquement observées:

- **Angoisses quant à l'état de santé du nouveau-né** et de son intégrité physique. Souvent la mère n'a pu voir l'enfant, étant sous narcose à sa venue.
- **Sentiment d'impuissance et de frustration.** Médecins et infirmières étant en première ligne pour les soins à leur enfant; les parents se sentent démunis. Le fait, pour la mère de n'avoir pu mener sa grossesse à terme, peut éveiller chez elle un sentiment d'échec.
- **un sentiment de culpabilité.** Souvent les parents font la rétrospective des semaines précédant l'accouchement pour trouver ce qui aurait pu le précipiter. Culpabilité aussi de ne pas se sentir «mère» de cet enfant dans l'isolette, cet enfant qui n'est pas tel qu'on l'imaginait. La grossesse écourtée, les conditions de naissance et l'hospitalisation n'ont pas encore permis la maturation et l'éclosion de son attachement maternel.

Certains parents recourent à des mécanismes de défense répertoriés: négation, minimisation et intellectualisation de la maladie, refus de contacts ou agression de l'équipe soignante. Si l'évolution clinique est favorable, les mécanismes d'ajustement vont apparaître peu à peu, permettant ainsi la coïncidence de l'image réelle du nouveau-né avec l'image espérée en cours de grossesse. Ainsi s'établira progressivement l'acceptation des événements.

Alors qu'une naissance est propice aux réjouissances familiales et sociales, la naissance prématurée est, elle, souvent mise entre parenthèse jusqu'à ce que l'état de santé de l'enfant soit satisfaisant ou qu'il rentre à domicile. Une telle naissance sera ainsi peu publiée.

De fait, le nouveau-né hospitalisé n'est pas encore «social» puisque souvent seuls le père et la mère sont autorisés à le voir.



Tout le personnel de la division néonatale est conscient de ces particularités et permet aux parents d'établir un lien avec l'extérieur par le biais de photo polaroid et Lausanne présente la particularité d'un couloir vitré entourant tout le service. Les proches de la famille peuvent ainsi être «associés» à cette hospitalisation.

Cette arrivée précoce du bébé a des répercussions sociales dans la suite de son développement jusqu'à 2 à 3 ans. Les parents vont alors vivre «l'anachronisme» entre la date de naissance réelle et le terme prévu. Comparaison et justification vis-à-vis des autres seront souvent nécessaires.

En ce qui concerne la législation sociale, l'hospitalisation des enfants prématurés en Suisse est du ressort de l'Assurance Invalidité; ceci en fonction d'un accord administratif entre elle et les caisses-maladie. Cette prise en charge peut inquiéter à tort les parents quant à

l'avenir de leur nouveau-né. C'est pourquoi une information claire à ce sujet doit leur être faite.

Rappelons ici que la protection de la maternité est le parent pauvre de la législation sociale suisse. Ses effets sont d'autant plus pervers en cas de prématurité. L'interdiction aux femmes de travailler 8 semaines après leur accouchement ne garantit pas nécessairement le droit au salaire de celles qui travaillent. Si l'employeur n'a pas conclu une assurance perte de gain à cet effet, la couverture du salaire pendant la grossesse (si l'arrêt médical est nécessaire) et le congé maternité dépendront de la fameuse échelle bernoise, soit 3 semaines pendant la première année de service, 1 mois de la cinquième à la neuvième année, etc.

Le drame des mères de nouveau-nés prématurés est que la prématurité ne modifie en rien le congé maternité! Souvent le bébé rentre à la maison quand sa mère doit reprendre le travail.

Le premier vrai contact entre la mère et l'enfant s'établit lors de l'arrivée de l'enfant à la maison. Il est donc indispensable que la mère puisse bénéficier d'un congé maternité à partir de cette date pour nouer ce lien affectif capital pour leur avenir relationnel. Pour ce congé supplémentaire, la mère, désespérée, ne trouvera que des solutions aléatoires:

- négociations avec l'employeur pour une reprise de travail précoce (souvent à temps partiel), demandes auprès de fonds privés pour compenser la perte de salaire.

On sait l'importance des facteurs socio-économiques et culturels dans l'étiologie de la prématurité. Une véritable protection de la Maternité garantissant aux femmes de vivre mieux leur grossesse ainsi que l'accueil de leur nouveau-né (conditions de travail adaptées à leur état, facilités pour l'allaitement, garantie de salaire etc.) constituerait une *réelle prévention de la prématurité*.

Un programme de prévention devrait aussi comprendre d'importantes mesures de soutien à la famille à domicile telles que: aide-familiale, sage-femme,

puéricultrices etc. Ces mesures devraient être prioritaires et ne sont pourtant pas encore entrées dans les mœurs. La prise en charge des frais d'aide-familiale par exemple dépend actuellement du bon vouloir des caisses-maladie.

Voilà, dans les grandes lignes, brossé le tableau du contexte social de la prématurité. Regardons maintenant plus concrètement les **caractéristique** du travail social dans la Division de Néonatalogie du CHUV à Lausanne.

La prématurité en tant que telle et ses répercussions psychologiques décrites précédemment m'obligent à favoriser l'expression des sentiments parentaux face à ces événements.

La **provenance géographique** des familles a des conséquences importantes. La Division accueille toutes les urgences néonatales de Suisse romande à l'exception du canton de Genève. Il est capital de faciliter les contacts familles-enfant et ce par les possibilités suivantes:

- *Aucune restriction* n'est faite aux parents quant aux horaires et à la durée de leurs visites. La participation des parents aux soins est requise dès que la santé de l'enfant le permet.
- Si la mère n'est pas hospitalisée dans la maternité contiguë, son *transfert* peut être envisagé, pour autant qu'il y ait de la place.
- Dès la sortie de la Maternité, si la maman désire rester proche de son bébé, la location d'un *studio* appartenant au CHUV et à proximité de l'unité de soins peut être envisagée.

L'*organisation des visites* au bébé dépend de plusieurs facteurs: de ses frères et soeurs, de l'éloignement du domicile, des moyens de transport, du coût des transports.

Pour solutionner ces problèmes, nous pouvons proposer:

- la *garderie* du CHUV accueille frères et soeurs tous les jours jusqu'à 20 h.
- des *repas* aux parents au prix préférentiel établi pour le personnel soignant.

– Ces visites occasionnent bien évidemment des frais supplémentaires qui peuvent peser lourd sur les petits budgets. Si l'A.I. prend en charge les mesures médicales pour les soins de l'enfant, elle ne dédommage les parents pour les visites qu'à raison de 2 trajets par mois et ceci après 1 mois d'hospitalisation de leur enfant. Cette décision est totalement paradoxale. Il n'est pas tolérable que les familles démunies ne puissent venir s'occuper de leur enfant hospitalisé pour des raisons financières.

Pour remédier à cette situation aberrante, l'assistante sociale doit alors faire appel à un fonds privé. La modification de la Loi sur l'Assurance Invalidité Fédérale à ce sujet est d'une importance majeure pour la prévention des mauvais traitements. Il est connu que la prématurité, la séparation mère-enfant à la naissance, est un des facteurs de risque de maltraitance.

Favoriser au maximum la relation parents-enfant, c'est faire acte de prévention. Cet aspect de la prise en charge sociale, ainsi que la **détection et l'encadrement des familles à risques** de mauvais traitements et/ou de négligence envers leurs enfants, sont des priorités dans la Division de Néonatalogie.

Un **colloque hebdomadaire pluridisciplinaire** permet de faire le point de la

situation médicale et familiale des enfants hospitalisés et d'aborder les conditions sociales et économiques des parents si nécessaire.

Cette rencontre permet la transmission des informations et la **continuité de la prise en charge intra- et extra-hospitalière** puisque le Service de Puériculture à domicile y participe. Une assistante sociale des Besoins Spéciaux de la petite Enfance (Filiale de Pro Infirmis collaborant au CHUV pour les enfants de 0–6 ans) est aussi présente. Elle assumera le soutien à domicile des familles dont l'enfant a des problèmes de santé ou un handicap.

Un **suivi médical** (à 6, 12 et 18 mois), puis médical et psychologique (à 3 1/2, 5 1/2, voire 8 ans 1/2) est proposé pour un certain nombre d'enfants ayant été hospitalisés en Néonatalogie et ce sur la base de critères médicaux ou sociaux. Ces contrôles à l'Unité de Développement sont extrêmement précieux pour les parents et les professionnels. Pour les premiers, les entretiens lors de ces retours présentent à nouveau une forme de prévention et d'assistance psychosociale (réévaluation de la compréhension des événements passés et le vécu du présent) et pour les seconds, parallèlement au bilan médical, les contrôles facilitent la dé-

tection ou l'évaluation des familles à risque sur un plus long terme.

Près de 500 enfants sont hospitalisés chaque année dans la division. Le poste d'assistante sociale étant à temps partiel (50%), l'assistante sociale rencontre une moyenne de 150 à 200 familles et ce de sa propre initiative.

15 à 20 de ces familles présentent des facteurs de risques psychosociaux pour leurs enfants.

Une remarque encore: le thème des enfants prématurés de familles immigrées n'a pas été abordé. D'autres problèmes inhérent à leurs particularités surgissent. Ceux-ci peuvent être d'ordre: culturel, relationnel, social et économique et demandent une approche spécifique.

Ainsi que nous venons de le voir, nombreux sont les aspects sociaux entourant la prématurité. Ils y jouent un rôle important dont les professionnels doivent tenir compte dans leur pratique et pour une action préventive.

Wannaz Marinette
Assistante sociale
Division de Néonatalogie et
Unité de Développement
du C.H.U.V. – Lausanne

□

Ultraschall in der Geburtshilfe

Dr. PD U.J. Herrmann, Chefarzt Frauenklinik, Regionalspital Biel

Die Geburtshilfe in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts ist geprägt durch drei revolutionäre Erfindungen:

1. *Entdeckung der immunologischen, hCG-spezifischen Schwangerschaftsteste,*
2. *Einführung der Kardiotokographie (CTG) zur Überwachung des Fetus unter der Geburt und*
3. *die Ultraschalldiagnostik zur Darstellung des Fetus und der Plazenta.*

Wir alle benützen diese Techniken täglich, betrachten sie als selbstverständlich und vergessen dabei oft, wie schwierig unsere Arbeit, die Geburtshilfe, noch vor dreissig Jahren gewesen ist. Damals war es schwierig, eine vitale Gravidität absolut sicher vor der zwanzigsten Schwangerschaftswoche (SSW) zu diagnostizieren, die Diagnose fetaler Entwicklungsstörungen war pränatal kaum möglich, und die Überwachung sub partu war lückenhaft. Heute sind Tragödien für die Familie, für Mutter und Kind, in der Geburtshilfe dank der neuen Überwachungsmethoden selten geworden (perinatale Mortalität um 1%); diese dargebotene Sicherheit lässt wieder Raum für Ansprüche nach einer natürlichen Geburtshilfe, die aber naturgemäss risikoreich ist. Die natürliche Selektion (Überleben des Stärkeren) als Grundprinzip der Evolution kann biologisch gesehen zwar sinnvoll sein (Arterhaltung), widerspricht aber unserem Ethos und dem humanen Denken, das in der Medizin im Vordergrund ist.

Auf der anderen Seite: auch bei optimaler Überwachung sind geburtshilfliche Tragödien nicht ausgeschlossen. Denn auch die beste Methode, angewendet nach allen Regeln der Kunst, kann einen schicksalhaften, schlechten Ausgang manchmal nicht verhindern. Dies macht unseren Beruf oft so schwierig, anspruchsvoll, belastend und herausfordernd. Damit stellt sich die Frage nach der Zuverlässigkeit der modernen Überwachungsmethoden in der Geburtshilfe, unter denen die Ultraschalldiagnostik heute zentral geworden ist.