

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: 7-8

Artikel: Santé et alitement

Autor: Moser, Esther

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950878>

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: 22.01.2025

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

Santé et alitement

Extraits du travail de diplôme (90–91) de Esther Moser, sage-femme, sur la prise en charge des femmes enceintes soumises à une tocolyse.

Ce travail est traduit de l'allemand par Madeleine Kobel, traductrice.

1. Description de la situation

(en pratique)

a) «Image» de la femme prise en considération

Effrayées par des contractions précoces et fréquentes (avant la 38^{ème} semaine de grossesse, plus de 10 contractions par jour), les femmes arrivent pour la plupart en urgence en salle d'accouchement. Là, elles sont tout d'abord soumises à une cardiocardiographie. Ensuite, elles subissent un contrôle médical général qui permet d'exclure toute maladie non liée à la grossesse, ainsi qu'un examen vaginal pour diagnostiquer l'état du col et déceler une éventuelle infection vaginale. Si l'enfant va bien, et si le col n'est pas encore effacé malgré les contractions persistantes, la femme se verra mise sous perfusion avec un tocolytique, médicament permettant de faire cesser les contractions.

«La prophylaxie des naissances prématurées est l'une des tâches primordiales de l'accoucheur en vue de réduire la mortalité périnatale.» (...)

A ce stade, l'hospitalisation est pratiquement incontournable. Seul reste à déterminer le degré de mobilité, encore que celui-ci s'établit presque toujours, pour une première période au moins, au repos complet afin de réduire autant que possible la pression sur le col.

Voici donc «nos» patientes, affublées d'une perfusion, clouées au lit et – pour celles qui l'ont souhaité et qui sont bien assurées – seules dans leur chambre individuelle.

Ces femmes présentent à mon avis non pas le tableau d'une maladie, mais bien plutôt celui d'un état.

b) Tocolytiques (p.ex. Gynipral, Partusisten)

(du grec: tokos = accouchement, lusus = solution, dissolution; les tocolyti-

ques sont des médicaments permettant d'inhiber les contractions de l'utérus) Les tocolytiques sont des sympathomimétiques qui inhibent l'activité de l'utérus en stimulant les récepteurs-bêta 2. Les récepteurs-bêta 1 situés au niveau du cœur sont également stimulés, ce qui a pour effet d'augmenter le pouls, de diminuer la pression ainsi que de provoquer des palpitations et une sensation de chaleur. Une stricte surveillance de la pression et du pouls, voire un contrôle par électrocardiogramme, sont donc nécessaires au début de l'administration de ce médicament. L'effet sur les récepteurs-bêta des autres organes se traduit par une inhibition des contractions de la musculature bronchique et du tractus intestinal. D'autres effets ont encore été observés:

«*Transpiration, sommeil léger, tremulation légère et sentiment d'épuisement, l'importance des symptômes étant fonction de la dose administrée*» (...)

Afin d'assurer un dosage précis, les tocolytiques sont administrés par perfusion. En cas de réaction positive, c.-à-d. si les contractions cessent, si l'on n'observe aucune perte vaginale et si le col reste stable, le dosage peut être administré par voie orale (sous forme de comprimés) et par voie intraveineuse simultanément (médication croisée) en vue du retour de la femme à la maison.

A doses élevées, les tocolytiques provoquent souvent un bourdonnement dans la tête – en raison de l'augmentation du pouls – rendant impossible toute concentration et toute activité intellectuelle. On observe, par ailleurs, l'apparition fréquente d'anxiété (analogue à celle engendrée par la prise de psychotropes) ainsi que d'une amnésie relative aux premiers jours de traitement. Ce dernier effet est sans doute également imputable au choc de l'hospitalisation. Parlant de ses six premières semaines

sous tocolytique, une femme a pu dire qu'elle ne s'était plus sentie elle-même, qu'elle ne comprenait même plus les questions qu'on lui posait. Le compendium des médicaments ne mentionne aucun effet secondaire de ce type, seul K.-H. Wehkamp écrit:

«*Les traitements à base de sympathomimétiques interfèrent avec l'état psychique des patientes.*»

2. Contraintes de l'alitement

Etre clouée au lit alors que l'on est en bonne santé.

- «*Pourquoi ne puis-je faire cela, j'en serais capable. Il faut toujours tout demander. On fait fi de ma liberté de choix et d'action.*»
- Réflexions à partir de deux problèmes interdépendants, la mobilisation et les soins corporels.

K.-H. Wehkamp:

«*Pratiquement toutes les femmes souffrent du repos qui leur est imposé. La plupart ne se considèrent pas comme malades, elles souffrent d'être traitées comme des patientes, de nécessiter des soins et d'être tributaires de l'aide d'autrui.*»

Erika Grünenfelder:

«*De nombreuses femmes, qui se trouvent déjà lourdaudes et inesthétiques du fait de la grossesse, se gênent d'autant plus d'être immobilisées au lit.*»

a) mobilisation: enjeu d'une lutte de pouvoir?

Dans notre établissement (Zürich), les femmes étaient presque toutes – dans un premier temps au moins – assignées au repos complet. Pratiquement, cela signifiait pour elles:

- se laver au lit, avec interdiction de se laver elles-mêmes le dos et les jambes
- demander le pot ou la chaise percée pour les mictions
- ne pouvoir se lever, dans le meilleur des cas, que pour aller à selles
- faire des exercices avec les pieds, afin de stimuler la circulation sanguine et réduire ainsi le risque de thrombose
- ménager le bras perfusé, afin d'éviter des blessures.

La femme doit donc appeler l'infirmière chaque fois qu'elle veut quelque chose

qui n'est pas à portée de sa main; elle se gêne très souvent de cette situation et sa liberté d'action s'en trouve très fortement diminuée. Erika Grünenfelder, sage-femme et infirmière-chef à l'hôpital universitaire de Zurich s'engage résolument en faveur d'une plus grande mobilisation des patientes; le repos complet n'est plus guère imposé dans son unité, alors même que bon nombre de patientes souffrent d'un état pathologique plus grave que dans notre établissement. Les femmes sont encouragées à reprendre confiance en leurs possibilités, chaque petit pas étant considéré comme un progrès. Le même engagement des infirmières en faveur d'une plus grande mobilité des patientes existe dans le service de la Maternité Inselhof à Zurich.

Encouragée par cette conception assez large du «repos», j'ai moi-même commencé à demander, lorsque les contractions avaient cessé et qu'aucune perte vaginale n'était plus observée, si la femme ne pouvait pas

- se lever pour les mictions
- utiliser les WC de la chambre, d'abord pour aller à selles puis également pour les mictions
- se laver au lavabo avec l'aide d'une tierce personne,
- prendre une douche avec l'aide d'une tierce personne (douche dans la chambre)
- se faire promener en chaise roulante dans le couloir (ensuite év. jusqu'à la cafétéria).

La réaction positive des médecins à mes requêtes démontra qu'il suffisait souvent de demander pour obtenir de nouvelles libertés.

K.-H. Wehkamp:

«Lorsque le repos au lit s'impose, il convient de bien considérer si celui-ci doit être absolu ou non. Chaque fois que cela est possible, les femmes devraient être autorisées à se lever pour se laver et pour aller aux toilettes.»

Les plus heureuses de ces nouvelles libertés étaient souvent les femmes les plus soumises, celles qui se conformaient le plus docilement aux ordres. Elles se trouvaient soulagées d'être moins souvent obligées d'appeler l'infirmière. Elles exprimaient souvent leur satisfaction en fonction de nos besoins à nous: «C'est mieux ainsi, vous ne devrez plus toujours accourir: «S'il est vrai

que le progrès profitait aux deux parties, cette réaction me semblait typique pour des femmes qui ne voulaient pas être à charge et qui, plutôt que d'exprimer leurs besoins, cherchaient à s'en décharger sur nous.

E. Bauer, M. Grimm et U. Hauff:

«Une des caractéristiques les plus fréquentes chez les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré est sans doute la négation du stress et des conflits.»

Il me semble important de voir que ces libertés peuvent être proposées et conquises peu à peu, en fonction de l'état des femmes et de leur propre volonté. En leur laissant une marge de décision, elles ne sont plus clouées au lit, assommées d'interdits, mais encouragées à collaborer. Par mon engagement, je visais à:

- une mobilité toujours plus grande - chaque petit pas étant considéré comme un progrès dans le traitement
- une information claire et motivée sur le degré de mobilisation octroyé
- une anticipation des besoins de la femme, de manière à mettre à sa disposition le maximum de choses dont elle aurait besoin et afin qu'elle ne doive pas toujours sonner ou qu'elle ne se lève pas malgré l'interdiction:
 - préparer et ranger les brosses à dents, gobelets, etc.
 - changer le sachet-poubelle à temps
 - disposer à portée de main le téléphone, le thé, de quoi lire, écouter de la musique, etc.
 - demander à la femme s'il lui faut quelque chose de l'armoire
 - laisser la chaise percée dans la chambre pendant la nuit, etc.
- permettre à la femme, si possible, d'exercer une activité manuelle (tricot, crochet, etc.)
- profiter des soins corporels pour proposer des exercices tout en respectant l'obligation de repos (chap. 2.b)
- aider les femmes à chercher des positions relaxantes et les encourager à essayer différentes possibilités. Erika Grünenfelder disposait de «hot packs» que les femmes pouvaient se mettre derrière le dos; la chaleur ainsi dispensée apportait un

bien-être très apprécié. Dans notre établissement, ces «hot packs» n'étaient malheureusement pas disponibles.

- informer les patientes sur les bienfaits de la position couchée pour la circulation sanguine:
 - le placenta est mieux irrigué
 - les jambes sont surélevées
 - dans la position couchée sur le côté, la pression sur la veine cave est moindre, le retour de sang veineux des jambes est facilité. Quelques jours suffisaient en général à apporter une amélioration: «Jamais je n'ai eu d'aussi belles jambes» entendions-nous souvent dire.

La mise en perspective d'avantages personnels est certainement un moyen plus efficace pour lutter contre les situations de stress que le rappel de toute une série d'interdits. C'est pourquoi j'ai souvent fermé les yeux lorsque je voyais des femmes faire quelque chose qu'elles n'auraient pas dû. Elles savaient elles-mêmes qu'elles avaient «désobéi» et se sentaient déjà mal à l'aise d'avoir été prises sur le fait. Pour moi, il était plus important que les femmes se conforment au cadre général de mobilisation octroyé en sachant pourquoi elles le faisaient. Cela leur permettait d'assumer une part de responsabilité. Cet aspect prenait toute son importance lorsque le retour à la maison était envisagé. Pour les femmes peu sûres, tout comme pour celles dont nous devons tempérer l'ardeur, le fait de devoir prendre la responsabilité d'une décision les mettait devant certaines difficultés.

b) Les soins corporels: une chance à saisir

Qui n'a jamais vu ces images romantiques montrant des jeunes femmes enceintes qui prennent soin de leur corps, se massent doucement le ventre tout en rêvant de leur futur enfant?

A l'hôpital, les femmes ressentent souvent de la gêne à effectuer ces gestes. Lorsque je fis remarquer à une patiente, peu avant sa sortie, qu'elle avait la peau bien sèche, elle me répondit: «Oh oui, je me réjouis de rentrer pour pouvoir à nouveau prendre soin de moi-même.» A ma question de savoir si cela n'était pas possible à l'hôpital,

elle me répondit que ce n'était pas la même chose ici et que son mari avait oublié trois fois de lui apporter de la crème. Faute de mieux, on lui donna un peu d'huile.

Au service d'Inselhof à Zurich, les infirmières massent non seulement le dos et les jambes des patientes, mais également leur ventre dans la mesure où l'enfant va bien. J'ai eu l'occasion d'observer ces massages, sans pour autant avoir voulu en pratiquer moi-même avant d'en connaître tous les effets en corrélation avec les contractions précoces.

Ruth Jucker pense également que le toucher par le massage revêt une importance primordiale. Une femme lui confia que c'était exactement ce qu'il lui fallait.

Une fois de plus, je me rendis compte à quel point les femmes avaient de la peine à exprimer leurs besoins. En général, elles appréciaient beaucoup qu'on leur lave le dos. «C'est ce qu'il me faudrait aussi à la maison, quelqu'un qui me lave le dos!» (quelles peuvent bien être les relations au sein de ce couple?). Lorsqu'elles sentaient que j'avais plus de temps, elles aimaient également que je les masse avec une crème. Ce massage était plus ou moins conséquent, selon le temps à disposition. Une autre femme, en revanche, a refusé ce service, prétendant que son mari s'en chargerait le soir et que par ailleurs elle n'avait pas mal au dos et que la station couchée ne la faisait pas souffrir. J'étais heureuse de savoir que le mari prenait bien soin d'elle, mais son insistance à se montrer sans besoin me rendit pensive. Voulait-elle vraiment cette distance ou pressentait-elle que je n'avais de toute manière que peu de temps à lui accorder?

Les physiothérapeutes, quant à elles, étaient toujours bienvenues. Elles proposaient des compresses chaudes ou un massage du dos et pouvaient consacrer un quart d'heure à chaque femme sans être constamment interrompues par le bip, le téléphone ou la sonnette.

Si je voulais laisser aux femmes la possibilité de faire une partie de leur toilette seules au lit, je devais me dépêcher de revenir auprès d'elles avant qu'elles ne se soient également lavé le dos et les jambes. Je trouvai finalement

une solution qui consistait à les laver d'abord, puis à les laisser terminer leur toilette. Je profitais de ces soins pour inciter les femmes à faire quelques exercices prophylactiques contre la thrombose, en leur montrant comment bouger les pieds sans lever les jambes afin de ménager les muscles du ventre. Peut-on s'imaginer le bienfait d'une douche après une semaine au lit, à se laver avec une lavette et une bassine? De même, quel bien-être après s'être rapidement lavé les cheveux sous la douche! «Je me sens renaître» était souvent le commentaire entendu après avoir offert cette possibilité aux femmes.

A ce propos, Doris Winzeler cite Veronika Ernst (sage-femme):

«Les gestes quotidiens offrent beaucoup d'autres possibilités de relaxer les patientes et de créer des contacts. Notre profession ne repose-t-elle pas pour une grande part sur les gestes, sur le toucher. L'important est de savoir comment nous nous y prenons pour, par exemple

*– aider une personne à se laver
– l'aider à s'habiller et à se déshabiller, etc.»*

Manuel Moraga:

«Pourtant ces actes (de soins) peuvent représenter des enjeux fondamentaux pour la personne soignée. Elle peut être reconnue ou niée, acceptée ou refusée, nourrie par le contact ou rejetée» (...)

J'encourageais les femmes à utiliser leurs propres chemises de nuit et à s'habiller pendant la journée – avec des vêtements assez amples – malgré la perfusion. Cette proposition réjouissait les unes, alors que d'autres tenaient à rester en habit d'hôpital. Peut-être ces dernières avaient-elles besoin de cela pour légitimer leur présence ici.

E. Pichler note à ce propos:

«Les femmes souffrent de se sentir inactives et inutiles et manquent souvent du soutien nécessaire de la part de leur famille et du conjoint. Un effort d'information de notre part peut apporter une aide décisive.»

Idée brûlante pour journées chaudes

T-Shirt

100% coton

Tailles: M, L, XL

Couleurs: blanc, jaune, rose, bleu, vert

Prix: Fr. 25.–

(Avec texte autour du logo jusqu'à épuisement du stock)



Pantalons

100% coton, fond blanc avec impression moderne en 4 couleurs, assortis aux T-Shirts, 2 poches latérales avec bords renforcés pour votre bip.

Tailles: XS (36), S (38), M (40), L (42), XL (44)

Prix: Fr. 58.–

Commande à:

ASSF, secrétariat central, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

Tél. 031 42 63 40

Dès lors, mon but était de

- prendre conscience des possibilités d'aide en relation avec les soins corporels, et d'en tirer profit pour
 - prévenir le risque de thrombose
 - faire des massages
 - engendrer un sentiment de bien-être
 - nouer des contacts
 - entamer des discussions
- encourager les femmes à se soigner comme elles le feraient à la maison
- suggérer aux femmes de vêtir leurs propres habits

- faire venir une physiothérapeute lorsque la femme souffrait du dos ou profiter d'un moment de calme et de disponibilité pour proposer un massage ou une compresse chaude.

Manuel Moraga cite Paul Wathlawick: «Paul Wathlawick démontré que la communication non verbale est quatre fois plus puissante que la communication verbale. Selon lui, les relations profondes s'établissent souvent à travers ce qui n'est ou n'a pas été dit mais que le corps se charge d'exprimer.» □

La tocolyse

Pièges du traitement qui vise l'inhibition du travail d'accouchement – Le cas de la ritodrine (Pré-Par) et des autres bêta-mimétiques utilisés comme tocolytiques

Il s'agit de la dernière prise de position de la Société de Périnatologie américaine rapportée au Congrès de San Francisco en février 1993. Texte traduit de l'anglais par D.V.

Introduction

Une étude canadienne sur la ritodrine qui a été rapportée dans le «New England Journal of Medicine», concluait que ce médicament n'était pas plus efficace qu'un placebo pour favoriser un prolongement de grossesse, une réduction de mortalité ou de morbidité périnatale, ou encore une augmentation du poids de naissance. Dans l'éditorial de cette même édition, il est supputé que les bêta-mimétiques, telle que la ritodrine, ne seraient non seulement inefficaces mais également dangereux, et que chaque année 3000 à 9000 femmes souffriraient d'œdème pulmonaire à cause de ces substances.

Pour quelles raisons ces agents sont-ils inefficaces et dangereux?

1. Erreurs pharmacologiques dans le dosage

Lorsque la ritodrine fut approuvée en 1980 par la «Food and Drug Administration», les études pharmacologiques étaient réalisées chez des hommes et des femmes non gravides.

Vu que l'effet actif de beaucoup de drogues est modifié pendant la grossesse, le fait de doser des substances sur la base de résultats pharmacologiques déterminés chez des femmes non enceintes peut aboutir à des effets secondaires insoupçonnés ou compromettre l'efficacité de la substance.

De telles erreurs dans le dosage sont largement responsables de plusieurs problèmes associés au traitement par la ritodrine.

a) *Durant la perfusion intraveineuse:*

Actuellement, le fabricant recommande que la ritodrine soit administrée à raison de 100 mcg/min pour commencer, puis augmentée de 50 mcg/min toutes les 10 minutes jusqu'à ce que les contractions cessent ou qu'apparaissent des effets indésirables.

Une fois que l'inhibition est atteinte, la perfusion est maintenue à ce taux inhibiteur pendant 12 à 24 heures. Certaines études pharmacocinétiques chez des femmes enceintes laissent supposer que cette approche peut provoquer un surdosage allant jusqu'à 100%. En réduisant le débit de la perfusion à son taux minimal d'efficacité, la concentration de ritodrine inhibant le travail n'est, par contre, pas dépassée. Il doit

aussi y avoir un avantage à débiter la perfusion avec 50 mcg/min plutôt qu'à 100, parce que chez beaucoup de patientes la ritodrine est éliminée lentement et que la concentration plasmatique s'élève rapidement; et si des effets secondaires, tels que douleurs thoraciques ou tachypnée, sont associés à une élévation rapide de la concentration en ritodrine, le fait de commencer la perfusion à un débit de 50 mcg/min réduirait alors le risque d'effets secondaires.

b) *Durant l'administration orale:*

Des études pharmacocinétiques faites chez des femmes enceintes montrent que la préparation orale de ritodrine, à la dose recommandée de 120 mg/jour, se solde par des concentrations plasmatiques moyennes de moins de 10 ng/ml.

Ces concentrations sont nettement négligeables lorsqu'on les compare aux 30–120 ng/ml atteints par perfusion.

Les données cliniques correspondent aux données pharmacologiques, en ce sens que les contractions prématurées sont tout aussi fréquentes parmi les femmes qui prennent la plus haute dose de ritodrine orale recommandée.

2. Mauvaises interprétations des études cliniques

L'efficacité de la ritodrine est difficile à évaluer, parce que dans presque toutes les études de cas, l'efficacité du traitement par la ritodrine sous perfusion n'est pas évaluée séparément de celle du traitement per os. Vu qu'il y a deux modalités de traitement, chacune devrait être évaluée séparément. Dans le cas de la ritodrine, l'inefficacité de la préparation orale a conduit à la conclusion erronée que la préparation intraveineuse est tout aussi inefficace.

a) *Etude du centre canadien:*

Bien que les investigateurs canadiens aient conclu que le traitement par la ritodrine n'est pas meilleur qu'un placebo, leurs données ne permettent pas de faire les mêmes conclusions. En fait, leurs données indiquent que la ritodrine i/v est significativement meilleure qu'un placebo en prolongeant la grossesse pour une durée de 48 heures. Or leurs