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: 84 (1986)

Heft: 9-10

Artikel: Protection du périnée/épisiotomie: nécessité ou routine inutile?

Autor: Daemen, Luise

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950317

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: 14.07.2025

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

Nous abordons ainsi le problème de la formation continue et du perfectionnement.
Il existe aujourd'hui un nombre élevé de cours de perfectionnement de haut niveau. Mais où est le bénéfice pour les nombreuses parturientes que nous suivons, si médecins et sages-femmes ont suivi des conférences sur les dernières théories concernant différentes affections?
Je crois qu'en général le courage nous manque pour remettre en question le quotidien pour nous perfectionner. Nous devrions aussi nous poser plus de questions concernant notre collaboration immédiate.

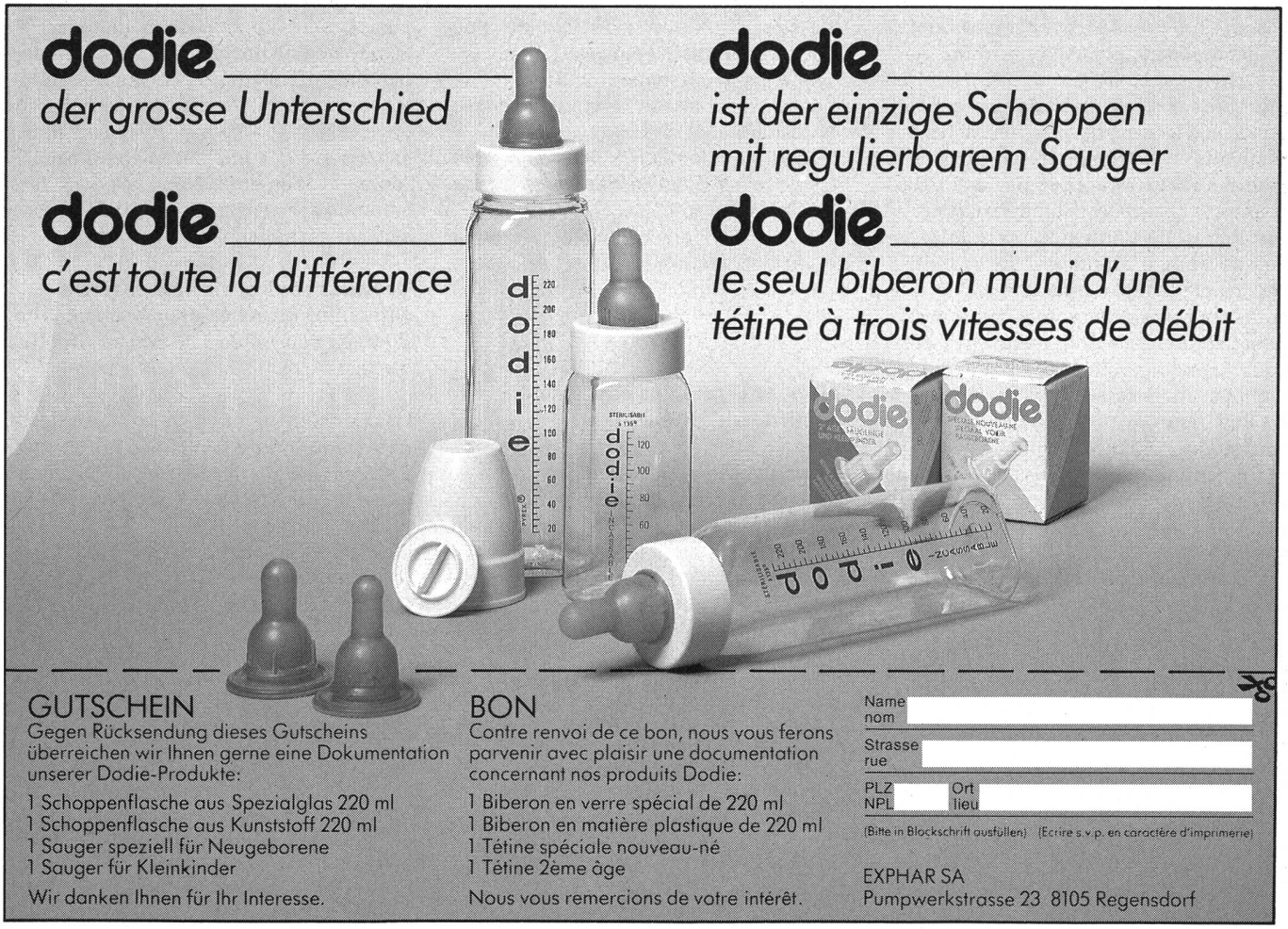
Trop de jeunes sages-femmes déplorent la maladresse des gynécologues plus âgés quant à l'interprétation du cardiotocogramme, et contestent le nombre des césariennes qui atteint des sommets vertigineux. D'autre part, les médecins accoucheurs prévoyants sont contrariés par l'opposition des sages-femmes à la mesure du pH sanguin qui pourrait éclaircir une situation compliquée.
Pour éliminer ces tensions, l'initiative personnelle de se perfectionner régulièrement est importante, il devrait en fait s'agir d'une obligation.
Assistance à la naissance et intervention médicale ne sont, à mon avis, pas en opposition. Ils représentent pour moi les données d'une dialectique entre les découvertes très anciennes et les sciences modernes, dialectique qui ne supporte pas de schématisation ni de paroles en l'air, et qui, finalement, transforme un métier en un art.

Protection du périnée/épisiotomie: Nécessité ou routine inutile?

par Luise Daemen, sage-femme indépendante, Zurich

Dans la plupart des hôpitaux l'idée d'une épisiotomie pour les primipares reste toujours dominante, de plus, l'on pense: épisiotomie un jour, épisiotomie toujours.
Dans les deux cas mes expériences s'avèrent différentes. Parmi mes cinquante-huit accouchements de primipares, vingt-quatre femmes ont gardé leur périnée intact, sans éraflures; des trente-sept femmes qui ont accouché auparavant à l'hôpital et ont subi une épisiotomie, dix-sept d'entre elles ont gardé le périnée intact en accouchant chez elles.
La préparation du périnée, visant à éviter l'épisiotomie, débute déjà pendant la grossesse: des exercices permettent d'améliorer la sensibilité physique des muscles périnéaux. Deux mois avant le terme présumé, je recommande un massage du périnée et de la vulve avec une huile de froment ou une crème à base de cuivre.
A l'école de sages-femmes, j'avais appris à remonter le périnée pour un passage lent de la tête. Autant que je sache, cela se pratique encore aujourd'hui. C'était tout ce que j'ai appris à ce sujet. Je reconnais que, déjà en ce temps, je ne savais que faire de cette proposition. Aujourd'hui encore je me pose la question de ce qu'il y a vraiment à remonter?
Pendant mes études, ma tante me parla pour la première fois d'une autre manière d'accoucher. Elle est physiothérapeute, habite la campagne en Californie USA. Elle avait déjà aidé à mettre au monde cinquante enfants. On s'adressait à elle quand il n'y avait pas de sage-femme.

«As-tu aussi incisé?» fut ma question étonnée. «Bien sûr que non!» Elle appliquait des compresses humides et chaudes sur le périnée ce qui évitait les déchirures. Cela m'a paru assez logique.



Plus tard, j'ai également appliqué ce genre de compresses et ceci avec succès. Je les utilisais déjà pendant la période de dilatation. Les parturientes les trouvaient extrêmement agréables et décontractantes. Une fois utilisées elles furent toujours réclamées.

Chez les sages-femmes du Tennessee, j'ai appris à masser le périnée avec de l'huile à la fin de la période de dilatation. J'ai ainsi essayé de combiner les deux méthodes. L'une et l'autre semblait agréable aux parturientes. C'est alors que j'ai décidé d'abandonner la pratique absurde du soutien du périnée «classique». Je pose mes mains sur le périnée pour le masser continuellement et sentir la tête de l'enfant que je laisse se dégager en douceur.

En fin de compte ce geste n'est souvent pas nécessaire. J'ai connu deux femmes qui ont accouché sans aucune aide de ma part, et leur périnée est resté intact. Par mesure de sécurité, je garde toujours mes mains auprès de la tête, déjà pour être sûre de bien accueillir l'enfant. Au cours de la dernière contraction, la femme ne doit pas pousser, mais respirer superficiellement. C'est ainsi que la tête se dégage en douceur.
Je pratique ce massage du périnée sans gant. Ceci me permet de mieux le masser et de me rendre compte de l'état des tissus. Comme l'accouchement se fait en général dans la pénombre, je ne peux pas réellement voir le périnée. J'ai – au cours des années – dû apprendre à sentir (ce qui n'est pas possible à travers des gants de caoutchouc). Je pense que pour l'enfant, un accueil par des mains douces et chaudes est plus agréable.
La relation de confiance entre la sage-femme et la parturiente est un facteur important. Si de temps à autre je dois opter pour une épisiotomie, la parturiente est sûre qu'elle était nécessaire et ne doute pas de ma décision. Beaucoup de femmes choisissent d'accoucher à la maison pour éviter, entre autres, une épisiotomie. Ceci devrait à mon avis également être possible à l'hôpital. Quoiqu'il en soit, cela ne devrait pas être une raison pour accoucher à domicile.
Je ne pratique que des épisiotomies médianes; jusqu'à présent j'ai eu de bons résultats. Pas de prolongations jusqu'à l'anus. Il est important que la femme soit bien préparée et suive mes instructions. Elle sait qu'elle peut éviter une déchirure lorsqu'elle m'entend dire «ne poussez plus, respirez seulement». Nous tous, père, médecin et moi-même, respirons manifestement en choeur, ce qui rend la chose plus facile pour la mère. Dans ma clientèle, aucune d'entre elles n'a continué à pousser.

Les avantages d'une épisiotomie médiane sont:
- faible perte de sang
- les femmes peuvent s'asseoir et marcher sans problème
- bonne et rapide guérison
- pas de sutures qui lâchent
- plus tard, rapports sexuels sans problèmes.

Les déchirures du périnée du premier et du deuxième degré se cicatrisent aussi bien qu'une épisiotomie médiane. Sporadiquement, j'ai eu des problèmes avec des déchirures des lèvres, celles-ci étant moins bien irriguées, donc cicatrisant moins rapidement. Il est même arrivé que les points de suture se soient résorbés avant la cicatrisation. Une déchirure du vagin – correctement suturée – se cicatrise bien en général.
J'ai fait l'expérience qu'à chaque naissance l'importance de la déchirure du périnée diminue. Ainsi, si la femme a subi à la première naissance une déchirure du deuxième degré, il n'y aura plus qu'une déchirure du premier degré au deuxième accouchement.
Chez une femme qui a eu une déchirure des lèvres, je pratique une petite incision médiane d'environ trois millimètres à l'accouchement suivant. Au cas où la place ne suffirait pas encore, la déchirure se propage à cet endroit et non dans les lèvres.
Une fois, nous avons dû terminer l'accouchement par ventouse chez une femme particulièrement épuisée. Le périnée est resté intact. Une de mes parturientes a suivi toutes les instructions pour préparer le périnée pour sa première grossesse. Pour le deuxième accouchement elle trouvait cela inutile et a subi une déchirure périnéale du premier degré. Ceci me prouve, une fois encore, que la préparation est vraiment nécessaire.

Quelques généralités concernant la période d'expulsion

Quand débute-t-elle vraiment? Selon les manuels, à dilatation complète du col. Ce n'est qu'à ce moment que les femmes peuvent et doivent pousser. Personnellement, je laisse les femmes pousser quand elles en éprouvent le besoin, même à dilatation de huit centimètres. Je n'ai jamais vu de lésions quelconques du col avec cette façon de faire.
D'autre part, je n'oblige pas une parturiente à pousser pour la seule raison que la dilatation est complète. Si elle n'en pas envie, je l'encourage à se promener encore un peu. Pendant les contractions, elle s'arrête, en se penchant sur un objet stable (table, chaise, personne). Je soutiens avec mes mains ses ischions et fais de légers mouvements vibratoires, ou alors elle les plaque contre mes mains. Ainsi elle ne peut pas se fermer et la pression devient plus forte. La femme pousse aussi longtemps qu'elle en éprouve le besoin, mais jamais de façon forcée. Elle accompagne la poussée de sa respiration et d'une expiration accentuée. L'enfant va d'ailleurs mieux qu'avec des poussées forcées. Plusieurs études scientifiques le confirment.
Lorsque la tête se défléchit autour de la symphise pubienne, il peut survenir une courte décélération des battements cardiaques. Cela ne m'inquiète pas outre mesure. Surtout pas de panique. Elle n'aide personne et ne fait qu'aggraver la situation. Dès que la tête est visible en profondeur, j'encourage la femme à la toucher avec ses doigts. Cela aide énormément les femmes qui perdent courage et ne croient plus au dégagement de l'enfant. Ceci n'est malheureusement pas possible en clinique ou les parties génitales doivent rester stériles et ne peuvent être touchées que par des mains gantées.
Aussi longtemps que l'enfant va bien, la durée de l'expulsion n'est pas importante pour moi. Quatre heures fut la durée la plus longue au cours de l'expulsion. Il m'est arrivé une fois où les contractions se sont interrompues pendant deux heures. La poche des eaux était déjà rompue. Durant ce temps, la mère se relaxait, prenait un bain et se promenait dans les escaliers pour ensuite s'installer sur la chaise d'accouchement. Le dégagement se fit alors en une seule poussée. Je n'avais aucune raison d'accélérer les événements. Nous n'avions tout le temps et étions calmes, et je crois que cela est essentiel.

Quelques généralités concernant les différentes positions d'accouchement
(Extraits du livre de L. Kuntner: «Die Gebärhaltung der Frau», éd. Marseille)

Le changement de la position verticale de la parturiente à la position horizontale a été amené par le développement technique de l'obstétrique aux dix-septième et dix-huitième siècles.
L'obstétrique instrumentale débutera par l'obstétricien français Mauriceau (1637–1709). Dès lors la chaise d'accouchement, la position verticale et autres furent abandonnées. Ce changement de posture ne fut cependant appliqué que par une obstétrique à orientation scientifique; il ne touchait donc qu'une petite partie de la population mondiale. Même dans l'obstétrique populaire européenne et surtout en dehors de l'Europe, le changement fut lent et même nul. A l'intérieur du courant de l'obstétrique scientifique, ce change-

ment fut aussi contesté par certains. Malgré beaucoup de motifs qui justifiaient jusqu'alors la position verticale, l'obstétrique scientifique du dix-neuvième/vingtième siècle considérait le décubitus dorsal comme étant la position d'accouchement appropriée.
La plupart de parturientes qui accouchent chez moi utilisent la chaise, et ceci à leur grande satisfaction.
Au cours de l'expulsion, les positions suivantes sont en outre demandées: «à quatre pattes» ou debout; si couché, c'est le décubitus latéral qui est souhaité.
La chaise d'accouchement fut mentionnée pour la première fois par Artemidor (Grèce), cent ans avant Jésus-Christ.
La découverte de l'imprimerie (en 1450) fit faire à la médecine et à l'obstétrique une grande évolution, permettant des reproductions et des descriptions de la chaise d'accouchement dans tous les ouvrages d'obstétrique. Leurs auteurs décrivaient son utilité; il semble qu'en ce temps l'accouchement sans chaise fut considéré comme allant contre les règles de l'art.

Attitude et position de la femme pendant l'accouchement dans différentes populations

C'est depuis l'existence d'opinions scientifiques sur le mécanisme de l'accouchement que l'on met en discussion la position optimale de la parturiente. Des oeuvres d'époques culturelles et de civilisations différentes nous montrent que la position verticale était d'usage. Parmi les plus anciennes, nous citons les peintures rupestres de l'âge de la pierre (Sahara central, dixième au sixième siècle avant Jésus Christ) et des représentations d'accouchements qui furent trouvées en Turquie, également à l'âge de la pierre (cinquième, sixième siècles avant Jésus Christ).
Des peintures, des sculptures et d'autres représentations de Mésopotamie, d'Egypte, de l'Est de la Chine, du Japon, des Indes, de l'antiquité gréco-romaine et également des anciennes cultures des Amériques, nous fournissent d'autres informations concernant le sujet: que ce soit la position debout, à genoux, accroupie ou assise.
La position préconisée par l'obstétrique du vingtième siècle était donc pratiquement inconnue des cultures antérieures. Celles-ci utilisaient le comportement naturel et instinctif des parturientes pour développer différentes positions qui devinrent traditions.
D'après Rigby, les femmes changeaient de posture suivant la position de la tête de l'enfant dans le bassin. Elles s'accroupissaient, s'agenouillaient ou s'assoyaient pendant l'accouchement.
Le fait de prendre appui sur un poteau dans une position mi-à genoux-mi-accroupie, leur permettait de modifier l'axe de leur corps. En début de dilatation, la parturiente se promenait; le dégagement de l'enfant se faisait dans une position inclinée, c'est à dire à genoux, accroupie ou semi-assise sur une chaise ou sur les genoux du mari ou d'une aide. La femme gardait la position d'accouchement pour éliminer le placenta.

L'influence de la position du corps sur divers facteurs de l'accouchement

Les auteurs précédants, tels que Ahlfeld, tenaient à réintroduire la position verticale surtout pour améliorer la pression abdominale, facteur très important pour alléger et raccourcir la phase d'expulsion. La littérature moderne fait toujours mention de l'importance de la poussée abdominale, sans toutefois expliquer comment cet effort peut être renforcé.
En pratique, nous constatons qu'un rapprochement du bassin des côtes augmente la puissance de la poussée abdominale. Nous pouvons observer cela lorsque la parturiente se trouvant en position verticale incline son thorax (mouvement analogue à celui qui se produit en position assise lors de la défécation). Nous attirons votre attention sur la définition «poussée abdominale» telle que nous la trouvons dans les manuels anciens: la contraction de la musculature entière étant à même de provoquer une diminution du volume de la cavité abdominale. Plus précisément cela concerne le diaphragme, la musculature abdominale dont surtout le muscle abdominal tranverse et l'iléopsoas et, indirectement tous les muscles participant à l'équilibre musculaire.
Depuis des siècles, il est d'usage dans l'obstétrique de soutenir la poussée abdominale par la respiration, c'est à dire d'inspirer l'air, d'arrêter la respiration et de pousser. A ce propos, nous vous fournissons quelques indications résultant d'examens effectués chez des personnes normales, visant à mesurer la contractilité de la musculature abdominale, respectivement de la pression abdominale.
Pour ces expériences les personnes étaient priées de bloquer leur respiration et de pousser, en position couchée ou assise. On a constaté que l'intensité de contraction des muscles obliques externes et internes était proportionnelle à l'effort et que par contre le «rectus abdominis» ne montrait pratiquement aucune activité.
Les recherches récentes sur la respiration, sur la contraction de la musculature abdominale et sur l'augmentation de la pression intra-abdominale montrent que cette dernière est plus grande si l'on conserve les mouvements d'inspiration et d'expiration pendant les contractions de poussée, donc si l'on ne bloque pas la respiration.
Au début des poussées une expiration appuyée mais non forcée, à travers les lèvres pincées est utile. Cette expiration «freinée» amène par la suite une inspiration plus profonde. Cette technique permet une plus grande endurance: les voies respiratoires sont dilatées le plus longtemps possible. La diminution de la pression dans l'arbre respiratoire entier au cours de l'expiration, devient régulière, si bien que l'air expiré s'échappe facilement et que l'inspiration est plus profonde. L'expiration est mieux coordonnée, les poumons se vident de manière régulière et synchrone, ce qui permet une meilleure ventilation des poumons et un meilleur échange gazeux.
Ainsi les résultats des recherches récentes et le niveau actuel des connaissances en médecine, en histoire de la médecine, en ethnologie, biologie, psychologie, ontologie nous montrent que la position verticale d'accouchement sera certainement réutilisée dans les temps à venir.

L'obstétrique chez les grecs, historique

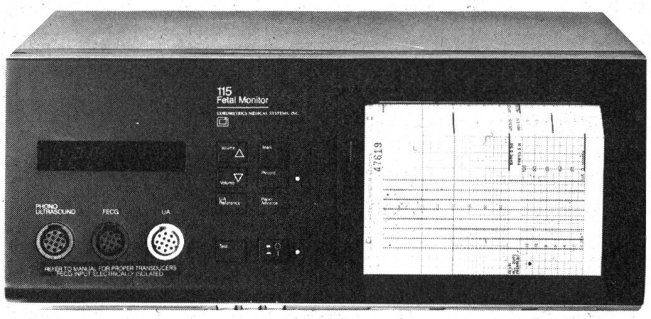
D'après Soran, trois femmes et la sage-femme entourent la parturiente sur la chaise d'accouchement. Deux de ces femmes se tiennent de côté; elles aident la parturiente en appuyant et massant par le haut. La troisième personne retient la parturiente depuis derrière pour éviter qu'elle ne glisse en avant pendant les contractions. Ce trio devint tradition, nous le retrouvons très souvent dans des descriptions ultérieures. D'après Soran, la meilleure position pour la sage-femme est de s'asseoir devant la parturiente sur un petit tabouret; elle obtient la liberté de mouvement nécessaire de sa main gauche en demandant à la femme d'écarter sa cuisse gauche. A dilatation complète, la sage-femme essaye de dégager l'enfant en introduisant, entre les contractions, son index gauche dans les voies génitales. (Ceci ne peut être fait au cours d'une contraction vu le risque de déchirures.) De la main droite elle masse les parties génitales; la protection du périnée se fait avec une compresse en laine, appliquée par une des aides se tenant sur les côtés. C'est dans l'antiquité que le soutien du périnée est mentionné pour la première fois, par Soran. Son importance est surtout la prévention de l'affaissement des organes génitaux de la femme plus agée. Nulle part ne sont mentionnés, au cours de l'antiquité, des points de suture d'une éventuelle déchirure du périnée.

Der Kardiotokograph 115 von Corometrics...

wegweisend in der Genauigkeit und im Bedienungskomfort

- geräuschloser Punkt/Matrix-Schreiber mit höchster Auflösung: arbeitet berührungslos, wartungsfrei und ohne Abnützung
- wenig Bedienungselemente
- das neue Ultraschall-Korrelationssystem sowie der leistungsfähigere Ultraschallkopf reduzieren die Anwendung mit der Kopfelektrode auf ein Minimum. Weniger Neupositionierungen sind notwendig
- zusätzliches Protokollieren der wichtigsten klinischen Daten auf dem Papierstreifen mittels externem Eingabesystem
- jetzt neu: Zwillingsüberwachung und/oder fetale und maternale Herzfrequenzregistrierung
- erstklassiges Preis/Leistungsverhältnis

Corometrics – der führende Hersteller von Diagnostik- und Überwachungsgeräten für die Perinatologie – exklusiv vertreten von Medela!



medela

Medela AG, Medizinische Apparate
6340 Baar, Lättichstrasse 4
Telefon 042 31 16 16, Telex 865486

Senden Sie mir weitere Informationen über den CTG 115 von Corometrics

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Einsenden an Medela AG, Lättichstrasse 4, 6340 Baar

vitafissan

protège et soigne les peaux délicates ou lésées

La crème Vitafissan à base de Labiline,® matière protéique hydrolysée du lait, contient également des vitamines A, D, E et des acides gras essentiels. Elle nourrit et régénère les tissus. Semi-solide dans le tube, elle se liquéfie au contact de la peau et pénètre ainsi très facilement.
Vitafissan est particulièrement efficace dans la prophylaxie du décubitus et le traitement des peaux déshydratées ou lésées des nourrissons et des adultes.
Vitafissan fait ses preuves quotidiennement en milieux hospitaliers.
Remboursé par les caisses maladies.

Labilin® (Casein. lact. hydrolysat.) 1%, Acid. polysilicic. colloid. 1%, Acid. silicic. amorph. 1%, Titan. dioxyd. 0,65%, Retinolum acetic. 1000 U.I./g, Colecalciferolum 40 U.I./g, Tocopherol acetic. 0,2%, Acid. linolic./linolenic. 0,2%, Adeps Lanae, Vaselin., Paraffin. liq./Cera artific., Cetylium palmiticum, Lecithin., Cholesterol., Aromat., Acqua, Conserv.: Formaldehydum, Butylhydroxytoluenum, Methylparabenum.

fissan pharma

Protège et soigne en toute confiance

F. UHLMANN-EYRAUD SA - 1217 MEYRIN 2/GE

En Inde, en Chine et au Japon, on pratiquait une autre façon de protéger le périnée: pendant le dégagement de la tête, la sage-femme essayait de pousser le rectum en avant. Chez les Zoulous, en Afrique du Sud, l'incision du périnée est encore aujourd'hui la seule opération possible en obstétrique. On utilise pour cela, soit une courte tige de roseau, soit une herbe très aiguisée. Parfois, c'est un éclat de verre ou un vieux couteau qui rendent ce service.
Chez les Epios, en Ouest Iran, on n'inspecte que très rarement les organes génitaux au cours de la naissance. On ne pratique pas de soutien du périnée. Aucune des cent quarante femmes observées ne semblait souffrir de lésions dues à l'accouchement. Au cours de l'expulsion, les femmes poussent de toutes leurs forces une fois qu'elles en ressentent le besoin. Elles utilisent la pression abdominale d'une façon extrême, jusqu'à en être visiblement épuisées. Pendant les pauses des contractions, elles se rétablissent. Vers la fin de l'accouchement, elles prouvent par un effort énorme, leur désir ferme de faire naître leur enfant. Au sujet de l'expulsion, G. et W. Schiefenhöfel ont écrit: «Les enfants Epio glissent sur le sol couvert d'herbes et de feuilles sans jamais être touchés par la mère ou une de ses aides. Ceci contraste tellement avec l'obstétrique que nous avons créée, où la sage-femme et le médecin prennent la tête de l'enfant et favorisent sa rotation externe.»

Le post partum

Les femmes qui passent leurs suites de couches à la maison ont particulièrement besoin de pouvoir se mouvoir sans difficultés. Les accouchées sans points de suture, sans lésion ou épisiotomie ont plus de plaisir à allaiter. Elles peuvent nourrir plus facilement leur enfant en position assise ou en position tailleur. Elles sont également moins déprimées lorsqu'elles n'ont pas de douleurs.
Les exercices du périnée sont importants pour éviter un prolapsus utérin ultérieur.

Statistiques sur 148 naissances

Périnée intact	50
Déchirure périnéale, premier degré	30
Déchirure périnéale, deuxième degré	11
Déchirure des lèvres	14
Déchirure vaginale	4
Eraflures	10
Episiotomie médiane	24
Déchirure vaginale et premier degré	1
Episiotomie et déchirure vaginale	1
Déchirure des lèvres et premier degré	1
Déchirure des lèvres et deuxième degré	1
Déchirure vaginale et troisième degré	1

Verbandsnachrichten Nouvelles de l'Association

Zusatzausbildung für Hebammen, die in der Gemeinde tätig sind

Liebe Kolleginnen,
Endlich sind wir in der Lage, Sie über den Stand der Vorbereitungen für den oben aufgeführten Kurs zu informieren.
Die Arbeitsgruppe arbeitet intensiv am Projekt, muss aber feststellen, dass das Problem in der Deutschschweiz etwas komplexer ist als in der welschen Schweiz. Leider können wir Ihnen deshalb erst Mitte September den Ort, die genauen Daten und die finanziellen Bedingungen bekannt geben. Wir rechnen mit einer Kursdauer von Januar 1987 bis April 1988, im Rhythmus von monatlich drei zusammenhängenden Tagen. Weitere Informationen folgen so bald wie möglich. Wir hoffen sehr, dass Sie an dieser Ausbildung interessiert bleiben.

Für die Arbeitsgruppe:
Antoinette Favarger

Formation complémentaire en santé communautaire

Chères collègues,
Enfin nous sommes en mesure de vous apporter des nouvelles concernant la formation en santé communautaire.
Après plusieurs négociations, le groupe de travail, appuyé par le Comité Central, a décidé de collaborer pour ce projet avec l'Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier (ESEI) de Lausanne.
Avec celle-ci nous sommes en train de préparer le programme définitif qui tiendra compte des remarques reçues lors de la mise en consultation.
Le cours se déroulera de janvier 1987 à avril 1988, à raison de 3 jours consécutifs tous les mois environ. Afin de vous apporter plus de renseignements, nous vous convions à une *séance d'information, le mardi 2 septembre, à 14 h 30 ESEI, 9, chemin Verdonnet, Lausanne.*
Les personnes intéressées, mais non disponibles à cette date pourront prendre contact avec la responsable du cours, A. Masur, téléphone 022 84 29 73 (privé) ou 46 54 11 (prof).
C'est après cette séance qu'aura lieu l'inscription définitive au cours.
Venez nombreuses, parlez de cette séance à vos collègues intéressées! En attendant le plaisir de vous y rencontrer, nous vous envoyons, chères collègues, nos messages amicaux.

Pour le groupe de travail:
Antoinette Masur

Beide Basel ✆ 061 96 08 41
Präsidentin: Wunderlin Herta
Seltisbergerstrasse 39, 4411 Lupsingen

Einladung zum Fortbildungstag, Dienstag, 23. Sept. 1986 um 08.30 Uhr im Hörsaal, Frauenspital Basel.

Programm:

08.30	Begrüssung
09.00–09.30	Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr, Dr. Amacher
09.45–10.15	BCG-Impfung und neuer Impfplan, Dr. Amacher
	Pause
10.45–11.15	Asthma beim Kleinkind, Dr. Amacher
etwa 11.45	Mittagspause Mittagessen im Personalrestaurant des KBS Basel möglich.
14.00–14.30	Cystische Fibrose, Dr. Rutishauser
14.45–15.15	Kinder drogensüchtiger Mütter, Prof. Nars
15.30–16.00	Plötzlicher Kindstod, Prof. Nars

Tagungskosten:
Mitglieder Fr. 10.–/Fr. 5.–
Nichtmitglieder Fr. 12.–/Fr. 7.–
Mittagessen Fr. 8.–
Reservieren Sie sich diesen Tag, wenn Sie sich von den interessanten Themen