

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: 94 (1996)

Heft: 12

Artikel: Juste une poignée de vie - mais si précieuse

Autor: Brechbühler, Monika

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950632>

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: 05.05.2025

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

Juste une poignée de vie – mais si précieuse

de Monika Brechbühler

Les sages-femmes et les infirmières qui travaillent en néonatalogie ne peuvent pas s'occuper des prématurés comme elles le feraient si elles pouvaient écouter leur instinct maternel. Au cours d'une journée de formation qui s'est déroulée récemment à Zurich, elles ont pu recevoir les conseils de spécialistes en néonatalogie, défenseurs de méthodes douces.

*«J'ai un enfant. Je n'ai pas d'enfant. Mon enfant est à l'autre bout du monde, dans une petite boîte transparente et bourdonnante et je ne l'ai encore jamais vu. On me dit qu'il est costaud et qu'il va de mieux en mieux. Je n'ai plus confiance en rien. On me raconte des histoires, pour que je ne disjoncte pas. Je n'ai même plus d'espoir, puisque cet espoir m'a déjà trompée une fois».*¹

La femme qui s'exprime ainsi menait une grossesse à risque. Son enfant a été mis au monde par césarienne et emmené immédiatement en néonatalogie. Un choc pour la mère, et un martyr pour ce bébé prématuré. Afin que ce genre de choses ne se passe plus, le Centre d'éducation permanente de l'ASI à Zurich a organisé les 20 et 21 septembre dernier, en collaboration avec l'Association suisse des sages-femmes, une journée de formation continue; le but de cette dernière était de montrer aux professionnels comment ils pouvaient oeuvrer pour une prise en charge plus humaine aux débuts de la vie.

«Faut-il absolument que l'histoire d'une vie débute par l'histoire d'une maladie?» Telle est la question posée par Verena Felder Berg, sage-femme et formatrice d'adultes. Elle a interrogé des collègues ayant travaillé il y a 30 ou 40 ans sur leurs pratiques d'antan avec les prématurés. La valaisanne Adeline Favre, qui a exercé son métier de sage-femme pendant 50 ans dès 1928, a écrit dans son livre retraçant sa vie:

«L'enfant d'Hermine naquit trop tôt et pesait à peine un kilo. Nous enveloppâmes la fillette dans de la ouate. Le médecin ordonna qu'on place l'enfant dans le service des nourrissons de l'hôpital où il se trouverait dans une pièce chauffée. Je dis au papa, que je connaissais bien: tu sais, je ne crois pas que ta fille survivra au transport à l'hôpital, même si nous l'emballons de notre mieux». Le père partageait mon avis et était prêt à partager la responsabilité de notre décision. A l'époque, il n'y avait pas de chauffage central, on chauffait avec des fourneaux. Nous nous procurâ-

mes un paravent et achetâmes un livre de ouate pour envelopper le bébé. Il fut couché près du fourneau, derrière le paravent, entouré de bouillottes et d'un coussin électrique. J'avais acheté un thermomètre, et nous avons placé des récipients remplis d'eau sur le fourneau afin de maintenir l'air humide. Je réussis à trouver de minuscules biberons de poupée que nous remplissions de lait maternel. Il fallait dégraisser le lait afin d'éviter les troubles digestifs. Nous le donnions au compte-gouttes. Je baignais l'enfant chaque jour en ajoutant des herbes aromatiques huileuses à l'eau. Cette petite est devenue une belle femme qui a elle-même donné le jour à trois enfants.»

Chaleur et contact corporel

D'autres collègues ayant pratiqué à cette époque évoquent de tels soins, tout à fait naturels, avec les enfants prématurés. La sage-femme appenzelloise Ottilia Grubenmann a répondu ceci à la question de Verena Felder:

«Pour les prématurés, il faut avant tout de la chaleur et encore de la chaleur, ainsi qu'un contact corporel. Mon expérience m'a montrée que l'alimentation ne joue pas un rôle déterminant durant les premiers jours; par contre le calme et la présence humaine sont très importants. En tant que sage-femme faisant des accouchements à l'hôpital, j'ai toujours insisté pour que les enfants rentrent à la maison avec leur mère lorsque j'estimais que c'était nécessaire. Je préférerais aller les voir tous les jours pour effectuer les contrôles et apporter mon soutien. L'alimentation artificielle des nourrissons ne m'a jamais convaincue. Dès que la mère se trouvait chez elle, je me suis arrangée pour que le bébé ait du lait maternel. Parfois à l'hôpital les enfants avaient l'air vraiment tourmentés, leurs talons étaient pleins de marques de piqûres qui leur faisaient mal pendant des semaines; ce n'est pas pour rien qu'ils poussent subite-

ment des cris aigus; trop d'interventions artificielles peuvent aussi contribuer à rendre des enfants handicapés.»

Moins de technique, plus de naturel

Signalons que les deux sages-femmes citées ci-dessus ne sont pas systématiquement opposées à la technique, comme la plupart de leurs collègues d'ailleurs, mais les interventions techniques autour de la naissance ne devraient être que «des coups de pouce à la nature».

C'est la théorie que défend la célèbre néonatalogue autrichienne Marina Marcovich. Il est vrai qu'entretemps elle a été la cible de certains collègues («la médecine a toujours quelque chose à voir avec le partage du pouvoir» explique-t-elle avec un clin d'oeil au public), qu'elle a été déplacée dans une clinique dans laquelle elle ne peut plus s'occuper de prématurés que sous la surveillance d'un autre médecin néonatalogue; n'empêche, son modèle a trouvé d'autres adeptes et aucun service de néonatalogie ne peut actuellement ignorer les découvertes de ce modèle. Car les résultats sont par trop prometteurs.

Elle raconte ses débuts: «j'ai eu une formation tout à fait conventionnelle et je commençai à travailler en néonatalogie sans réelles vellités de changement. Mais au bout d'un certain temps dans ce service, je réalisai – et l'équipe également – que nous ne nous occupions pas bien de ces enfants. Les changements vinrent lentement. Les soignants me demandaient sans cesse: pourquoi fait-on cela – et pourquoi le fait-on de cette manière? Ils m'obligeaient vraiment à y regarder de plus près, ce qui fit qu'à la longue, nous avons intuité beaucoup moins d'enfants. (Si on compare avec un adulte, c'est comme si on lui mettait un tuyau de jardin dans la gorge). Nous avons développé une philosophie fort simple: toucher le moins possible à l'intégrité de l'enfant. Et nous avons remarqué ceci: les enfants ont tellement de ressources, ils peuvent en faire bien plus que nous ne pensons» explique Marina Marcovich en toute simplicité.

«Mathias ne pesait que 480 grammes. Il était à peine plus grand que man main. Je le caressais à travers l'isolette tandis qu'il me regardait de ses grands yeux en ayant l'air de dire: «je sais ce qu'il en est. J'essaie de lutter pour ma vie».

Le père de cet enfant est médecin lui-même et il savait parfaitement qu'un grand prématuré comme celui-ci n'a généralement pas de

chance de survie. Malgré cela, il l'amena à la clinique où travaillait la doctoresse Marcovich, «elle était la seule qui pouvait voir en Mathias un être humain et elle lui a procuré beaucoup de chaleur et de sécurité afin que les quelques jours passés sur cette terre ne soient pas rendus plus pénibles encore par des tas de procédures inutiles» explique-t-il.

Le modèle Marcovich

A quoi ressemble ce modèle? Le Dr. Albert Klaube, qui l'a introduit à l'Hôpital St. Barbara à Halle (Allemagne) en résume les points essentiels: «Réduction au strict minimum des diagnostics et des thérapies invasives et partiellement agressives. Soins et stimulation des fonctions corporelles déficientes par des stimuli délicats, utilisation minimale de l'énergie et de l'oxygène en laissant de côté des interventions de routine douloureuses; atténuation des réactions émotionnelles de l'enfant par l'apport de lait maternel par voie orale dès les premiers jours, contact corporel direct de plusieurs heures avec les parents dès la naissance et création d'un «nid» dans l'isolette (lumière tamisée, pas de moniteurs sifflants, tissus roulés servant de limites au corps) qui remplace l'utérus perdu».

Marina Marcovich le dit plus simplement: «Nous ne considérons pas le prématuré comme un patient, mais comme un tout petit être humain qui a besoin de beaucoup d'aide et surtout de la présence de ses parents. Il faut avoir à disposition des langes chauffés en suffisance ainsi qu'une installation de réanimation primaire, de l'oxygène et pratiquer la respiration artificielle, si nécessaire, avec un masque doux». Chez elle, 20% seulement des enfants bénéficient de la respiration artificielle et parmi ceux-ci, 7% dès la naissance et 13% par la suite. Il faut en effet savoir que 95% des enfants pesant jusqu'à 1500 grammes ont des poumons capables de fonctionner. «D'ailleurs», et Marina Marcovich en est fière, «nous n'avons jamais eu de lésions oculaires dues à une concentration trop élevée d'oxygène ou un apport de lumière trop précoce». Elle limite également l'apport de liquides, ceci par crainte de formation d'hygromes. Là aussi, elle peut parler de succès: aucune lésion rénale, pas de prescription de diurétiques.

Des chiffres prometteurs

Enfants jusqu'à 1500 grammes: mortalité à Bâle, par exemple: 24%. Chez elle: 15%. Mais la qualité de vie de ceux qui survivent

importe aussi. Le pourcentage des prématurés qui auront un handicap par la suite (60% de ceux qui reçoivent la respiration artificielle en permanence subiront des lésions pulmonaires irréversibles) est estimé par les médecins entre 10 et 40%. Dans le service de Marcovich, 90% des enfants ne présentent aucun problème et 4% seulement sont handicapés.

Les photos qu'elle montre sont impressionnantes: un enfant de 640 grammes tête le sein! Il n'a bien sûr pas la force d'absorber toute la quantité nécessaire, mais on le met au sein toutes les trois heures – les heures de repos sont strictement respectées. Pour stimuler le bébé, on utilise le bain, la méthode-Kangourou, des cassettes avec de la musique ou la voix des parents ainsi que des massages de l'abdomen plusieurs fois par jour, vu que la musculature abdominale n'est pas encore achevée.

«Laissez-les être des enfants, respectez-les, répondez à leurs besoins – mais il est clair que vous devez les surveiller consciencieusement et sans relâche».

Les questions des participants

La présentation de Marina Marcovich a déclenché toute une série de questions de la part des participants:

Comment alimentez-vous les prématurés? Nous pressons quelques gouttes de glucose sur la langue. Plus tard nous donnons du lait maternel. Nous donnons entre 50 et 70 ml par kilo de poids corporel, plus tard sans restrictions.

Voyez-vous une différence entre les enfants prématurés qui sont nés par voie naturelle et ceux qui sont nés par césarienne?

«Oui. L'expérience m'a montré que ceux qui viennent au monde naturellement sont en meilleur état. N'oubliez pas que durant les premières semaines de grossesse l'abdomen maternel est encore des parois épaisses. C'est pour cela que, malgré toutes les précautions, les enfants ont fréquemment des bleus (parce qu'ils ont touché les parois abdominales) et il y a beaucoup plus souvent des problèmes circulatoires».

Quand pratiquez-vous l'intubation?

«Aujourd'hui, le critère déterminant n'est plus le poids, mais le degré d'immaturité. La maturité de l'appareil pulmonaire est atteinte à partir de la 24ème semaine de grossesse. Nous nous référons à la teneur en oxygène, qui doit atteindre au moins 85%. Si tel n'est pas le cas et si le tonus faiblit, nous intubons. Et Inge Hanousek, l'infirmière qui a travaillé avec Marcovich, ajoute: nous avons stimulé l'enfant le plus longtemps possible, l'avons

par exemple posé sur le sein de sa mère; tout à coup le degré de saturation en oxygène était à nouveau atteint et nous pouvions attendre encore avant d'intuber».

Quand donnez-vous des antibiotiques? En cas de rupture de la poche des eaux?

«Non, à mon avis l'administration d'antibiotiques dans un but prophylactique est discutable.» Le Dr Klaube approuve ce point de vue.

Il donne d'autres idées, basées sur des expériences qui se sont révélées concluantes dans le service de soins aux prématurés où il travaille. Ainsi les enfants de moins de 1000 grammes sont baignés à l'intérieur de l'isolette afin d'éviter des pertes de chaleur mais également pour que les enfants bénéficient de la stimulation et de la détente procurées par le bain. Les périodes de câlineries sont rallongées. Il veille également aux périodes de repos des enfants et ne donne un peu de lait maternel que toutes les trois heures (le lait est introduit avec une seringue dans la tétine du biberon). Avant les repas administrés par sonde, on entraîne le réflexe de déglutition. Dans son service, les photos avec flash sont totalement interdites: des mesures ont montré qu'un enfant a besoin de quatre minutes pour se remettre du stress occasionné.

Des soins humains – qu'est-ce que c'est?

Finalement, que signifie avoir des rapports humains lorsqu'il est question de la naissance et des soins aux prématurés? La question a été posée aux intervenants.

Mirjam Lenz, sage-femme argovienne, déclare:

«Il faut une atmosphère calme en salle d'accouchement. Une détente pour la maman, par exemple avec de la musique, des essences aromatiques, une lumière tamisée pour l'enfant. Le père doit absolument être intégré et, si l'enfant est admis en néonatalogie, il devrait pouvoir l'accompagner. Une photo de l'enfant aidera également la mère à vivre la séparation.»

Puis elle évoque ce qui serait idéal:

«Il serait important que la mère puisse venir 2 ou 3 jours avant la naissance. Ainsi nous pourrions tout lui montrer et l'informer de toutes les éventualités. Nous pourrions lui faire des massages et lui montrer que nous sommes ouverts à toutes les questions. Cela nous donnerait aussi l'opportunité de lui dire qu'elle n'est pas coupable de cette situation. Nous pourrions lui procurer l'assurance qu'elle et son enfant sont entre de bonnes mains.»

Et lorsque malgré tout un enfant meurt?

Verena Felder souligne expressément:

«Les sages-femmes ont la tâche délicate d'aborder la mort et la morbidité dans les cas de grossesses à risque. A ce propos, il ne doit pas y avoir de tabou. Des réflexions éthiques doivent avoir lieu qui sont tout aussi importantes que les délibérations médicales ou spécialisées». Et la présidente de l'Association des sages-femmes suisses, Madame Ruth Brauen, suggère que lors d'un décès d'un enfant, les sages-femmes aillent visiter les parents à leur domicile pour ne pas les laisser seuls. Certaines choses peuvent alors se dire, tandis qu'elles resteraient sous silence autrement.

Une sage-femme parmi le public se demande quoi faire lorsqu'une certaine ligne de conduite suivie par les néonatalogues en salle d'accouchement va complètement à l'encontre du modèle Marcovich? La formatrice de sages-femmes, Madame Georgette Grossenbacher, pose la problématique différemment et estime que les sages-femmes et les soignantes materno-infantils devraient être également des interlocutrices incontournables, vu que ce sont elles qui sont le plus présent dans ces situations.

Le marathon des fœtus

En tant que sage-femme, Verena Felder constate que le développement médico-technique est de plus en plus rapide et que cette évolution entraîne une perte de respect vis-à-vis de la vie elle-même.

Il est possible aujourd'hui de créer la vie artificiellement grâce aux techniques de reproduction et de contrôler la qualité de cette vie au moyen du diagnostic prénatal ainsi que du diagnostic de pré-implantation. Ainsi, on peut décider de mettre fin à toute nouvelle vie après avoir contrôlé la qualité de cette dernière. «Le progrès technologique a repoussé les limites de la nature. Ceci a notamment pour conséquence que l'histoire d'une vie débute par une histoire de maladie qui commence souvent avec la conception dans l'éprouvette» constate Verena Felder avec amertume. Au moyen du diagnostic prénatal on fabrique un patient que l'on ne peut aider. Car les thérapies font défaut pour la plupart des diagnostics posés. On assiste donc en quelque sorte à des grossesses avec un «droit de retour», ce qui a pour consé-

quence l'avortement de type eugénique. Le besoin de sécurité de la femme au cours de la grossesse et de certitude concernant une bonne issue avec le résultat escompté correspond parfaitement aux promesses des gynécologues lorsqu'ils disent que «le contrôle, c'est la sécurité», analyse Verena Felder. Mais cette promesse, on le voit, ne peut pas toujours être tenue.

«Mettre au monde un enfant procure un fabuleux mélange de sentiments: triomphe, joie, euphorie. Mais ni les médecins, ni les sages-femmes prononcèrent un mot et je n'entendais pas crier le bébé. Une légère pression de la main de Ted (son mari) me fit comprendre que quelque chose ne jouait pas. Silence pesant, je percevais une tension qui venait de pensées et de sentiments inexprimés. Des gens pénétrèrent dans la chambre et ressortirent en courant. Toujours pas de cri d'enfant. Cela me faisait mal de ne pas voir le petit être, de ne pas pouvoir le prendre dans mes bras. Finalement, quelqu'un dit: «Nous avons de la peine à le faire respirer. Il faut l'amener aux soins intensifs». (...) Je voulais le bercer, l'aimer, le protéger, comme je l'avais fait au cours de ces derniers mois où il était en toute sécurité. Quand enfin ils me le donnèrent, un sentiment de soulagement me submergea. A mon bouleversement succéda un calme exagéré et une vision d'une clarté déchirante. Je pris sa petite main déformée dans la mienne, en me disant «ce n'est pas grand'chose». Je caressai son sourcil déformé, son visage renfermé et très vite, trop vite, ils me l'enlevèrent à nouveau.»

Pour les sages-femmes, le dilemme est presque insoluble: les uns doivent survivre et gardent souvent des handicaps. Tandis que d'autres n'ont même pas droit à une existence parce qu'un handicap a été décelé au moyen du diagnostic prénatal.

Protestez!

De l'avis de Verena Felder, la tâche de la sage-femme et des soignants consiste avant tout à protéger, soutenir et, si nécessaire, défendre la santé naturelle, la vivacité et la dignité de la mère et de l'enfant.

«Prenez la parole: mêlez-vous de la discussion, lorsque vous êtes confrontés à un dilemme éthique, protestez et demandez sans relâche: «pourquoi faites-vous cela, comment le justifiez-vous?» De cette façon, vous pouvez au moins déclencher une discussion éthique» conseille la doctoresse Ruth

Baumann-Hölzle, sociologue et éthicienne. Une participante fait remarquer que beaucoup de parents ne se rendent pas compte, même s'ils sont bien informés, de ce que cela représente d'avoir un enfant avec une trisomie ou un défaut cardiaque. Ruth Baumann rappelle les contraintes auxquelles sont exposées les femmes en particulier. Elles ne pourraient pas porter seules la responsabilité du choix pour ou contre l'avortement. Et pour qu'il y ait des améliorations tangibles, il faudrait demander aux parents, après-coup: «qu'est-ce que vous attendiez de nous?» Sinon on en reste au statu quo.

La psychologue Harsha Adler relève que l'éthique est un processus de réflexion, mais que dans le quotidien, le temps fait souvent défaut pour entrer dans ce processus. «D'autre part, en dehors de la raison et des sentiments, il faut tenir compte du rôle du destin. On peut se débarrasser de certains sentiments de culpabilité en reconnaissant l'importance de ce dernier».²

Comment améliorer les choses?

Un coup d'oeil au public le montre: cette manière de traiter les prématurés avec douceur, en les considérant comme quelque chose de précieux, enchante et inspire les sages-femmes et les infirmières. Mais en même temps, elles pensent à leur propre situation de travail, qui ne ressemble souvent en rien à ce qui est présenté ici. Alors, comment améliorer concrètement les choses? Le Dr Klaube conseille ceci: «demandez régulièrement et gentiment à votre chef: Pourquoi faut-il intuber cet enfant? Pourquoi ne faut-il donner le sein qu'à un enfant pesant plus de deux kilos? Pourquoi ne faut-il pas sortir un enfant recevant de la respiration artificielle de l'isolette et le mettre entre les bras de sa mère? Et demandez-lui de donner le pourquoi de ses réponses».

Pour terminer, Harsha Adler transmet aux participants ce proverbe indien: Les orphelins vivent avec soin. Ils prennent soin du monde qui les entoure. Ils remplissent leurs cœurs. En prenant soin de tous.

Traduction: Brigitte Kocher et Denise Vallat

¹ Strobel Kornelia: Frühgeborene brauchen Liebe. 1988. Kösel

² Jeanne McDermott: Kindergesicht. In: Spuren, Nr. 41. 1996, S. 32